Organisation mondiale de la Santé
Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

Combler 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:

Combler 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)

© 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 pointillé 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.

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

Citation Proposée

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

Photos

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

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 influer 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.

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
- Environment 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**

Chaptitre 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, Gioreley Niezen, Bongiwe Peguillan, Amit Prasad, Kumanan Rasanathan, Kitt Rasmussen, Lina Reinders, Anand Sivasankara 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 Maragaret 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 Perialgo et Luís 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 Adshead 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 Olyaee Manesh (Republique 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 Ugrid 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, Mwajuma Masaiganah, Alicia Muñoz, Hani Serag, Alaa Ibrahim Shukrallah, Patrick Mubangizi Tibasiimwa, Mauricio Torres et Walter Varillas. Nous sommes très reconnaissants envers les membres des Réseaux de connaissances pour s'être occupé 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, Piroska 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 Gunatilleke 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 Etats-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, Egypte, Inde, République islamique d'Iran, Japon, Kenya, Suisse et aux Etats-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.

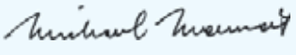
La Partie 1 définit le cadre, en exposant les raisons d'un mouvement mondial pour faire avancer l'équité en santé à travers l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Elle illustre l'étendue du problème entre les pays et en leur sein, décrit ce qui selon la Commission constitue les causes des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

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

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
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. Combler 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 infl ue 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.

Combler 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

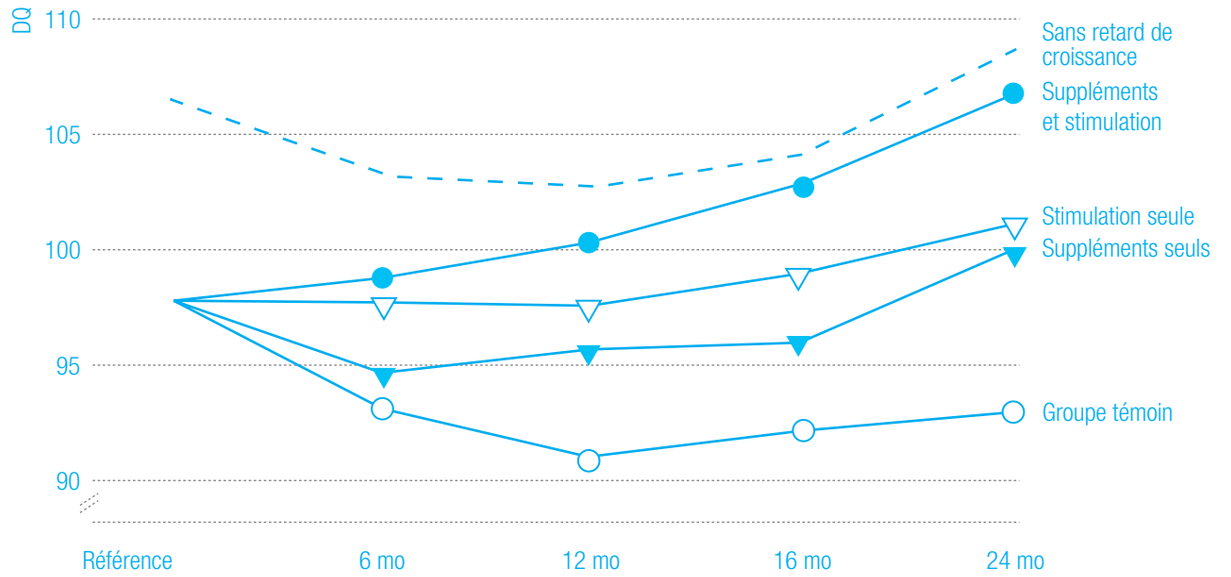
Le développement du jeune enfant, à la fois physique, social, affectif et cognitif/apprentissage du langage, a une influence déterminante sur l'espérance de vie et sur la santé plus tard au cours de l'existence, car il met en jeu l'acquisition de compétences, l'instruction et les possibilités d'emploi. 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 foetus 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 initiaux 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'incommodité croissante 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 CO_2 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

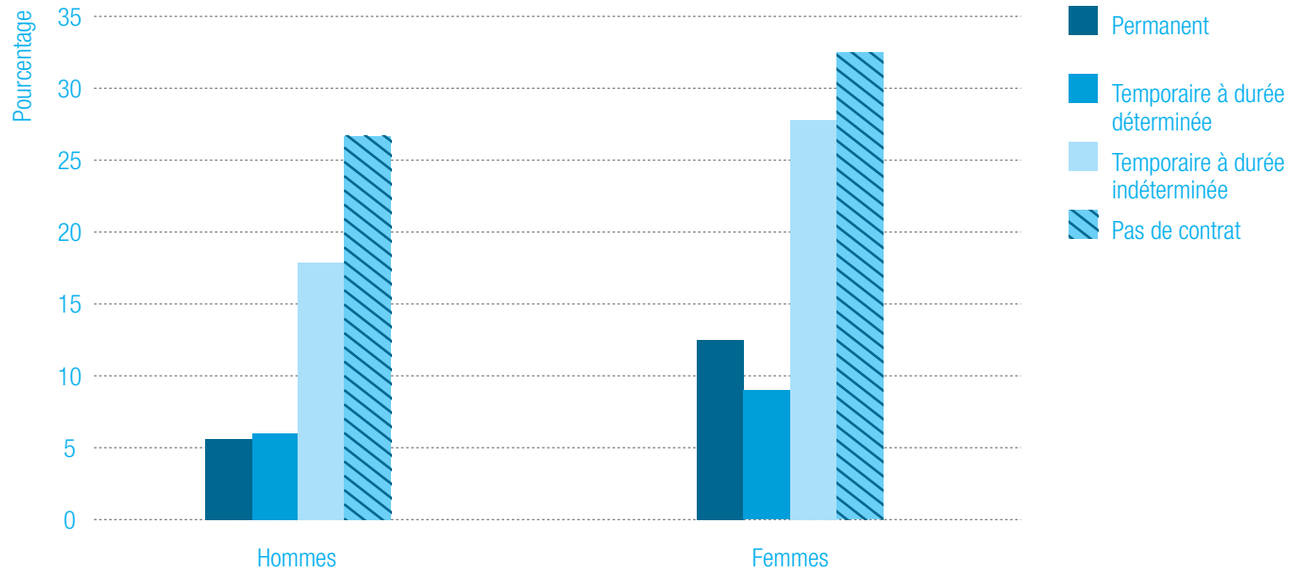
L'emploi et les conditions de travail ont une grande incidence sur l'équité en santé. Quand les conditions d'emploi sont bonnes, elles offrent une sécurité financière, garantissent une condition sociale correcte, favorisent le développement personnel, les relations sociales et l'estime de soi et protègent 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.

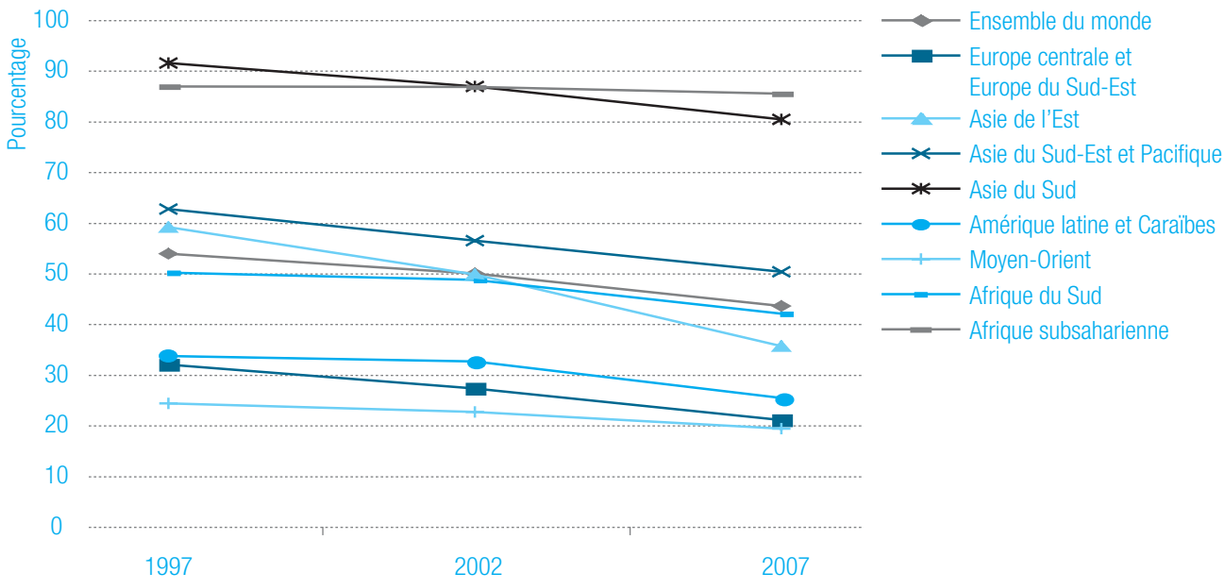
- Le plein emploi, l'équité en matière d'emploi et des conditions de travail décentes doivent être des objectifs communs des institutions internationales et se situer au cœur des politiques et des stratégies de développement nationales, les travailleurs devant être mieux représentés lors de l'élaboration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

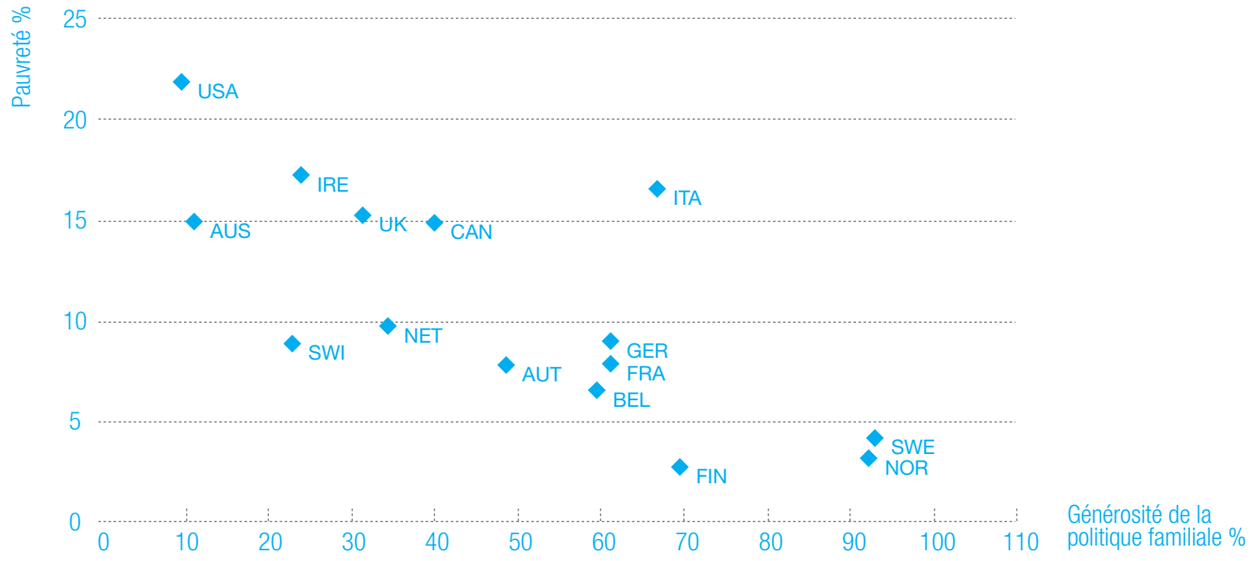
Ce qu'il faut faire

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

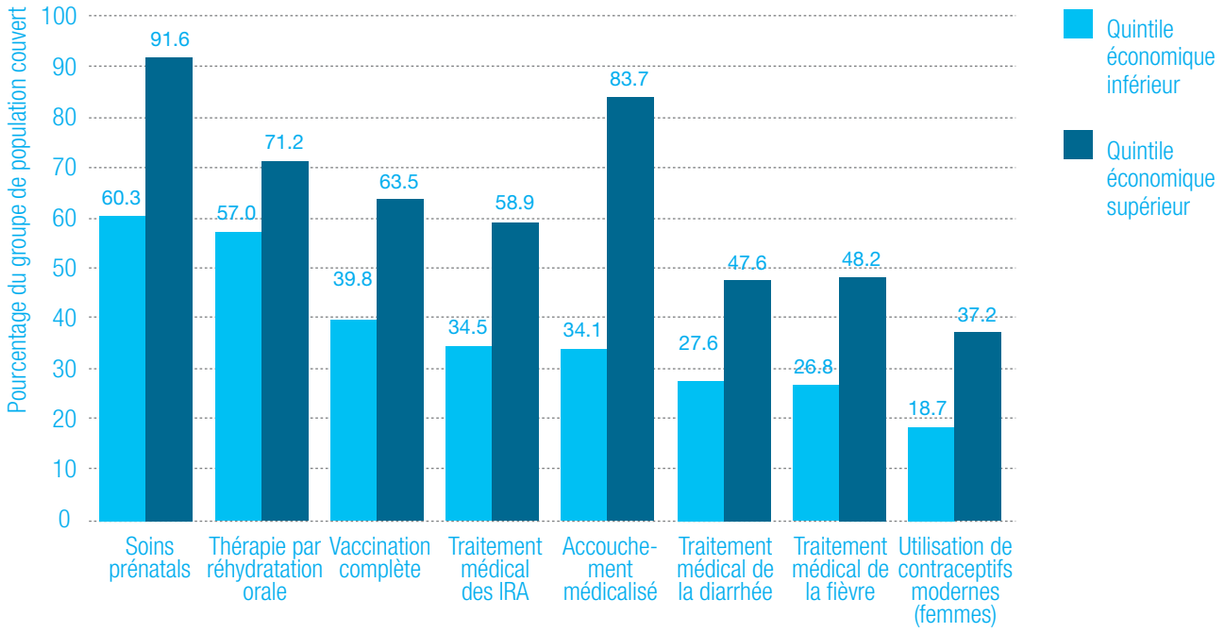
Sans soins de santé, bien des possibilités d'améliorer fondamentalement la situation sanitaire disparaissent. Un système de soins de santé partiel ou inéquitable ne permet pas d'instaurer la santé pour tous au nom de la justice sociale. Ce sont là des questions cruciales pour tous les pays. Mais, préoccupation 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'usager. La politique de paiement direct par l'usager 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'efficience 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.

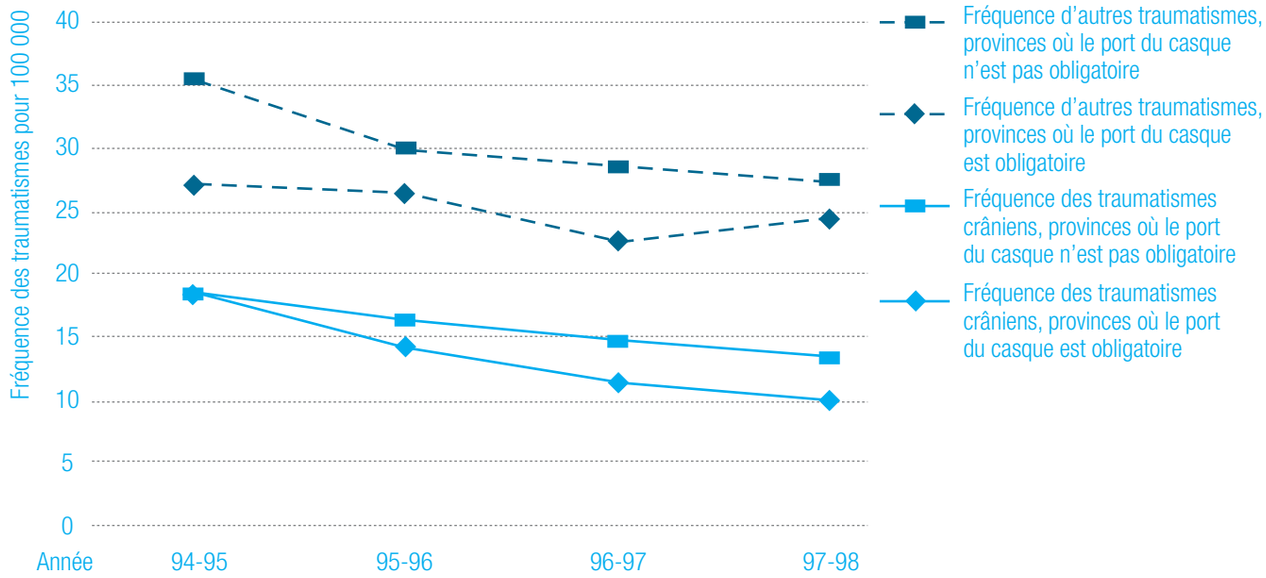
Bases factuelles de l'action

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

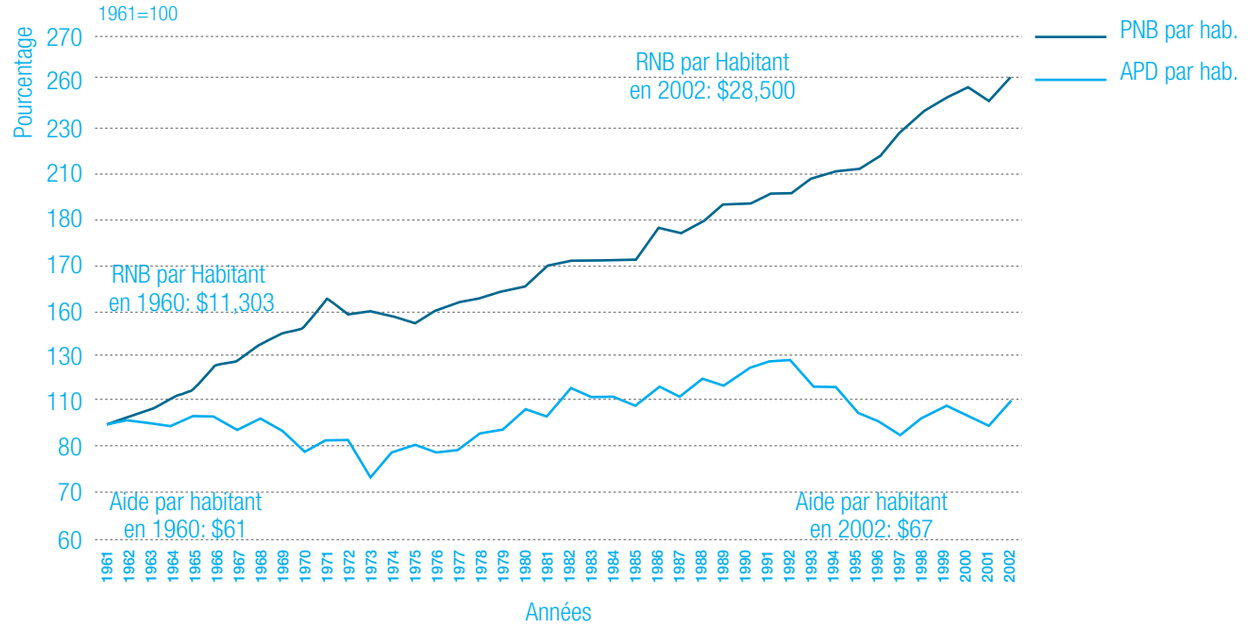
Dans tous les pays, quel que soit leur niveau de développement économique, il est primordial, aux fins de protection sociale et d'équité en santé, d'augmenter les fonds publics pour financer une action portant sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, depuis le développement de l'enfant et 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

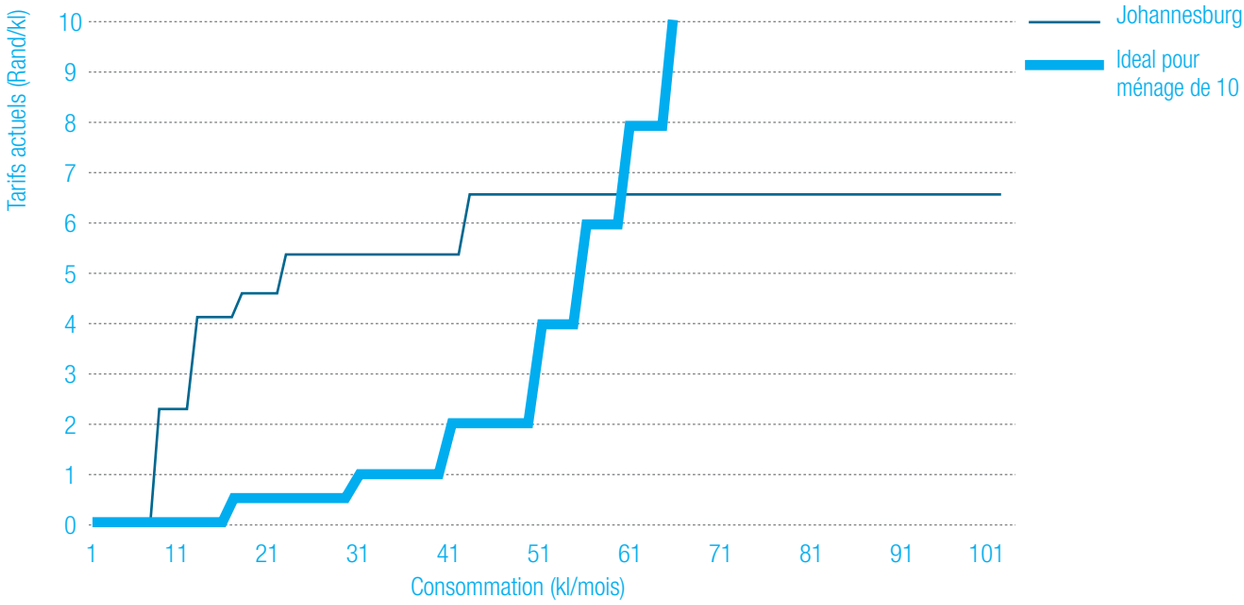
La santé n'est pas un bien négociable. C'est une question de droits et c'est une responsabilité du secteur public. C'est pourquoi les ressources pour la santé doivent être équitables et universelles. Il y a trois impératifs liés entre eux. Premièrement, l'expérience montre que la commercialisation de 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 en 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.

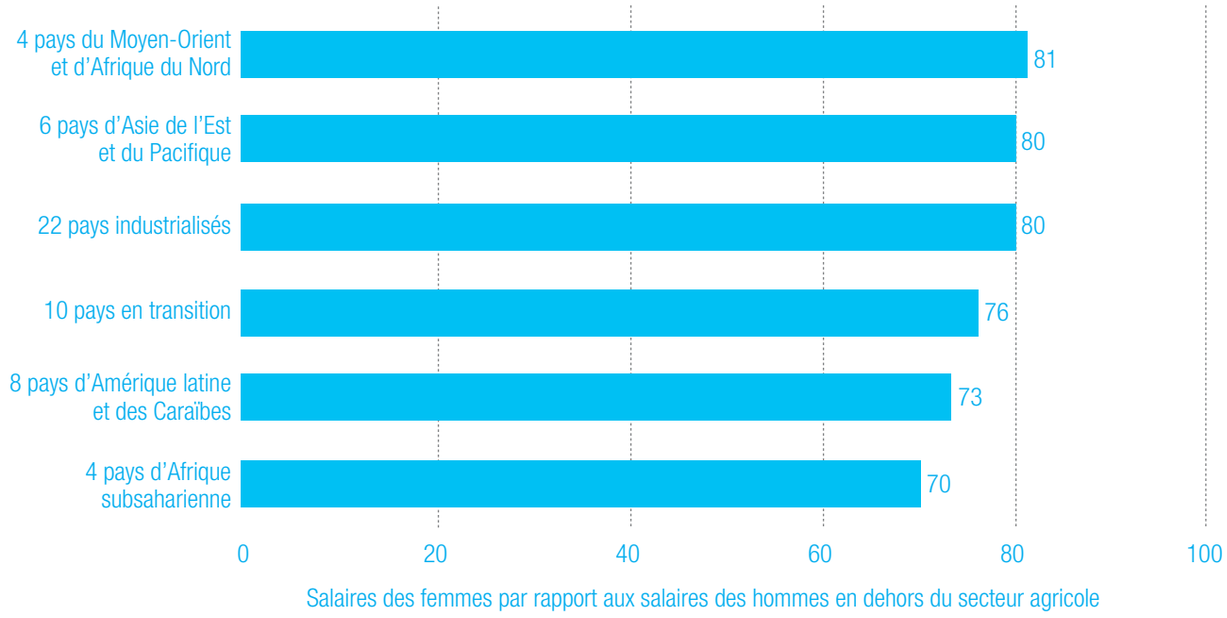
- Elaborer et appliquer une législation qui favorise l'équité entre les sexes et interdise la discrimination sexuelle.
- Mieux tenir compte des considérations d'équité entre les sexes en créant et en finançant une unité chargée de la question au sein de l'administration centrale et des institutions internationales.
- 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.

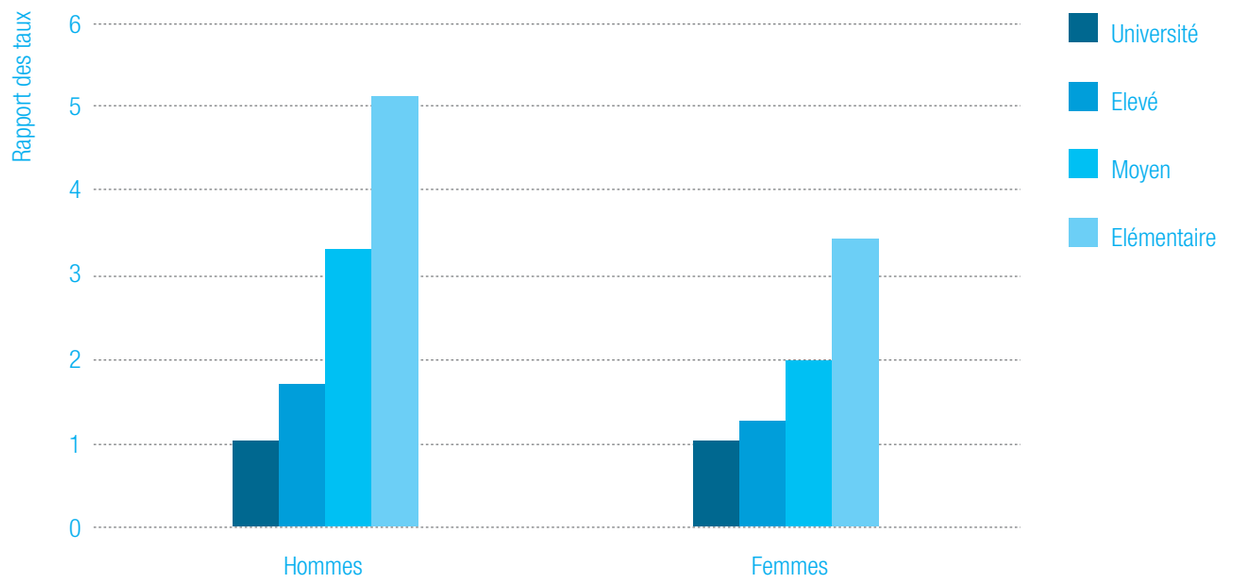
Ce qu'il faut faire

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 coeur 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.

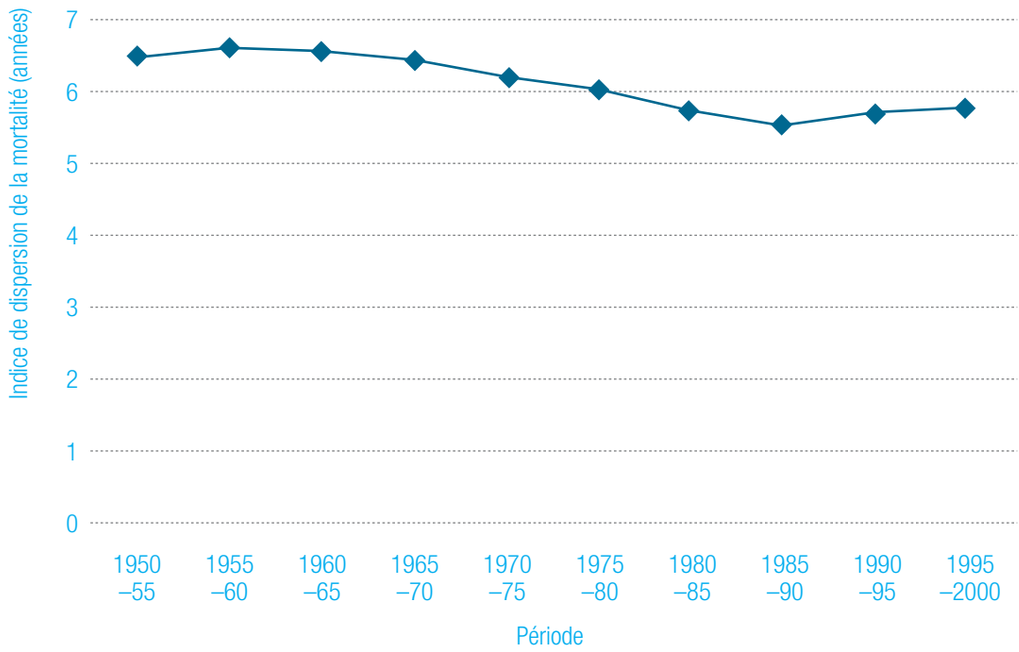
Ce qu'il faut faire

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 influer 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 influer 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 influer 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'oeil attentif des acteurs de la société civile. La société civile peut contribuer dans une large mesure à influer 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 GENERATION?

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 ardus, mais faisables. L'inaction sera considérée dans quelques décennies comme un refus massif d'assumer une responsabilité qui nous incombe à tous.

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

CHAPITRE 1

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

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

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

L'EQUITE EN SANTE ET LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

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

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

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

UN NOUVEAU PROGRAMME POUR LA SANTE, L'EQUITE ET LE DEVELOPPEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LA COMMISSION ET L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

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

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

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

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

STIMULER UN MOUVEMENT MONDIAL EN VUE DU CHANGEMENT

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

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

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

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

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

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

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

POURQUOI MAINTENANT?

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

Une meilleure connaissance

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

Un meilleur développement

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

Un leadership en santé plus vigoureux

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

Un statu quo non durable

Ce qui se passe maintenant dans une région du monde a un impact sur tout le reste du globe : crises financières, conflits, mouvements de populations, échange et travail, production alimentaire, sécurité alimentaire et maladies. L'ampleur des inégalités est simplement intenable. A la base de l'appel pour une justice humaine universelle, la réalité inéluctable du changement climatique et la dégradation de l'environnement ont mis des limites nettes à un avenir basé sur le statu quo et incitent à une volonté mondiale accrue pour faire les choses autrement.

PEUT-ON ESPÉRER UN CHANGEMENT ?

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

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

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

CHAPITRE 2

Inégalités en santé dans le monde - Il faut agir

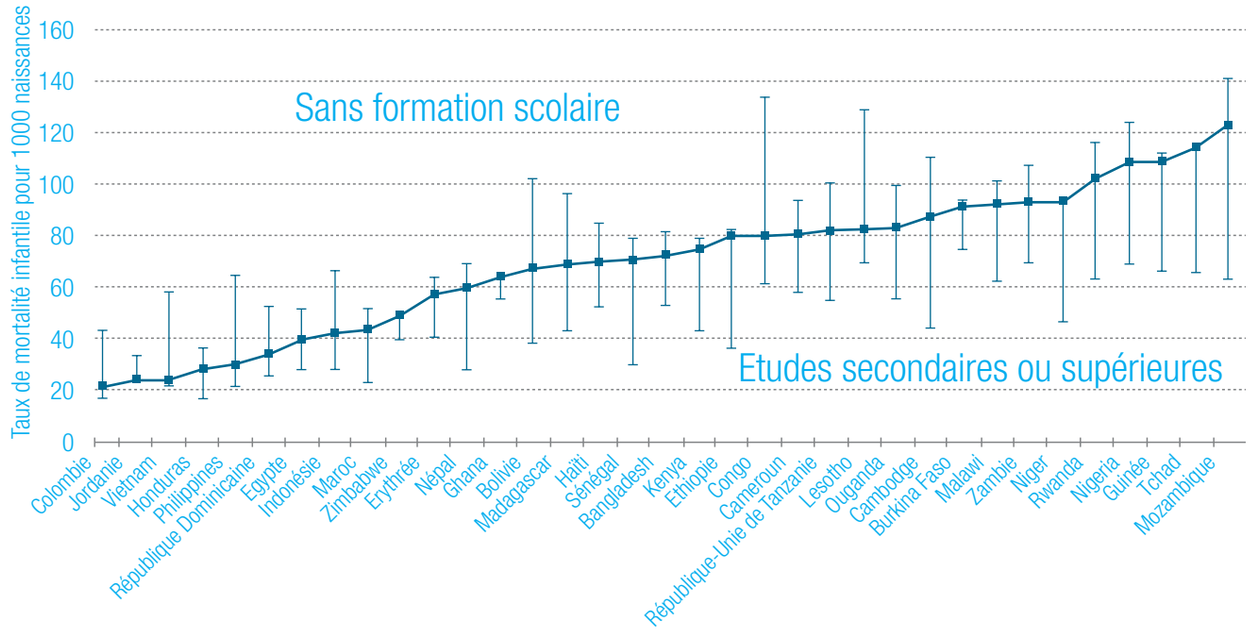
DISPARITÉS EN SANTÉ DANS TOUS LES PAYS

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

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

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

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



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

INÉGALITÉS DES CONDITIONS DE SANTE

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

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

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

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

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

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

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

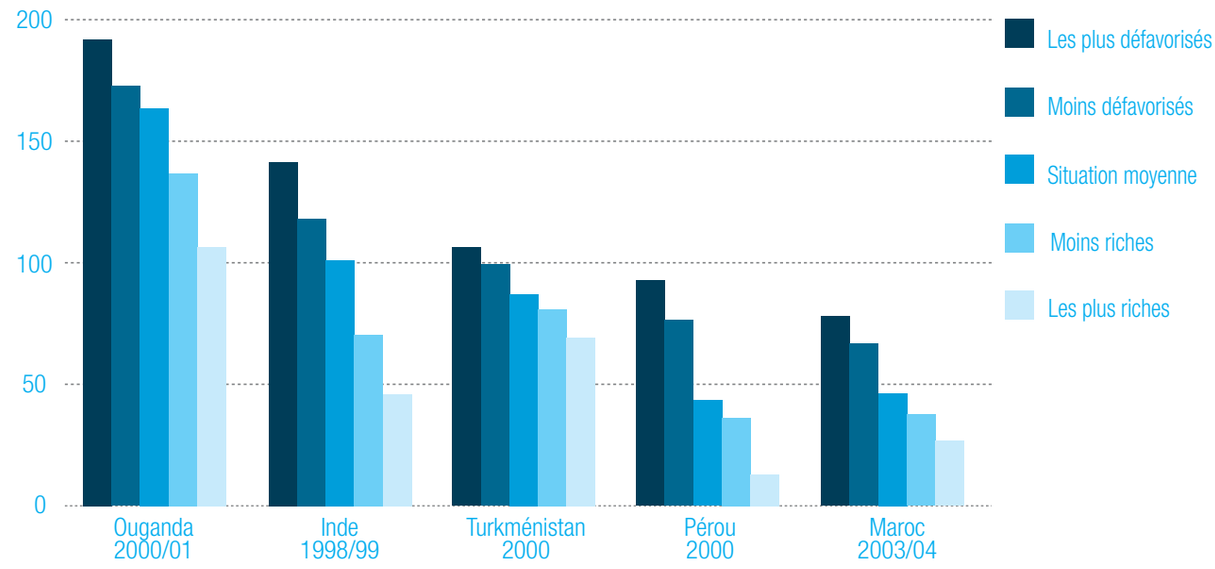
Le risque à vie de décès chez les mères est de 1 pour 8 en Afghanistan ; il est de 1 pour 17 400 en Suède, (WHO et al., 2007)

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

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

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

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



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

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

LE GRADIENT

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

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

LES PLUS PAUVRES PARMI LES PAUVRES ET LE GRADIENT SOCIAL DE LA SANTE

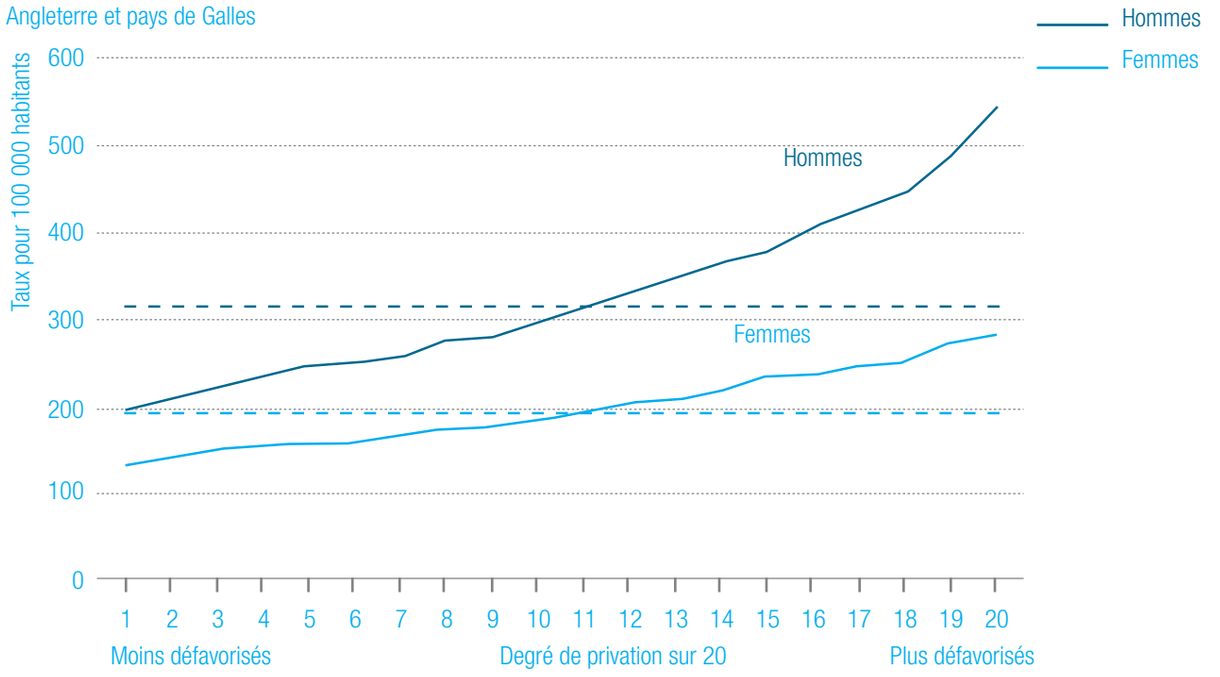
Les résultats des Fig. 2.1, 2.2 et 2.3 sont clairs. Nous devons nous occuper à la fois de la privation matérielle – les conditions matérielles de 40°% de la population mondiale qui vit avec 2 $US ou moins par jour – et du gradient social de la santé qui atteint les individus tant dans les pays riches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

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

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

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

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



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

la santé.

Tableau 2.1

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

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

a) Données nationales : Statistiques sanitaires mondiales 2005 (WHO, 2007c).
b) Données totalisées de 1998-2002 (Hanlon, Walsh & Whyte, 2006).
c) Données totalisées de 1997-2001 (Murray et al., 2006).

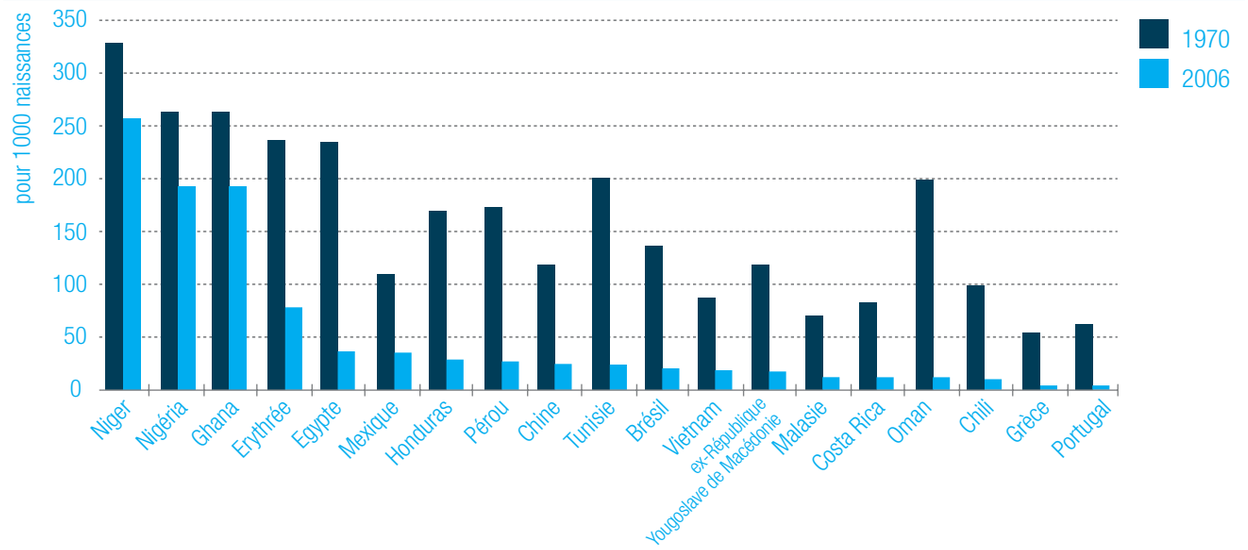
Comme le montrent les données plus haut, les inégalités en santé préoccupent tous les pays du monde. L'urgence de cette préoccupation est aggravée par le fait que les types de problèmes sanitaires que les pays rencontrent et qui appellent des solutions, soient convergents. Tandis que les pays les plus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

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

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

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

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



Cependant, comme les choses peuvent s'améliorer avec une rapidité remarquable, elles peuvent également se détériorer très vite. Durant la période de 30 ans s'étalant de 1970 à 2000, la mortalité infantile a diminué en Russie et à Singapour, mais l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 10 ans à Singapour et a diminué de 4 ans en Russie. La divergence est principalement due à la hausse de la mortalité adulte en Russie, une hausse associée aux changements opérés par la 'thérapie de choc' dans les systèmes politique, économique et social du pays depuis 1992. La Fig. 2.5 montre comment l'ampleur du gradient social de la santé peut aussi empirer rapidement, en rapport avec le niveau d'éducation.
Source: (UNICEF, 2007c).

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

EDIFIER SUR DES FONDEMENTS SOLIDES : EXPERIENCE HISTORIQUE

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

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

Certains pays à revenu faible comme le Costa Rica, la Chine, l'Inde (Etat du Kerala) et le Sri Lanka ont atteint un niveau de bonne santé hors de proportion, par rapport aux attentes fondées sur leur niveau de revenu national. Ce qui suggère fortement que la santé bonne et équitable ne dépend pas d'un niveau relativement élevé de richesse nationale. Le Cuba en est un autre exemple. Les leçons à tirer de l'expérience de ces pays mettent l'accent sur cinq facteurs politiques communs (Irwin & Scali, 2005) :

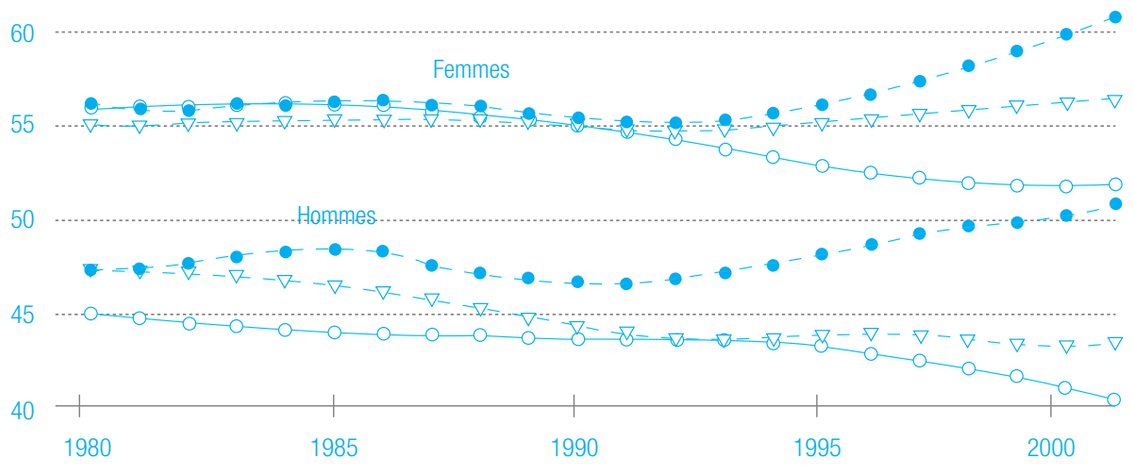
- l'engagement historique pour la santé en tant qu'objectif social ;
- l'orientation de l'aide sociale vers le développement ;
- la participation de la communauté aux processus de prise de décision relatifs à la santé ;
- la couverture universelle des services de santé pour tous les groupes sociaux ;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

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

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

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

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



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

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

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

CHAPITRE 3

Causes et solutions

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

POLITIQUES SOCIALES ET ECONOMIE EN FAVEUR DES PERSONNES

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

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

INÉGALITÉS DES CONDITIONS DE VIE QUOTIDIENNES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FACTEURS STRUCTURELS DES INEGALITES EN SANTE

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

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

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

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

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

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

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

ENCADRE 3.1: INEGALITES ET PEUPLES AUTOCHTONES – EFFETS CONJUGUES DES POLITIQUES

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

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

CROISSANCE ECONOMIQUE ET POLITIQUES SOCIALES

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

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

LA CROISSANCE ECONOMIQUE ET SA REPARTITION

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

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

Tableau 3.1

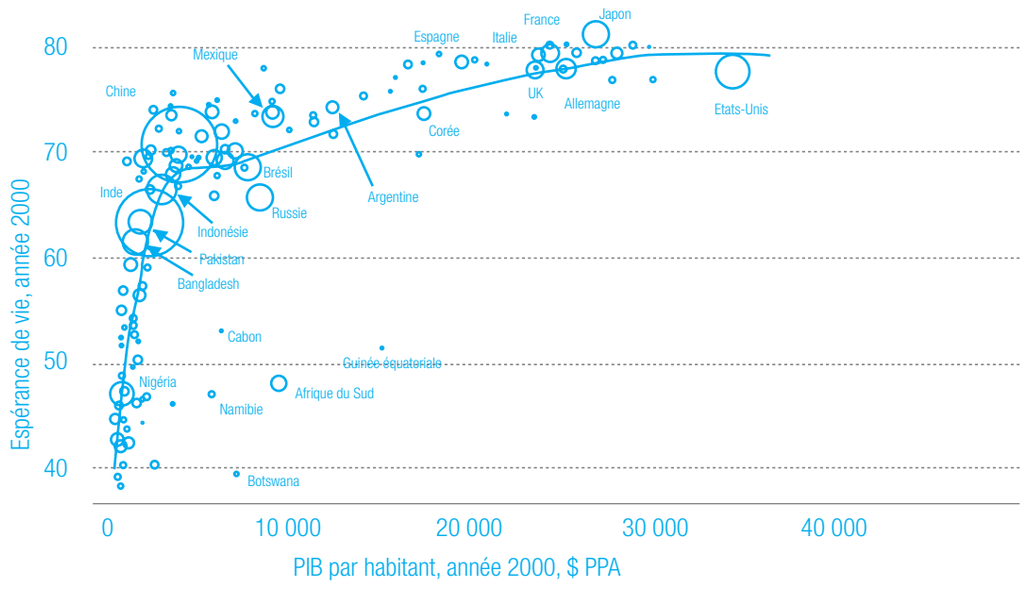
Augmentation des inégalités des revenus entre les pays

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

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

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

Figure 3.1: La courbe de Preston en 2000.



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

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

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

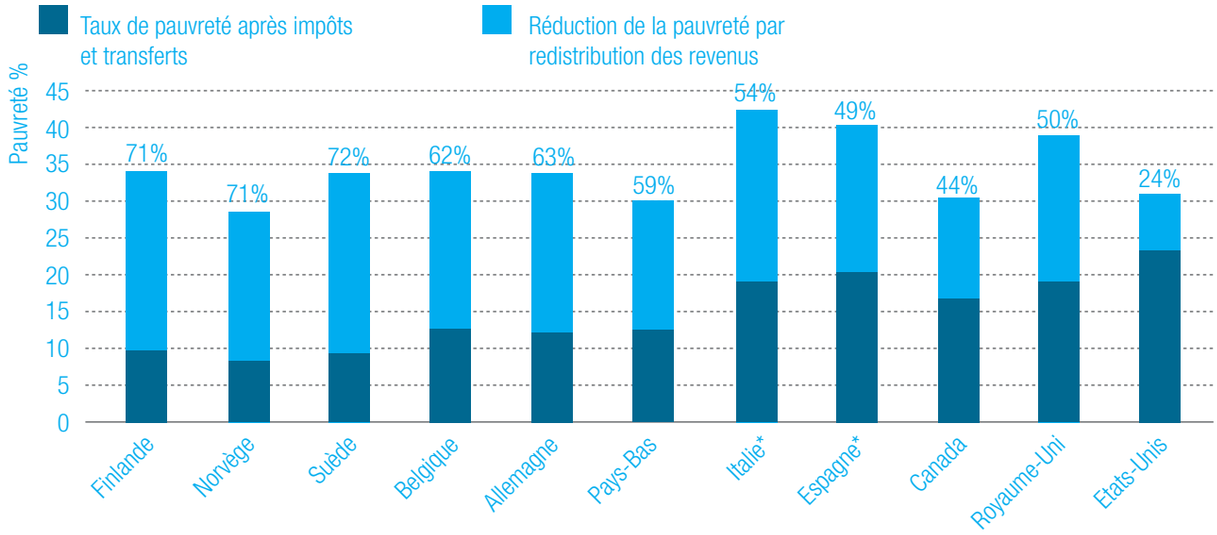
On a calculé que le coût annuel pour faire monter les 40% de la population actuellement en dessous des 2 $US par jour une ligne plus haut, se situe autour de 300 milliards $US, donc moins de 1% du revenu national brut des pays à revenu élevé (Pogge, 2008). Nous démontrerons tout au long de ce rapport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

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

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

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

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



Seuil de pauvreté = 60% du revenu disponible d'équivalence médian.
*Pour ces pays, le seuil de pauvreté avant la redistribution est calculé en fonction des revenus des impôts sur les revenus nets. Données provenant du Luxembourg Income Study.
Réimprimé avec l'autorisation des auteurs, tiré de Lundberg et al. (2007) citant Ritakallio & Fritzell (2004).

RENDEMENT DES INVESTISSEMENTS EN SANTE

A l'instar de la croissance économique et de sa répartition qui sont d'une importance vitale pour la santé, les investissements dans la santé et ses déterminants constituent une bonne stratégie pour relancer le développement économique. L'élévation de l'état de santé des personnes situées au bas de la hiérarchie sociale, même jusqu'au niveau de santé moyen, aurait un impact énorme sur la santé en général et améliorerait la productivité de toute une nation (Encadré 3.2) (Health disparities Task Group, 2004, Mackenbach, Meerding & Kunst, 2007).

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

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

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

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

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

Source : Health Disparities Task Group, 2004

PARTIE 2: Eléments probants, action, acteurs

CHAPITRE 4

La nature des éléments probants et de l'action

REUNIR LES ELEMENTS PROBANTS

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

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

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

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

LE CADRE CONCEPTUEL DE LA COMMISSION

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

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

Les circonstances de la vie quotidienne :

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

Et les facteurs structurels :

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

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

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

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

EVALUER LES ÉLÉMENTS PROBANTS

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

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

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

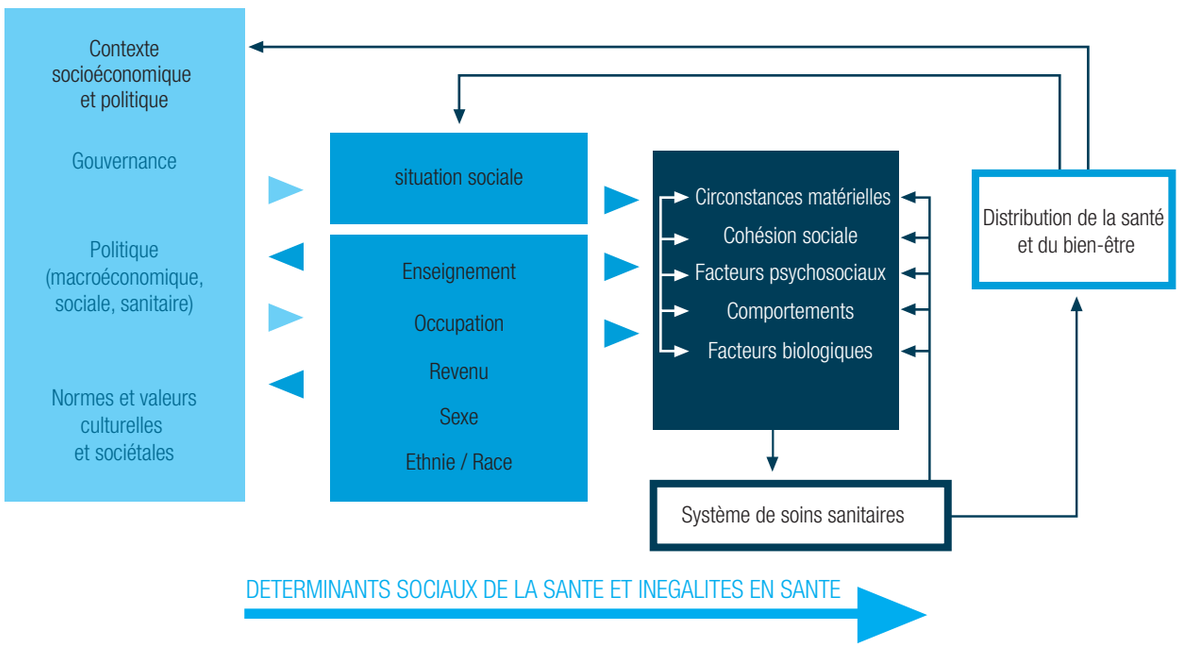
En reconnaissant la nature et l'étendue des maladies transmissibles et non transmissibles, nous démontrons les liens inextricables entre les pays, tant riches que pauvres. Il faut agir sur les déterminants de la santé, depuis les conditions structurelles de la société jusqu'aux conditions de vie quotidiennes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

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

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

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

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



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

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

RECOMMANDATIONS GENERALES DE LA COMMISSION

1. Améliorer les conditions de vie quotidiennes

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

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

Dans le but de remédier aux inégalités en santé et dans les conditions de vie quotidiennes, il est impératif de remédier aux inégalités dans la société telle qu'elle est organisée, comme par exemple les inégalités entre hommes et femmes. Un secteur public fort est requis. Il doit s'engager, être compétent et financé de manière adéquate. Pour qu'il ait ces atouts, il faut plus que renforcer les instances gouvernementales, il faut renforcer la gouvernance : légitimité, latitude dans l'action (« espace ») et soutien de la société civile, d'un secteur privé responsable et de tous les membres de la société pour défendre l'intérêt commun et réinvestir dans l'action collective. 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 œuvrer efficacement en faveur de l'équité en santé, il faut investir dans la formation des responsables du choix des politiques et des professionnels de la santé et faire bien connaître les déterminants sociaux de la santé au public. Il faut aussi accorder une plus grande place aux déterminants sociaux de la santé dans la recherche en santé publique.

Les Parties 3 à 5 du rapport sont structurées selon ces trois principes. Alors que les recommandations de la Commission tendent dans leur ensemble à remédier aux conditions de vie quotidiennes et aux facteurs structurels dont dépendent ces dernières, dans chacun des chapitres thématiques (5 à 16 dans les Parties 3 à 5), les recommandations sont en relation avec l'action qui veut s'attaquer aux facteurs structurels et aux causes immédiates des inégalités au niveau de ces thèmes. Elles varient de par leur caractère, depuis la gouvernance et les questions politiques jusqu'à l'action communautaire ; une combinaison d'approches descendantes et ascendantes aux niveaux mondial, régional, national et infranational

IMPLICATIONS DE DIFFÉRENTS ACTEURS

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

Organismes multilatéraux

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

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

OMS

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

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

déterminants sociaux de la santé.

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

Autorités nationales et locales

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

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

Société civile

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

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

Secteur privé

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

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

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

Monde de la recherche

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

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

MISE EN CONTEXTE DES RECOMMANDATIONS

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

Pour que les propositions de la Commission soient bénéfiques pour la santé dans les pays les plus défavorisés et par conséquent pour l'équité en santé sur le plan mondial, des changements dans l'environnement économique mondial seront requis. Il faudra agir pour alléger les pressions économiques externes, étendre le champ d'action de la politique nationale pour atteindre l'égalité en santé, lutter contre les contraintes financières du secteur public, améliorer l'infrastructure et les ressources humaines sur le plan national et renforcer et améliorer les programmes d'enseignement dédiés aux femmes. Pour réaliser les recommandations de la Commission, il faut effectuer des changements dans le fonctionnement de l'économie mondiale afin d'empêcher les pressions du marché et les engagements internationaux de constituer un obstacle pour leur mise en application ou d'engendrer des effets nuisibles involontaires.

AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE QUOTIDIENNES

Le premier parmi les trois principes d'action de la Commission est :

Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est à dire les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

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. La perspective implicite dans le travail de la Commission, portant sur la manière dont les déterminants sociaux de la santé agissent à chaque étape du développement (grossesse et naissance, petite enfance, enfance, adolescence et âge adulte), s'étend tout au long de l'existence, en exerçant une influence directe sur la santé et en constituant la base de la santé ou de la maladie au cours de la vie.

Les Chapitres suivants (5 à 9) mettent l'accent sur les conditions de vie quotidiennes et donnent des recommandations pour l'action, séquentiellement, liées aux conditions du début de la vie et au cours de la scolarisation ; à l'environnement social et physique, en insistant sur les villes ; et à la nature de l'emploi et des conditions de travail. La nature de la protection sociale, en particulier la protection du revenu, est considérée ici comme une ressource essentielle pour la vie quotidienne. Le dernier chapitre de la Partie 3 porte sur le système de soins sanitaires.

CHAPITRE 5

Equité dès le départ

"Chacun d'entre vous est sa propre personne, dotée de droits, dont le droit au respect et à la reconnaissance de sa dignité. Chacun d'entre vous mérite de prendre le meilleur départ possible dans la vie, de faire les meilleures études possibles, d'avoir l'occasion de développer tout son potentiel et la possibilité de participer de façon fructueuse à la vie de sa communauté."

Nelson Mandela et Graça Machel (UNICEF, 2000)

LE DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT ET L'EDUCATION – SOURCES DE NIVELLEMENT EFFICACES

Chaque année, il y a 10 millions d'enfants qui meurent dans le monde avant leur cinquième anniversaire (Black, Morris & Bryce, 2003). La plupart de ces décès surviennent chez les enfants qui naissent dans des pays à revenu faible ou moyen, et au sein de ces pays notamment dans les familles et communautés défavorisées (Houweling, 2007). Même dans les pays à revenu élevé comme le Royaume-Uni, la mortalité infantile est supérieure chez les groupes défavorisés (Department of Health, 2007). La réduction de ces inégalités en mortalité s'impose de toute urgence. De même, il y a au moins 200 millions d'enfants qui n'arrivent pas à compléter leur potentiel de développement, avec des répercussions énormes sur leur santé et sur la société en général (Grantham-McGregor et al., 2007). Le nombre de 200 millions est certainement sous-estimé, puisqu'il se base sur une définition de la pauvreté de 1 $US par jour, et puisqu'il existe un effet progressif de la richesse sur le développement du jeune enfant (DJE) (ECDKN, 2007a). Le vécu pendant la petite enfance (du développement du fœtus jusqu'à l'âge de 8 ans) et au cours du début de l'éducation et plus tard jettent les bases de toute l'existence (ECDKN, 2007a). Il est préférable d'assurer à l'enfant individuel et à la société, tant dans les pays riches que pauvres, un départ positif, plutôt que devoir recourir plus tard à des mesures de redressement. Si les gouvernements misent sur le programme de survie de l'enfant, ils peuvent amener une amélioration majeure et soutenue sur le plan de la santé et du développement des populations. Ils devront se soumettre aux obligations de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, en abordant les premières années de la vie de façon plus globale (ECDKN, 2007a).

Une approche plus globale des premiers stades de la vie

La science du DJE 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. Les conditions auxquelles les enfants sont exposés, notamment la qualité de l'environnement relationnel et linguistique, 'sculptent' le cerveau en cours de développement (Mustard, 2007). Elever des enfants en bonne santé implique la stimulation de leur développement physique, cognitif/apprentissage du langage et social/émotionnel (ECDKN, 2007a). Le développement sain durant les premières années de l'existence donne des assises pour une vie épanouie dans les domaines social, affectif, cognitif et du bien-être physique.

L'éducation, préscolaire et ultérieure, trace également les trajectoires des enfants tout au long de leur existence et leurs chances de santé. Malgré les progrès effectués récemment, on estime à 75 millions le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école primaire et qui n'y vont pas (UIS, 2008). Le niveau d'éducation est en rapport avec de meilleurs résultats de la santé, partiellement grâce à ses répercussions sur le revenu de l'adulte, ses conditions de travail et de vie (Ross & Wu, 1995 ; Cutler & LIeras-Muney, 2006 ; Bloom, 2007). Il existe des effets intergénérationnels puissants – le niveau d'éducation des mères est un déterminant de la santé, de la survie et du niveau d'éducation de l'enfant (Caldwell, 1986 ; Cleland & Van Ginneken, 1998).

De nombreux défis dans la société adulte trouvent leur racines dans les premiers stades de l'existence, en particulier les problèmes majeurs de santé publique tels l'obésité, les cardiopathies et les problèmes de santé mentale. Le vécu de la petite enfance a aussi une influence sur la criminalité, les problèmes d'alphabétisation et de participation économique (ECDKN, 2007 a).

Les inégalités sociales dans l'enfance contribuent aux disparités en santé, dépendamment du degré de DJE et du niveau d'éducation. Les enfants provenant de milieux défavorisés risquent d'être faibles à l'école, et ultérieurement en tant qu'adultes, ils risquent d'avoir de faibles revenus et des taux de fertilité élevés. Ainsi, ils n'ont pas assez d'atouts pour assurer à leurs enfants des soins sanitaires, une nutrition et une stimulation. De cette manière, ils contribuent à la transmission de la pauvreté de génération en génération (Grantham-McGregor et al., 2007). Les inégalités entre les sexes chez les adultes retrouvent également leurs racines dans la petite enfance. La socialisation des sexes et les partis pris sexistes éprouvés dès les premières années de l'existence influent sur le développement de l'enfant, notamment chez les filles. L'inéquité entre les sexes ressentie par un enfant à un âge précoce, confirmée par des rapports de force, des normes biaisées et des expériences jour après jour, aura avec le temps un impact profond sur l'inégalité entre les sexes dans sa vie à l'âge adulte (ECDKN, 2007a).

Une grande partie de la survie et du développement de l'enfant dépend des facteurs discutés dans d'autres chapitres du présent rapport. Le système des soins sanitaires joue un rôle central durant les premières années de la vie (ECDKN, 2007a). Les mères et les enfants ont besoin de soins dispensés en continu avant et pendant la grossesse jusqu'à l'accouchement, ainsi que les premiers jours et les premières années de la vie (WHO, 2005b) (cf. chapitre 9 : *Soins de santé universels*). Les enfants doivent être enregistrés à la naissance (cf. chapitre 16 : *Les déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*). Ils ont besoin d'un milieu sûr et sain – un logement de qualité, de l'eau propre et des services d'assainissement, un quartier sain et une protection contre la violence (cf. chapitre 6 : *Un environnement salubre pour une population en bonne santé*). Une bonne nutrition est cruciale et commence in utero, la mère devant être correctement nourrie. Il faut souligner ici l'importance d'adopter une perspective s'étendant sur toute l'existence pour lutter contre les inégalités en santé (ECDKN, 2007b). Il est également essentiel d'encourager l'initiation de l'allaitement dès les premières heures de la vie, le contact physique entre la mère et l'enfant immédiatement après la naissance, l'allaitement complet durant les 6 premiers mois et poursuivi jusqu'à la deuxième année. De même, il faut assurer l'accès à des régimes alimentaires sains pour les bébés

et les jeunes enfants, en développant la sécurité alimentaire (PPUCKN, 2007a ; Black et al., 2008,Victoria et al., 2008).

Si nous allons plus loin encore, nous disons que la survie de l'enfant et son développement dépendent de la qualité et de l'équité avec lesquelles les sociétés, gouvernements et organismes internationaux organisent leurs affaires (cf. Chapitres 10 et 14: *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques; Emancipation politique – participation et possibilité de s'exprimer*). L'équité entre les sexes soutenue par l'instruction, le revenu et l'émancipation de la mère endosse un rôle capital dans la survie et le développement de l'enfant. (cf. Chapitre 13 : *Equité entre les sexes*). Les enfants profitent lorsque les gouvernements adoptent des politiques de protection sociale favorables à la famille, qui garantissent un revenu approprié pour tous (cf. Chapitre 8 : *Protection sociale tout au long de l'existence*) et qui permettent aux parents et aux personnes qui s'occupent d'enfants d'équilibrer leur vie familiale et professionnelle (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). Les chefs politiques doivent jouer sur les plans national et international un rôle clé afin d'éviter les menaces graves qui guettent le développement des jeunes enfants, à savoir la guerre et la violence, le travail et l'exploitation des enfants (WHO, 2005a). Néanmoins, les disparités dans les puissances au niveau mondial ont une incidence sur la capacité des pays pauvres à adopter des politiques contribuant au développement du jeune enfant (ECDKN, 2007a) (cf. Chapitres 11, 12 et 15 : *Bonne gouvernance mondiale ; Rôle du marché ; Financement équitable*).

Les enfants ont besoin de protection, de soins attentifs favorisant leur épanouissement. Ils ont également besoin qu'on leur ouvre les possibilités d'explorer leur monde, de jouer et d'apprendre à parler aux autres et à les écouter. Les écoles font partie de l'environnement qui contribue au développement des enfants. Elles sont essentielles pour former leurs capacités, et lorsqu'elles sont réellement intégratrices, elles peuvent réaliser l'équité en santé. Les programmes de DJE, bien conçus, peuvent aider les petits enfants à vivre le passage vers l'école primaire de manière douce et à bien profiter en vue de la scolarisation ultérieure (UNESCO, 2006b).

Pour créer les conditions favorables au développement de tous les enfants, l'élaboration cohérente des politiques à travers les différents secteurs s'impose. Les parents et les personnes qui s'occupent des enfants peuvent être d'une grande utilité, mais il faut leur assurer un soutien de la part des pouvoirs publics, des organisations de la société civile et de la grande communauté. Les enfants ont été l'objet d'une grande négligence partout dans le monde, sous le regard des gouvernements. Les organisations de la société civile ont par conséquent un rôle important à jouer pour préconiser et améliorer les conditions contribuant à un développement sain des enfants.

Alors que les environnements influent fortement sur le développement du jeune enfant, les enfants eux-mêmes sont des acteurs sociaux qui modèlent et qui sont modelés par leur environnement (ECDKN, 2007b). L'évaluation de la nature de la relation entre l'enfant et son environnement a une incidence sur l'action et la recherche, mais il faut reconnaître l'importance de donner aux enfants une plus grande possibilité de s'exprimer (Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights, 2007).

Le développement du jeune enfant: source de nivellement efficace

Les investissements dans le développement du jeune enfant sont les investissements les plus efficaces que les pays peuvent faire en termes de réduction du fardeau des maladies chroniques chez les adultes, de réduction des coûts des systèmes judiciaires et carcéraux et afin de permettre à un plus grand nombre d'enfants de grandir et de devenir des adultes en bonne santé, pouvant apporter une contribution positive à la société, socialement et économiquement (ECDKN, 2007a; Engle et al., 2007; Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004; Lynch, 2004). Investir dans les programmes de DJE peut également constituer une source de nivellement efficace, les interventions produisant des effets importants sur les enfants les plus défavorisés (Sctt-McDonald, 2002,Young, 2002 ; Engle et al., 2007). Si les gouvernements des sociétés riches et pauvres agissaient lorsque les enfants étaient en bas âge et appliquaient des programmes de DJE de qualité, les intégraient à leurs plans de développement plus étendus, ces investissements se seraient fructifiés maintes fois (Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993 ; Schweinhart, 2004 ; Lynch, 2004). Malheureusement, la plupart des analyses des investissements en santé et dans d'autres secteurs ne tiennent pas compte de pareilles prestations futures et évaluent de manière disproportionnée les bénéfices attendus dans l'immédiat et à court terme

Réduire les inégalités en santé en l'espace d'une génération exige une nouvelle façon de penser le développement de l'enfant. Une approche qui adopte une compréhension plus globale du développement des jeunes enfants s'impose, prenant en considération non seulement la survie du point de vue physique, mais également le développement social/affectif et cognitif/apprentissage du langage. La reconnaissance du rôle des programmes de DJE et de l'enseignement offre un potentiel énorme pour réduire les disparités en santé en l'espace d'une génération. Elle représente un impératif puissant pour agir dès les premiers stades de l'existence et dès maintenant. Si on n'agit pas, les conséquences seront déterminantes et dureront plus d'une vie.

L'ACTION EN VUE DE PLUS D'EQUITE DES LE DEPART

La Commission soutient qu'une approche plus globale du DJE, comprenant non seulement sa survie et son développement physique, mais également son développement social/affectif et cognitif/apprentissage du langage, doit figurer en tête du programme politique. Cette approche requiert de l'engagement, un leadership et une cohérence politique aux niveaux international et national. Elle exige aussi un ensemble d'interventions pour le développement des jeunes enfants partout dans le monde.

Changer la mentalité

La Commission recommande que :

5.1. L'OMS et les Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) instaurent un mécanisme interinstitutions pour garantir la cohérence des politiques de développement du jeune enfant afin que l'ensemble des institutions appliquent une approche globale (cf. Rec. 15.2 ; 16.8).

Le développement du jeune enfant est influencé par les actions

L'EQUITE DES LE DEPART : CHAMP D'ACTION 5.1

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

effectuées au niveau de nombreux secteurs comprenant la santé, la nutrition, l'enseignement, le travail, l'eau et le système d'assainissement. Dans le même ordre d'idées, de nombreux acteurs au sein ou hors du système des Nations Unies sont concernés par le DJE. Ils incluent le PNUD, le Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (HCNUR), l'UNICEF, les Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour les établissements humains, l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'OMS, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), la Banque mondiale, le Fonds monétaire international (FMI), l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), ainsi que les organisations de la société civile. Parmi les organismes cités plus haut, beaucoup ne se sont pas fixé pour but explicite l'amélioration des programmes de DJE. Néanmoins, ils y exercent toujours une grande influence positive ou négative.

Il faut instaurer un mécanisme interinstitutions pour garantir une approche globale et cohérente du DJE. Ce mécanisme peut prendre différentes formes. Un bon modèle serait ce qu'on appelle communément un sous-comité, tel le Comité permanent de la nutrition (CPN) du système des Nations Unies (Encadré 5.1). Un comité pareil rassemble des organismes importants de l'ONU, des acteurs gouvernementaux, des organisations de la société civile et des réseaux professionnels de DJE (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*).

Suivant le modèle de SCN, les activités principales du mécanisme interinstitutions pourrait inclure : (i) le développement et la mise en œuvre d'une stratégie pour une sensibilisation et une communication stratégique, au plus haut niveau, (ii) la recherche et la production de rapports sur le progrès accompli dans la promotion d'une vie saine pour tous les enfants dès le départ, (iii) faciliter l'intégration des programmes de DJE dans les activités liées aux OMD au niveau national et par le biais du système de coordination de l'ONU, (iv) intégrer les approches des droits de l'homme, notamment de la petite enfance, comme ils ont été repris dans l'Observation générale n°7 sur la mise en application des droits de l'enfant dans la petite enfance (UN, 2006a), au sein des travaux du mécanisme interinstitutions et (v) identifier les principales lacunes scientifiques et opérationnelles (Standing Committee on Nutrition, nd,b). Le groupe interinstitutionnel peut promouvoir au niveau national une approche dans laquelle les responsables des choix politiques, intervenants, chercheurs et acteurs de la société civile forment des réseaux axés sur le DJE, afin d'assurer un partage à libre accès et une diffusion des recherches et des conclusions liées à la pratique.

Pour assurer une cohérence des politiques concernant le DJE, sur les plans national et international, il faut que les organisations internationales, en particulier l'OMS et l'UNICEF, renforcent leur leadership dans ce domaine ainsi que leur engagement institutionnel. Plusieurs programmes à l'intérieur de ces organisations ont une incidence sur le développement de l'enfant, à savoir, les programmes sur la survie de l'enfant, l'immunisation, la santé génésique et le VIH/SIDA. Le développement du jeune enfant doit être pris en compte dans ces programmes, de manière explicite. Ceci requiert un personnel à plein temps et un financement, dans le but de :

- jouer un rôle capital pour plaider la cause du DJE en tant que déterminant social principal de la santé ;
- fournir un support technique pour l'insertion du DJE dans les politiques au niveau national et les cadres de développement international (tels que le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté - CLSP) ;
- fournir un support technique aux régions, pays et partenaires pour intégrer de simples interventions de DJE (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant - PIMCE, Soins pour le développement (Care for Development), cf. Encadré 5.7) dans les services sanitaires et les initiatives de santé communautaire ;
- assumer la responsabilité de rassembler les éléments probants sur l'efficacité des interventions de DJE, plus particulièrement de celles qui sont liées au système de soins sanitaires ;
- soutenir les pays pour qu'ils recueillent les données statistiques nationales et instaurent des observatoires du DJE.

Pour aborder le DJE de manière globale, il est requis des organisations et des donateurs internationaux de soutenir les gouvernements afin de renforcer les capacités et développer des mécanismes financiers pour la mise en œuvre d'une telle approche. Une stratégie de financement mondial doit être établie pour assister les pays signataires de la Convention relative aux droits de l'enfant afin qu'ils appliquent l'Observation générale du Comité des droits de l'enfant de l'ONU n°7, concernant les droits de l'enfant durant la petite enfance.

ENCADRE 5.1: EXEMPLE DE MECANISME INTERINSTITUTIONS- LE COMITE PERMANENT DE LA NUTRITION (CPN) DU SYSTEME DES NATIONS UNIES

Le mandat du CPN sert à promouvoir la coopération entre les organismes des Nations Unies et les organisations partenaires, dans le but de soutenir les efforts communautaires, nationaux, régionaux et internationaux, pour mettre fin à la dénutrition sous toutes ses formes, dans cette génération. Il pourra le réaliser en rectifiant l'orientation des actions contre la dénutrition dans le monde, en élargissant leur envergure et en renforçant leur cohérence et leurs effets. Il devra aussi sensibiliser aux problèmes de la nutrition et favoriser l'engagement pour les résoudre au niveau mondial, régional et national. Le CPN relève du secrétariat des organismes des Nations Unies. Les membres de L'ONU sont la Commission Economique pour l'Afrique, la FAO, l'Agence Internationale pour l'énergie atomique, le Fonds International pour le Développement de l'Agriculture, l'OIT, l'ONU, l'ONUSIDA, le PNUD, le Programme des Nations Unies pour l'environnement, l'UNESCO, le FNUAP, l'HCNUR, l'UNICEF, l'Institut de Recherche des Nations Unies pour le Développement Social, l'Académie des Nations Unies, le PAM, l'OMS et la Banque Mondiale. Sont aussi membres l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires et la Banque asiatique de développement (BAsD). Dès le début, des représentants des parties à accord bilatéral, ainsi que des organisations non gouvernementales (ONG) ont participé activement aux activités du CPN.

Reproduit avec la permission de l'ONU, tiré de la Commission Permanente sur la Nutrition (nd,a)

Une approche globale de la petite enfance sur le plan pratique

La Commission recommande que :

5.2. Les gouvernements établissent une couverture universelle de sorte que tous les enfants, toutes les mères et toutes les personnes qui s'occupent d'enfants bénéficient d'un ensemble complet de programmes et de services de développement du jeune enfant de bonne qualité, indépendamment de la solvabilité des bénéficiaires (cf. Rec. 9.1 ; 11.6 ; 16.1).

Un cadre stratégique intégré pour le développement du jeune enfant

Pour que tous les enfants aient un bon départ dans la vie, il est préférable d'avoir un cadre stratégique intégré du DJE, conçu pour atteindre la totalité des enfants. Celui-ci requiert une coordination interministérielle et une cohérence des politiques, avec une articulation claire autour des rôles et des responsabilités de chaque secteur et de leur mode de collaboration. Une meilleure collaboration entre les secteurs de l'aide sociale et de l'éducation par exemple, peut faciliter la transition du programme préscolaire à l'enseignement primaire (OECD, 2001). Le DJE doit être intégré dans les programmes de chaque secteur pour garantir qu'il sera pris en considération méthodiquement dans la prise de décision (cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*).

L'application d'une approche plus globale de l'enfance consiste aussi à étendre les interventions de qualité qui ciblent la survie de l'enfant et son développement physique, pour inclure son développement social/affectif et cognitif/apprentissage du langage. Les programmes et les services de développement du jeune enfant doivent comporter entre autres : l'allaitement et le soutien nutritionnel, le soutien global et les soins de la mère avant, pendant et après la grossesse – y compris les interventions qui vont à l'encontre des problèmes maternels de santé mentale pré et postnataux (Patel et al., 2004) (cf Chapitre 9 : *Programme de soins de santé universels*), le soutien de ceux qui s'occupent des nourrissons, la puériculture et l'éducation précoce commençant autour de l'âge de 3 ans. (cf. Champ d'action 2, ci-dessous) (ECDKN, 2007a). De plus, les services sont nécessaires aux enfants souffrant de problèmes particuliers, dont les problèmes mentaux et physiques. Ils incluent le dépistage précoce, la formation des personnes qui s'occupent d'enfants au jeu et au dialogue avec les enfants à la maison, des programmes communautaires précoces aidant les enfants à développer leurs possibilités, ainsi que l'éducation et la sensibilisation de la communauté, pour prévenir la discrimination des enfants handicapés (UNICEF, 2000; UNICEF, 2007a). Les interventions se révèlent très efficaces lorsqu'elles assurent un apprentissage direct aux enfants et à leurs gardiens, lorsqu'elles sont très intensives, de bonne qualité, et de longue durée, ciblant les enfants jeunes et défavorisés, et lorsqu'elles s'appuient sur des programmes établis de survie et de santé de l'enfant et rendent les programmes de DJE facilement accessibles (Engle et al., 2007).

L'application d'un cadre stratégique intégré du développement du jeune enfant nécessite de travailler avec les organisations des sociétés civiles, les communautés et ceux qui s'occupent des enfants. La société civile peut sensibiliser au DJE et lancer des actions. Elle peut contribuer à organiser des stratégies au niveau local afin de fournir aux familles et aux enfants des services efficaces pour le DJE, d'améliorer la sécurité et l'efficacité des milieux résidentiels, et d'accroître la capacité des communautés locales et relationnelles d'améliorer la vie des enfants (ECDKN, 2007a).

La plupart des pays n'ont pas de cadre stratégique intégré de DJE. On trouve en même temps, à travers le monde, des exemples d'interventions qui illustrent ce qui peut être réalisé.

Des programmes simples ou globaux pour les services de développement du jeune enfant

L'application de programmes et de services cherchant à améliorer le développement du jeune enfant peut être conduite de différentes manières. Certaines peuvent viser un seul but comme l'alphabétisation (Encadré 5.2), alors que d'autres abordent le développement du jeune enfant de façon plus globale (cf. Encadrés 5.3 et 5.4).

Les interventions qui intègrent les différents aspects du développement de l'enfant donnent de très bons résultats, comme l'association de la stimulation (interaction entre ceux qui s'occupent des enfants et les enfants eux-mêmes, liée au développement cérébral) et la nutrition (Engle et al., 2007). Elles se sont montrées enclines à donner des améliorations durables aux différents niveaux du développement physique, social/affectif, et cognitif/apprentissage du langage, tout en diminuant simultanément le fardeau des maladies actuelles et futures, en particulier chez les plus vulnérables et les plus défavorisés (ECDKN, 2007a). Ceci est illustré dans la figure 5.1, qui montre que le développement mental des enfants à croissance arrêtée qui avaient reçu à la fois une supplémentation nutritionnelle et une stimulation psychosociale était presque aussi bon que celui des enfants à croissance non arrêtée (Fig. 5.1).

ENCADRE 5.2 : ENCOURAGER LA LECTURE A HAUTE VOIX AUX ETATS-UNIS

Reach out and Read est une organisation américaine nationale à but non lucratif qui promeut l'alphabétisation précoce en donnant des livres aux enfants ainsi que des conseils aux parents pendant les consultations pédiatriques, portant sur l'importance de la lecture à voix haute dans le développement de l'enfant et sa préparation pour l'école. A chaque consultation de contrôle, les médecins et les infirmières encouragent les parents à lire à haute voix à leurs jeunes enfants, et leur prodiguent des conseils appropriés à l'âge de leurs enfants ainsi que des encouragements. Les parents ne maîtrisant pas bien la lecture sont encouragés à inventer leurs propres histoires à partir de livres illustrés et à passer du temps avec leurs enfants à nommer les objets. Aussi, les dispensateurs de services donnent à chaque enfant âgé entre 6 mois et 5 ans, des livres pour enfants qu'il peut garder, et qui sont appropriés à son développement. Dans les salles d'attente propices à l'alphabétisation, les parents et les enfants apprennent, souvent avec des lecteurs volontaires, à prendre plaisir et à connaître les techniques pour lire des livres ensemble. Il a été noté que les parents ayant reçu cet enseignement, avaient un penchant nettement plus prononcé à lire à leurs enfants et à avoir des livres pour enfants à la maison. Plus important encore, les enfants ayant reçu cet enseignement ont montré une nette amélioration dans le langage préscolaire, ce qui est un bon indicateur d'une littéracie future réussie.

Source: ECDKN, 2007a

Même des programmes plus généraux de services peuvent être assurés, dont la stimulation, la nutrition, l'éducation des parents, ainsi que différentes formes de soutien familial (Encadré 5.3).

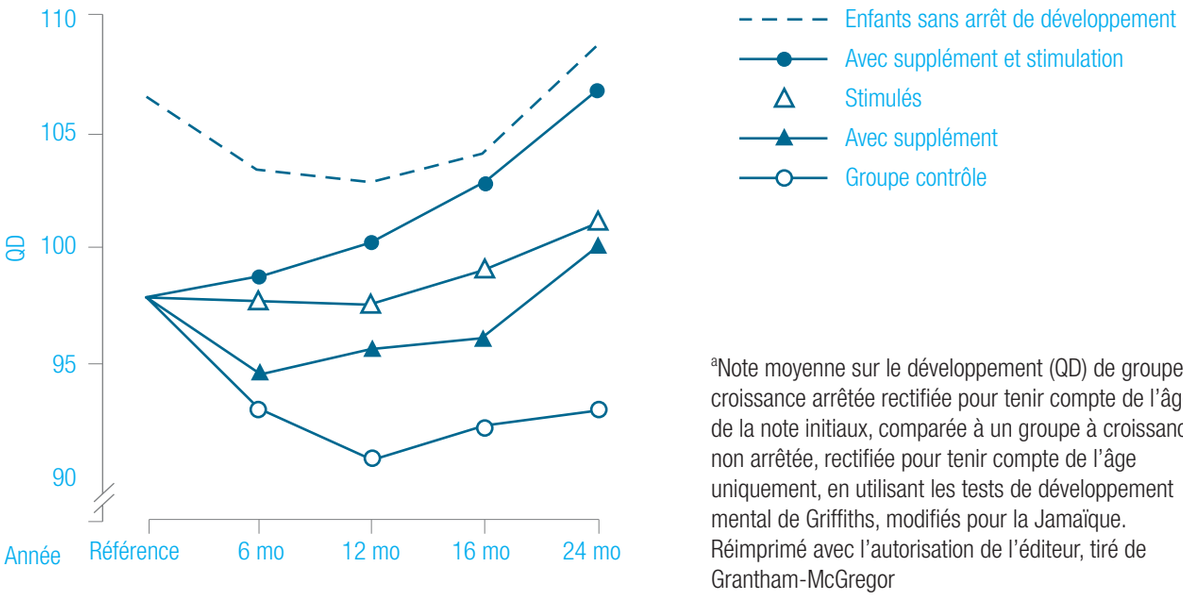
Commencer précocement dans la vie, en ayant une approche pour toute la vie

Les jeunes enfants se montrent enclins à bénéficier davantage des interventions pour le DJE par rapport à ceux qui sont plus âgés, ce qui montre l'importance d'assurer des programmes et des services dès les premières années de la vie (Engle et al., 2007). Certains facteurs doivent être abordés avant la naissance, même avant la conception. L'Encadré 5.4 illustre comment les problèmes de développement et de nutrition chez les enfants peuvent être réglés dans une perspective à long terme, intéressant non seulement les enfants mais aussi les femmes enceintes, les mères qui allaitent et les adolescentes.

Adresser les interventions en priorité aux plus favorisés socialement

Dans un cadre d'accès universel, une attention spéciale accordée aux défavorisés socialement et aux enfants ayant un retard de développement pourra aider considérablement à réduire les inégalités dans le développement du jeune enfant. Une raison importante serait le grand effet que montrent les interventions de DJE auprès de ces groupes défavorisés (Scott-McDonald, 2002, Young, 2002, Engle et al., 2007).

Figure 5.1: Les effets de l'association d'un supplément nutritionnel et d'une stimulation psychosociale sur les enfants avec un arrêt de développement, au cours d'une enquête de 2 ans en Jamaïque.[a]



[a]Note moyenne sur le développement (QD) de groupes à croissance arrêtée rectifiée pour tenir compte de l'âge et de la note initiaux, comparée à un groupe à croissance non arrêtée, rectifiée pour tenir compte de l'âge uniquement, en utilisant les tests de développement mental de Griffiths, modifiés pour la Jamaïque. Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Grantham-McGregor

ENCADRE 5.3: UNE APPROCHE GLOBALE POUR ABORDER LES DEFIS DU DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT EN JAMAIQUE

Les jeunes enfants des communautés pauvres de Jamaïque affrontent des difficultés écrasantes, dont la pauvreté. Le programme en faveur des enfants mal nourris s'occupe des besoins nutritifs et psychosociaux des enfants hospitalisés pour malnutrition. Le personnel hospitalier a remarqué qu'avant de lancer le programme d'approche, de nombreux enfants qui avaient récupéré et qui étaient sortis de l'hôpital et renvoyés à domicile, devaient être réadmis pour la même raison, peu de temps après. Pour régler ce problème, des visites de suivi à domicile ont été organisées afin de surveiller les enfants sortis de l'hôpital. Au cours de ces visites, le personnel s'est centré sur la stimulation, les facteurs environnementaux potentiellement nocifs pour la santé de l'enfant, son état nutritionnel et le besoin éventuel d'une supplémentation alimentaire. Les parents suivent un programme hebdomadaire continu de formation au rôle de parent et d'assistance sociale. Ils reçoivent une aide pour développer des compétences génératrices de revenus, commencer des projets d'auto-assistance et trouver du travail et un abri. Les parents sans emploi reçoivent aussi des colis alimentaires, de la literie et des vêtements. De plus, il existe un programme d'approche dans les communautés pauvres comportant une stimulation psychosociale régulière adressée aux enfants âgés de 3 ans ou moins, soutenue par une ludothèque ambulante.

Adaptation avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Scott-McDonald (2002).

Malheureusement, les enfants des ménages et des communautés les plus pauvres sont les moins susceptibles d'avoir accès aux programmes et aux services de DJE (UNESCO 2006b). Lorsque de nouvelles interventions sont lancées, ceux qui sont dans une meilleure situation en bénéficient en premier (Victoria et al., 2000 ; Houweling, 2007). Il semble que ce soit le cas dans le programme Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant qui, appliqué dans des conditions ordinaires, n'atteint pas les pauvres de façon préférentielle (PPHCKN, 2007a). Par ailleurs, parmi de nombreux exemples, ceux des Philippines montrent qu'il est possible d'atteindre les enfants défavorisés (Encadré 5.5).Dans les pays où les ressources sont limitées, il faudrait atteindre en priorité les enfants les plus vulnérables, tout en laissant la couverture mondiale comme objectif à long terme (ECDKN, 2007a).

Atteindre tous les enfants

Pour réaliser des interventions de développement du jeune enfant de qualité, l'objectif permanent devrait être une couverture mondiale, avec une attention spéciale pour les plus démunis. 'L'accès universel' doit permettre aux garçons et aux filles un accès égal de manière tout à fait normale. Les pays à faible revenu doivent s'efforcer de réaliser progressivement une couverture universelle, en commençant par les plus vulnérables. Les gouvernements devraient développer des stratégies pour étendre des programmes efficaces de l'échelle locale à l'échelle nationale, sans pour autant sacrifier les caractéristiques du programme qui l'ont rendu efficace. Il est important que l'intégrité et la responsabilisation dans l'application soient maintenus, même lorsque les programmes sont étendus à l'échelle nationale (ECDKN, 2007a).

ENCADRE 5.4: COMMENCER LES INTERVENTIONS AVANT LA CONCEPTION – LES SERVICES INTEGRES DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (ICDS) EN INDE

Le ICDS est l'un des plus grands programmes mondiaux de développement et de nutrition de l'enfant. Il atteint actuellement plus de 30 millions d'enfants. Les services de ce programme comportent un soutien pour les femmes enceintes et les mères qui allaitent, ainsi que pour les adolescentes, entre autres en améliorant la possibilité de se nourrir. Ils assurent aussi des centres de soins pour enfants, une éducation préscolaire, une surveillance de la croissance des enfants âgés de 0 à 5 ans, une supplémentation nutritionnelle pour les enfants mal nourris, une assistance pour l'immunisation de l'enfant ainsi que certains soins sanitaires d'urgence (Engle et al., 2007). Les résultats de ce programme semblaient être variables, avec de bons résultats sur la malnutrition et le développement moteur et mental de l'enfant dans certains Etats (Engle et al,. 2007 ; Lokshin et al., 2005). Au sein des Etats, les villages les plus pauvres étaient les mieux servis. Cependant, les Etats ayant un taux élevé d'enfants mal nourris recevaient la plus faible couverture et les plus basses allocations budgétaires de la part du gouvernement central (Das Gupta et al., 2005). L'évaluation de la Banque Mondiale a montré peu d'effets positifs, probablement à cause des aides financières modestes, de la surcharge de travail des agents communautaires et de la formation insuffisante.

(Engle et al., 2007).

ENCADRE 5.5 : ATTEINDRE LES COMMUNAUTES MARGINALISEES AUX PHILIPPINES

Un programme institué aux Philippines fournit des services de santé, de nutrition, et d'éducation précoce aux jeunes enfants dans des communautés marginalisées. Intéressant différents ministères au niveau national, ainsi que des vulgarisateurs et des agents de développement de l'enfant au niveau communautaire, le programme aide à suivre chaque enfant dans sa croissance, surveille l'accès au sel iodé, aux oligo-élements, à l'eau propre et à la toilette, et offre des conseils aux parents sur la nutrition et le développement de l'enfant.

Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de UNICEF (2001).

ENCADRE 5.6 : SERVICES UNIVERSELS DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT A CUBA

Le programme cubain Educa a Tu Hijo (Grandir avec son enfant) est généralement vu comme un facteur important dans les réalisations éducatives au niveau de l'école primaire à Cuba (UNICEF, 2001). Le programme débuté en 1985, est un service de DJE, extrascolaire, non institutionnel, fondé sur la communauté, et centré sur la famille. Il se déroule sous la responsabilité du ministère de l'Education (Education préscolaire). Le programme fonctionne avec la participation des ministères de la Santé publique, de la Culture et du Sport, de la Fédération des femmes cubaines, de l'Association nationale des petits agriculteurs, du Comité National pour la défense de la révolution, et d'associations estudiantines. Ce réseau élargi comprend 52 000 promoteurs (enseignants, pédagogues, médecins et professionnels formés), 116 000 exécutants (enseignants, médecins, infirmières, professionnels retraités, étudiants, et volontaires), et plus de 800 000 familles. Au cours des années 1990, le programme a été étendu, atteignant 99,8 % des enfants âgés de 0 à 5 ans en l'an 2000, constituant probablement le taux de scolarisation le plus élevé dans le monde.

Source : CS, 2007

S'appuyer sur les programmes déjà établis de survie et de santé de l'enfant pour rendre les interventions de développement immédiatement réalisables

Les systèmes de soins de santé sont les seuls à pouvoir contribuer au DJE (cf. Chapitre 9 : *Soins de santé universels*). Etant donné le chevauchement des déterminants qui sont à la base du développement de survie/physique, social/affectif et cognitif/apprentissage du langage, le système de soins de santé pourrait être un champ efficace pour la promotion du développement dans tous les domaines. C'est le premier contact pour beaucoup de femmes en âge de procréation, et dans de nombreux cas, les dispensateurs de soins de santé sont les seuls professionnels que les familles rencontrent durant les premiers stades de la vie de l'enfant (ECDKN, 2007a). Les systèmes de soins de santé peuvent servir de plateforme pour l'information et le soutien des familles dans le développement du jeune enfant, et ils peuvent lier les enfants et leurs parents aux services communautaires de développement du jeune enfant. Lorsque ces services et programmes seront intégrés dans les services de santé établis, comme le PCIME (Encadré 5.7), ils constitueront un moyen extrêmement efficace pour la promotion des programmes de DJE (ECDKN, 2007a).

Agir sur les inégalités entre les sexes

Un des aspects importants pour garantir la qualité des programmes et des services de DJE est la promotion de l'équité entre les sexes. La socialisation des sexes à un âge précoce et l'apprentissage des rôles culturels selon son propre sexe et ses propres normes qui définissent le 'masculin' et le 'féminin', peuvent avoir de grandes ramifications tout au long de la vie de la personne. Les filles, par exemple, pourraient prendre soin de leurs frères et sœurs et être empêchées de se rendre à l'école. Les programmes préscolaires qui visent les frères et sœurs les plus jeunes, pourraient contribuer à la résolution de ce problème.

Une stratégie importante pour la promotion d'une socialisation positive des sexes se ferait à travers des programmes appropriés du point de vue du développement, soucieux de l'équité entre les sexes et de programmes culturellement pertinents, de formation au rôle de parent (Koçak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003). Ces derniers visent à sensibiliser les parents et ceux qui s'occupent d'enfants à leur rôle d'aider les enfants à développer l'estime de soi et la confiance en soi, en tant que garçon ou fille, dès le départ. Les partis pris discriminatoires des garçons et des filles peuvent ressortir durant des discussions de groupes avec les pères, les mères, les tuteurs et les enseignants préscolaires.

Faire intervenir les pères dans l'éducation de leurs enfants dès la naissance est une autre stratégie importante pour améliorer la santé des enfants et ses résultats développementaux, tout en encourageant l'équité entre les sexes.

Les pères peuvent jouir de leurs rôles de pères en établissant une relation positive et épanouissante avec leurs enfants, et présenter ainsi un modèle d'identification bénéfique pour leurs fils et pour leurs filles. Les programmes de formation au rôle de parent tels qu'au Bengladesh, Brésil, Jamaïque, Jordanie, Afrique du Sud, Turquie et Vietnam, englobent des activités spécifiques qui engagent les pères de manière active dans l'éducation de leurs enfants (Koçak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003).

Faire intervenir les communautés

En faisant intervenir les communautés, y compris les mères, grands-mères et autres personnes qui s'occupent des enfants, on cible la viabilité de l'action sur le DJE. Ils devront participer à l'élaboration, instauration et révision de politiques, programmes et services de développement du jeune enfant (ECDKN, 2007a). Il peut en résulter des aspirations communes et un consensus sur les issues, en relation avec les besoins de la communauté ; un déclenchement de relation de partenariat entre la communauté, les dispensateurs de services, les parents et les personnes qui s'occupent des enfants ; et un renforcement de la capacité de la communauté par la participation active de familles et d'autres parties prenantes (ECDKN, 2007a). L'Encadré 5.8 illustre comment un projet de développement du jeune enfant en République démocratique populaire du Laos a été conduit par la communauté, à toutes les étapes, depuis l'identification des besoins jusqu'à la mise en application. La participation de la communauté et les interventions fondées sur la communauté ne déchargent pas les pouvoirs publics de leurs responsabilités. Cependant, elles assurent des relations plus solides entre le gouvernement, les dispensateurs de services, la communauté et les tuteurs (ECDKN, 2007a) (cf. Chapitre 14: *Emancipation politique – Participation et possibilité de s'exprimer*).

Le champ de l'éducation

La Commission n'avait pas approfondi l'éducation par un Réseau de connaissances spécialement dédié à ce sujet. Pourtant, de larges domaines à étudier ont émergé des travaux de la Commission. La Commission reconnaît l'importance cruciale de l'éducation sur l'éducation à l'équité en santé. L'éducation, formelle ou informelle, est comprise comme un processus qui commence à la naissance et se poursuit tout au long de la vie. Cette section est axée sur l'éducation depuis l'école maternelle jusqu'à la fin des études secondaires, en préconisant l'extension de l'approche globale à l'éducation qui

ENCADRE 5.7 : S'APPUYER SUR DES PROGRAMMES ET DES SERVICES EXISTANTS POUR LE DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

En partenariat avec l'UNICEF, l'OMS a mis en place un élément spécial pour le DJE, appelé Care for Development (Soins pour le Développement), prévu pour être intégré dans les programmes PCIME existants. Care for Development a pour but de rendre les parents et ceux qui s'occupent des enfants plus conscients de l'importance du jeu et de la communication avec les enfants, et ceci, en leur donnant une instruction et des informations durant les visites médicales de leurs enfants. Les résultats ont montré que Care for Development est une méthode efficace qui soutient les efforts des parents et de ceux qui s'occupent des enfants pour assurer un environnement stimulant à leurs enfants en développant leurs aptitudes. Les professionnels de la santé sont encouragés à considérer les consultations médicales des enfants pour des maladies aigues et d'importance mineure comme des occasions pour diffuser les messages de Care for Development, tels l'importance d'une alimentation active et adaptée pour l'amélioration de la nutrition et de la croissance des enfants, et l'importance du jeu et des activités de communication pour le passage aux étapes suivantes de leur développement.

Sources: ECDKN, 2007a; WHO, nd,d

prête une attention particulière au développement physique, social/affectif, et cognitif/apprentissage du langage chez les enfants.

La Commission recommande que :

5.3. Les pouvoirs publics offrent aux enfants un enseignement de qualité, qui soit attentif au développement physique, social/affectif et cognitif/apprentissage du langage, en commençant par l'éducation préscolaire.

Tous les enfants du monde, et plus particulièrement ceux qui proviennent des communautés les plus défavorisées, bénéficieraient énormément des programmes d'éducation durant la petite enfance. Etendre et améliorer les soins et l'éducation des enfants dès les premières années de la vie fait partie de la stratégie de l'éducation pour tous de l'UNESCO (UNESCO, 2006b; UNESCO, 2007a). La Commission appuie les objectifs de ce programme (résumés dans l'Encadré 5.9).

Offrir une éducation préscolaire de qualité

Rendre les écoles maternelles qui sont de bonne qualité et qui adoptent les principes de développement du jeune enfant disponibles pour tous les enfants et s'efforcer d'y inclure ceux qui appartiennent à des milieux défavorisés socialement, requièrent un engagement de la part des hautes autorités gouvernementales et des ministres chargés des soins et de l'éducation de l'enfant. Il est également requis un travail mixte des secteurs de la santé et de l'éducation ainsi qu'une révision de la couverture préscolaire existante, à travers une large collaboration avec les familles, les communautés, les organisations non gouvernementales, les organisations de la société civile et les prestataires de services, afin d'identifier les besoins et de développer une stratégie globale. Les éléments à traiter dans l'élaboration des stratégies comportent : les niveaux de financement, l'infrastructure (y compris les bâtiments et les équipements), le soutien aux enfants ayant des besoins éducatifs particuliers, le ratio de personnel pour les enfants, le recrutement, le soutien et la formation de personnel préscolaire ainsi que la nature du programme préscolaire.

ENCADRE 5.8 : ELABORATION DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT AXE SUR LA STRUCTURE DES VILLAGES DANS LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POPULAIRE DU LAOS

Le projet de développement des femmes a visé à promouvoir différentes initiatives de développement dans cinq provinces du Laos. Après 5 ans, l'intérêt a grandi et le besoin d'aborder les questions du développement de l'enfant a été ressenti. Le projet de DJE et de la famille en est sorti. Des ateliers de planification du projet ont été organisés dans les villages lors des premières étapes de développement et d'application. La planification au niveau des villages a conduit à un accord sur les besoins et les objectifs, à la compréhension de l'étude d'ensemble, à l'évaluation des ressources et ses obstacles, à la planification des activités, à la mise en place du comité du projet, et à la fixation de critères pour choisir les volontaires dans les villages. Le processus d'élaboration du programme de développement basé sur les communautés s'est concentré sur les suggestions des participants au niveau local, afin de créer un programme qui puisse être adapté aux besoins particuliers des différents groupes ethniques. Le processus s'est axé sur la collecte de données et l'évaluation des besoins du village. L'analyse des connaissances traditionnelles existantes ont servi de base pour l'élaboration du programme. Une des activités remarquables a été une déclaration signée par les membres du village et par le comité de développement du village. Elle portait sur les droits de l'enfant et comprenait des actions pouvant être entreprises immédiatement en attendant une assistance extérieure nécessaire.

Source: ECDKN, 2007a

COUVERTURE ET CHAMP D'ENSEIGNEMENT : CHAMP D'ACTION 5.2

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

ENCADRE 5.9 : LES OBJECTIFS DE L'EDUCATION POUR TOUS DE L'UNESCO

Développer et améliorer la protection et l'éducation de la petite enfance.

Assurer un enseignement primaire universel gratuit et obligatoire d'ici 2015.

Garantir un accès équitable à l'enseignement et aux programmes ayant pour objet l'acquisition des connaissances ainsi que des compétences liées à la vie courante.

Améliorer de 50% les niveaux d'alphabétisation des adultes.

Eliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici 2005, et à tous les niveaux avant 2015.

Améliorer sous tous ses aspects la qualité de l'éducation.

Source : UNESCO, 2007a

Enseignement primaire et secondaire de qualité

La recherche démontre que l'intégration de l'apprentissage social et émotionnel dans les programmes scolaires primaires et secondaires ainsi que l'attention portée au développement physique et cognitif/apprentissage du langage améliore la fréquentation de l'école et le rendement scolaire (CASEL, nd), et pourrait apporter des bénéfices à la santé à long terme. Incorporé dans la définition de l'UNICEF de l'éducation de qualité (UNICEF, nd,b), l'apprentissage social et émotionnel se présente sous l'égide des compétences liées à la vie. Les objectifs de l'éducation pour tous comportent un accès équitable à une 'éducation de base' en tant qu'apprentissage de base, qu'il est nécessaire de redresser chez les jeunes, et ce à travers un enseignement formel ou non institutionnel (UNESCO, 2007a). La Commission approuve une attention accrue à l'éducation de base dans tous les pays, comme moyen d'encourager les comportements sains et d'aider les jeunes à s'assumer eux-mêmes. L'UNICEF a insisté sur l'importance de l'éducation de base pour se protéger contre le VIH/SIDA et d'une approche globale de l'éducation de qualité qui réponde aux besoins des apprenants et s'engage en faveur de l'équité entre les sexes (UNICEF,nd,c).

Assainir les écoles pour les enfants constitue la base pour l'approche Start du programme FRESH (Focusing Resources on Effective School Health – concentrer les ressources sur la santé à l'école) (Partnership for Child Development, nd), une initiative conjointe de l'OMS, l'UNICEF, l'UNESCO, la Banque mondiale et d'autres partenaires en vue de coordonner l'action, afin de rendre les écoles plus saines pour les enfants et améliorer la qualité et l'équité au niveau de l'éducation, contribuant ainsi à la fondation d'écoles bien aménagées pour les enfants (Encadré 5.11).

Des interventions innovatrices, spécifiques au contexte en milieu scolaire peuvent être effectuées pour combattre les problèmes de santé rencontrés par les jeunes. A titre d'exemple, en Australie, le programme MindMatters (Curriculum Corporation,nd) a été élaboré dans le but de promouvoir la santé mentale dans les écoles ; et aux Etats-Unis, le programme Action for Healthy Kids cherche à traiter l'épidémie croissante de l'obésité (Action for Healthy Kids, 2007). Ces programmes révèlent l'importance de travailler à travers les secteurs et de faire intervenir diverses organisations, à la fois gouvernementales et non gouvernementales pour traiter les problèmes de santé dans le cadre scolaire. Des programmes extra-scolaires dans des modalités informelles sont également à élaborer pour atteindre des objectifs similaires en utilisant la même approche.

Les obstacles à l'éducation

La Commission recommande que :

5.4 Les gouvernements offrent à tous les garçons et les filles un enseignement primaire et secondaire obligatoire de qualité, sans considération de solvabilité ; recensent et suppriment les obstacles qui empêchent filles et garçons d'aller à l'école et de continuer leur scolarité ; et suppriment les frais de scolarité à l'école primaire (cf.Rec. 6.4 ; 13.4).

Les obstacles à l'éducation comprennent les problèmes d'accès à l'éducation ainsi que la qualité et l'acceptabilité de l'éducation. Dans beaucoup de pays, mais surtout dans les pays à revenu faible, les enfants de familles à faible revenu et dont les parents ont peu d'éducation, ont peu de chances d'aller à l'école, et de fortes chances d'abandonner leurs études. La réduction de la pauvreté et les activités rémunératrices (discutées dans les Chapitres 7 et 8 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent ; Protection sociale tout au long de l'existence*) ainsi que les mesures pour réduire les dépenses de la famille sur la scolarité, les livres scolaires, les uniformes et d'autres frais, sont des éléments cruciaux d'une stratégie globale pour faire de l'accès à l'éducation de qualité une réalité pour des millions d'enfants.

D'autres politiques visant à encourager les parents à envoyer leurs enfants à l'école varient selon les pays, mais elles prévoient d'offrir des repas gratuits ou subventionnés (Bajpai et al., 2005) et d'accorder des primes d'encouragement pour les scolarités, de supprimer les frais de scolarité (Glewwe, Zhao & Binder, 2006) et de fournir gratuitement des médicaments antiparasitaires ou d'autres actes médicaux, comme par exemple le Malawi School Health Initiative (Pasha et al., 2003). Des analyses spécifiques selon le contexte sont nécessaires pour recenser les obstacles à l'éducation, développer et évaluer des politiques qui encouragent les parents à inscrire et garder les enfants à l'école.

ENCADRE 5.10 : APPROCHES NATIONALES DE L'EDUCATION PRESCOLAIRE

Au Chili, l'expansion de l'éducation préscolaire aux enfants socialement défavorisés a commencé en étendant la couverture en premier à ceux qui ont un âge de 5-6 ans, puis de 4-5 ans, puis de 3-4 ans. Le programme cherche à apporter à l'enfant et à sa famille une éducation, des soins, une nutrition et une attention sociale de qualité.

En Suède, l'expansion de l'éducation préscolaire a été réalisée avec un engagement de la part du gouvernement, pour que cette éducation donne de l'importance au jeu, aux stratégies d'apprentissage naturel des enfants et à leur développement complet. C'était un objectif politique d'intégrer cette approche globale de l'éducation dans le système éducatif entier (Choi, 2002).

ENCADRÉ 5.11 : ECOLES AMIES DES ENFANTS

L'UNICEF a développé un cadre pour des écoles amies des enfants, ayant une approche de l'éducation soucieuse de leurs droits. Ces écoles créent un environnement d'apprentissage, sûr, sain, attentif à l'équité entre les sexes, faisant participer les parents et la communauté, et offrant une éducation de qualité et des compétences liées à la vie courante. Ce modèle ou d'autres semblables sont maintenant développés ou en cours de développement dans plus de 90 pays, et adoptés comme norme de qualité standard nationale dans 54 pays.

Source : UNICEF, nd,d

Il faut noter l'expansion rapide de l'éducation primaire dans les pays à revenu faible au cours des dernières années, une tendance attribuée en partie, à la suppression des frais de scolarité dans un certain nombre de pays. Comme l'expérience du Kenya le souligne (Encadré 5.12), supprimer les frais de scolarité de l'école primaire nécessite d'être complété par le recrutement et la formation d'enseignants, la construction supplémentaire d'écoles et de salles de classe et la fourniture de matériel éducatif. L'élargissement de l'accès à l'école primaire doit être accompagné d'une attention spéciale à la qualité de l'éducation. De plus, l'expansion de l'éducation primaire nécessitera des investissements dans l'éducation secondaire afin d'augmenter la capacité d'accueillir les nouveaux venus supposés atteindre le niveau secondaire. La transition de l'école primaire à l'école secondaire est un point critique pour les filles et pour l'égalité des sexes (Grown, Gupta & Pande, 2005).

Un investissement important est requis de la part des gouvernements nationaux, affectant des fonds suffisants pour le développement des infrastructures des écoles, le recrutement, la formation et la rémunération du personnel, et pour fournir le matériel éducatif. Pour soutenir cette action dans les pays à revenu faible et moyen, il est nécessaire que les pays donateurs tiennent leurs engagements d'aide (cf Chapitre 11 : Financement équitable). Les besoins financiers externes annuels pour atteindre les objectifs de l'éducation pour tous sont estimés à environ 11 milliards $US par an (UNESCO, 2007a).

L'éducation des filles

Un effort particulier est nécessaire afin d'assurer une éducation primaire et secondaire pour les filles, spécialement dans les pays à revenu faible (UNESCO, 2007a, Levine et al., 2008). Une étape critique est de supprimer les frais de scolarité pour l'éducation primaire. En réponse aux difficultés continues au niveau de l'égalité des sexes dans l'éducation, la Task Force 3 des Nations Unies créée dans le cadre du Projet du Millénaire pour l'éducation et l'équité entre les sexes a noté le besoin de renforcer les possibilités d'une éducation secondaire pour les filles tout en s'engageant simultanément dans l'éducation primaire pour tous, comme la clé pour réaliser l'OMD 3, promouvoir l'égalité des sexes et aider les femmes à s'assumer (Grown, Gupta & Pande, 2005).

Les stratégies pour promouvoir l'éducation secondaire des filles comportent une augmentation de leur accès à l'école et leur rétention dans le système scolaire. Les interventions pour améliorer à la fois l'environnement physique et social (Rihani, 2006) comprennent la construction de toilettes/latrines fonctionnelles pour les filles et les enseignantes, et la création d'un environnement sûr pour les filles (WHO, 2005a), en introduisant et en faisant respecter des codes de conduite. Les mesures pour améliorer l'intérêt et la qualité de la scolarisation incluent la formation des enseignants, la réforme des programmes d'études, afin de réduire le sexisme et introduire des cadres pour faire participer les filles aux décisions concernant leur scolarisation. D'autres interventions comprennent l'octroi ciblé de bourses scolaires pour les filles, comme le Bangladesh's Female Secondary School Assistance Programme (WGEKN, 2007, SEKN, 2007), et les programmes qui abordent les besoins des étudiantes enceintes, comme le Botswana Diphalana Initiative (WGEKN, 2007).

La jeune enfance offre d'immenses possibilités pour réduire les inégalités en santé en l'espace d'une génération. L'importance du développement du jeune enfant et de l'éducation à la santé tout au long de l'existence rend fortement impératif de commencer à agir tout de suite. L'inaction aura des effets néfastes qui peuvent durer plus d'une vie. Une nouvelle approche est nécessaire, apportant une compréhension plus globale du développement du jeune enfant et comportant non seulement le développement physique, mais aussi social, affectif et cognitif/apprentissage du langage . Cette approche devrait être intégrée dans un apprentissage tout au long de la vie.

ENCADRE 5.12 : AU KENYA – SUPPRESSION DES FRAIS DE SCOLARITE

Au moment où le Kenya a supprimé les frais de scolarité en 2003, il y a eu un afflux immédiat de 1,3 million d'enfants dans le système scolaire, écrasant l'infrastructure scolaire et les enseignants. Les inscriptions aux écoles ont augmenté de 28 % depuis 2002, alors que le nombre total d'enseignants a augmenté seulement de 2,6 % entre 2002 et 2004 ; dans certaines régions, le rapport s'est élevé à un enseignant pour 100 élèves.

Source : Chinyama, 2006

ENCADRE 5.13 : NECESSITE D'UNE EDUCATION DE QUALITE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Le taux de fertilité total en Afrique subsaharienne est de 5,5 (UNDP, 2007) ; le Niger et l'Ouganda ont des taux de fertilité particulièrement élevés (Niger 7,4 ; Ouganda 6,7). Environ 44 % de la population totale de l'Afrique subsaharienne est âgée de moins de 15 ans, comparée à approximativement 18 % dans les pays à revenu élevé de l'OCDE. Avec un nombre aussi important d'enfants d'âge scolaire, certains pays d'Afrique subsaharienne rencontrent des difficultés particulières pour assurer une éducation de haute qualité pour tous.

CHAPITRE 6
Un environnement salubre pour une population en bonne santé

"L'urbanisation rapide et chaotique est accompagnée par des inégalités croissantes qui posent d'énormes problèmes à la sécurité humaine"

Anna Tibaijuka, Directrice exécutive de ONU-HABITAT (UN-HABITAT, 2007b)

POURQUOI PARLE-T-ON D'EQUITE EN SANTE

Le lieu de vie des personnes influe sur leur santé et leurs chances de mener une vie épanouie. 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.

La croissance de l'urbanisation

En 2007, pour la première fois, la majorité des habitants de la planète vit en milieu urbain (WorldWatch Institute, 2007) et près d'un milliard de personnes vivent dans des conditions extrêmement graves dans des bidonvilles[3] et des logements sociaux illégaux. On prévoit qu'avant 2010, 3,48 milliards de personnes vivront en milieu urbain sur toute la planète. La croissance des 'mégavilles' formées d'agglomérations urbaines massives de 10 millions d'habitants et plus, constitue un problème important pour la santé et l'équité en santé au niveau mondial. Cependant, on considère comme problème réel qui se pose pour l'avenir, la croissance d'environ 500 villes 'plus petites' renfermant 1 à 10 millions de personnes et caractérisées par une extension anarchique vers la périphérie.

Les régions du monde à populations urbaines qui augmentent le plus rapidement sont également les régions contenant la proportion la plus grande d'habitants de bidonvilles (Tableau 6.1). Des données de l'année 2003 montrent que presque la moitié des habitants des villes dans les régions en développement vivent dans des bidonvilles, et le rapport augmente pour atteindre quatre sur cinq citadins dans les pays les plus pauvres. Mais le problème des bidonvilles ne concerne pas uniquement les pays à revenu faible et moyen ; 6 % des habitants des villes dans les régions à revenu élevé vivent également dans des bidonvilles.

A Nairobi, où 60 % de la population citadine vivent dans des bidonvilles, la mortalité infantile est 2,5 fois plus importante dans les bidonvilles que dans les autres parties de la ville.

Dans les bidonvilles de Manille, plus que 39 % des enfants âgés entre 5 et 9 ans sont déjà infectés par la tuberculose, ce qui équivaut au double de la moyenne nationale.

Poussée migratoire de la vie rurale vers la vie urbaine

Alors que la vie urbaine représente actuellement la forme de vie dominante au niveau mondial, la part de l'habitat rural et urbain varie considérablement d'une région 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'investissements basés sur un modèle de croissance essentiellement urbain (Vlahov et al., 2007), les communautés rurales du monde entier, y compris les peuples autochtones (Indigenous Health Group, 2007), 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 (Ooi & Phua, 2007; Eastwood & Lipton, 2000), qui entraînent en fin de compte un exode vers des centres urbains inconnus. Ceci ajouté à la croissance de la population et à la productivité agricole stagnante, a fait expérimenter à l'Afrique subsaharienne les taux les plus élevés de croissance urbaine à l'échelle internationale, entre les années 1960 et 1990 (140%), avec une migration du milieu rural vers le milieu urbain représentant plus ou moins la moitié (Barrios et al., 2006). Ces inégalités importantes, au désavantage des conditions rurales, contribuent aux grandes inégalités en santé entre les habitants des villes et les résidents ruraux dans un grand nombre de pays à revenu faible (Houweling et al., 2007).

Vulnérabilité en milieu urbain

Selon la trajectoire actuelle de croissance urbaine, les populations citadines vieilliront et on assistera à une plus grande extension anarchique dans les villes et à une augmentation du nombre de personnes vivant dans la pauvreté, les bidonvilles et les agglomérations de squatters (Campbell & Campbell, 2007). La proportion de personnes âgées vivant dans les villes dans les pays à revenu élevé correspond à la proportion des groupes de personnes plus jeunes et s'élèvera au même rythme. Cependant, dans les pays à revenu faible et moyen, la part des personnes âgées au sein des communautés urbaines se multipliera par 16 ; elle s'élèvera de 56 millions environ en 1998 à plus de 908 millions en 2050 (WHO, 2007d). De même, les personnes atteintes de handicap sont plus vulnérables aux menaces de santé, notamment dans les zones urbaines, dues aux problèmes qui découlent d'une densité élevée de population, du surpeuplement, d'un mode de vie inapproprié et du manque de soutien social (Frumkin et al., 2004).

"Un monde plus chaud avec un cycle d'eau plus intense et des niveaux de mer à la hausse, aura des incidences sur de nombreux déterminants principaux de l'avoir et du bien-être, y compris l'alimentation en eau, la production d'aliments, la santé humaine, la disponibilité des terres et l'environnement " (Stern, 2006)

Le modèle d'urbanisation actuel pose d'importants problèmes environnementaux, notamment les changements climatiques, qui ont des répercussions plus graves dans les pays à faible revenu et parmi les groupes de population vulnérables. (McMichael et al., 2008 ; Stern, 2006) (Fig. 6.1). Actuellement les émissions de gaz à effet de serre résultent principalement des modes de consommation dans les villes du monde développé. Mais le développement rapide et l'urbanisation concomitante

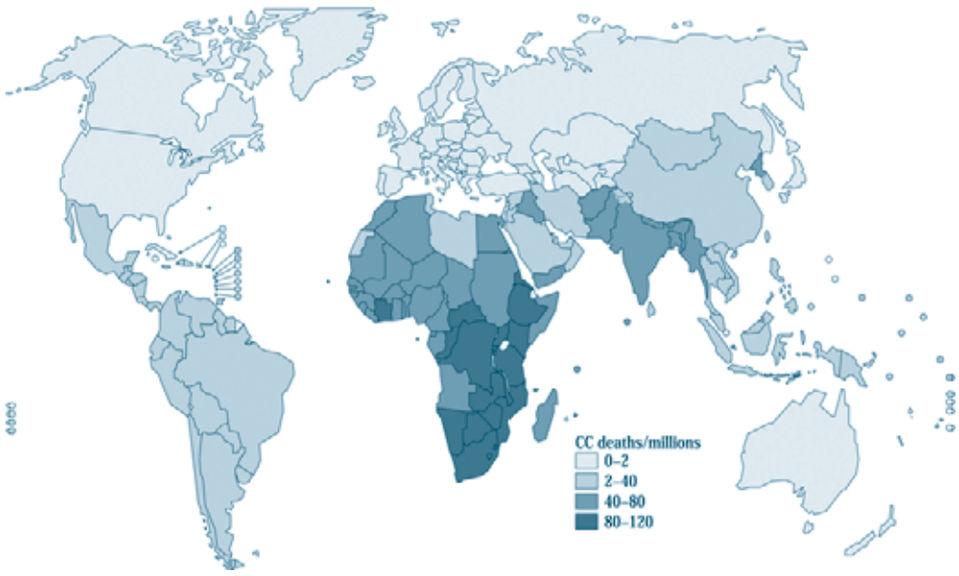
[3] La définition générale des bidonvilles utilisée par ONU-HABITAT dénote 'un large éventail de colonies de peuplements de faible revenu et/ou de conditions de vie humaine défavorables'. Ces zones ont généralement quatre caractéristiques : bâtiments de mauvaise qualité ; surpeuplement (en nombre de personnes par pièce par exemple) ; infrastructure et services inadéquats; et des prix relativement bas. Un grand nombre d'entre eux se caractérise également par une cinquième caractéristique, l'insécurité, en raison de certains aspects d'illégalité (particulièrement pour les squatters) ou du manque de protection légale pour les habitants (les locataires).

Tableau 6.1: Ménages dans les zones urbaines et les bidonvilles, vers 2003

	Population urbaine totale (en millions)	Populations urbaines en pourcentage de la population totale	Population des bidonvilles (en millions)	Population des bidonvilles en pourcentage de la population urbaine totale
Monde	**2923**	**47.7%**	**924**	**31.6%**
Régions développées	**902**	**75.5%**	**54**	**6.0%**
Europe	534	73.6%	33	6.2%
Autres	367	78.6%	21	5.7%
Régions en développement	**2022**	**40.9%**	**870**	**43.0%**
Afrique du Nord	76	52.0%	21	28.2%
Afrique subsaharienne	231	34.6%	166	71.9%
Amérique latine et les Caraïbes	399	75.8%	128	31.9%
Asie orientale	533	39.1%	194	36.4%
Asie orientale sans la Chine	61	77.1%	16	25.4%
Asie centrale du Sud	452	30.0%	262	58.0%
Asie du Sud-Est	203	38.3%	57	28.0%
Asie occidentale	125	64.9%	41	33.1%
Océanie	2	26.7%	0	24.1%
Pays en transition	**259**	**62.9%**	**25**	**9.6%**
La Communauté des Etats Indépendants	181	64.1%	19	10.3%
Autres pays européens	77	60.3%	6	7.9%
Pays les moins développés	**179**	**26.2%**	**140**	**78.2%**

Données provenant de UN-HABITAT 2003 et d'autres données de l'ONU : tiré de KNUS (2007).

Figure 6.1 : Décès dus au changement climatique.



Estimations de l'OMS sous-régionale pour l'année 2000 (Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, 2002). Droits d'auteur OMS 2005. Tous droits réservés

Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de l'OMS (2005e).

dans les régions pauvres impliquent que les pays à revenu faible et moyen à la fois seront vulnérables aux risques sanitaires dus au changement climatique et contribueront de manière croissante au problème (Campbell-Lendrum & Corvalan, 2007).

Les transports et les bâtiments représentent 21 % des émissions de CO2 et contribuent largement au changement climatique (IPCC, 2007). L'agriculture pose un problème important. Les récoltes, qui nourrissent tant les habitants ruraux que ceux des villes, dépendent en grande partie des conditions climatiques dominantes. Partout dans le monde, l'agriculture représente un cinquième environ des émissions mondiales de gaz à effet de serre (McMichael et al., 2007).

Nouvelle santé urbaine

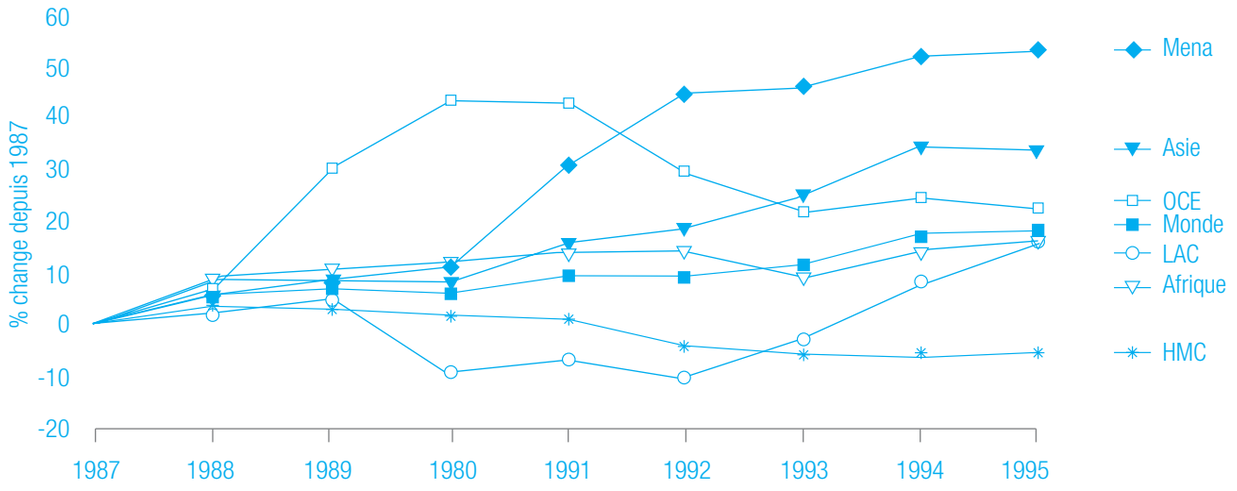
Les maladies infectieuses et la dénutrition persisteront dans certaines régions et dans certains groupes de par le monde. Mais l'urbanisation modifie les problèmes de santé de la population, en particulier des populations urbaines indigentes, en favorisant les maladies non transmissibles, les traumatismes accidentels, l'abus d'alcool et d'autres drogues, ainsi que les conséquences des catastrophes écologiques (Campbell & Campbell, 2007 ;Yusuf et al., 2001).

L'obésité est l'une des préoccupations de santé les plus soulevées durant les deux dernières décennies. C'est un problème urgent, surtout chez les groupes socialement défavorisés dans de nombreuses villes du monde (Hawkes et al., 2007 ; Friel, Chopra & Statcher, 2007). Le changement du niveau du poids des populations vers l'obésité est lié à la 'transition de la nutrition', à savoir la consommation grandissante de gras, d'édulcorants, d'aliments fortement énergétiques et hautement élaborés. On pense que tout ce qui précède, additionné aux réductions manifestes en dépenses énergétiques, a contribué à l'épidémie mondiale de l'obésité. La transition de la nutrition a tendance à commencer dans les villes. Ceci est dû à plusieurs facteurs dont la plus grande disponibilité, la possibilité d'accès et d'acheter en vrac, la profusion d'aliments préparés et les portions 'géantes' (Dixon et al., 2007). L'activité physique est fortement influencée par la conception des villes, suivant la densité des habitations, les différents modes d'utilisation des sols, le degré de connexion entre les rues et la possibilité de marcher d'un endroit à un autre, ainsi que la disponibilité et l'accès aux équipements et espaces de jeux et de divertissement collectifs locaux. Tout cela ajouté à la dépendance grandissante vis-à-vis des voitures, a des répercussions sur les tendances à l'inactivité physique dans les pays à revenu élevé et moyen (Friel, Chopra & Statcher, 2007).

La violence et la criminalité représentent des problèmes urbains importants pour la santé. Parmi les 1,6 millions de décès survenant dans le monde chaque année suite à des actes de violence (y compris les conflits et les suicides), 90 % ont lieu dans des pays à revenu faible et moyen. (WHO, 2002a). Dans les habitations informelles des grandes villes, l'exclusion sociale et les menaces de violence sont très répandues (Roberts & Meddings, 2007). En Amérique du Nord, dans les villes européennes et de plus en plus dans les villes des pays à revenu élevé, la violence et la criminalité sont devenues des problèmes localisés aux quartiers urbains, notamment ceux qui renferment de grands ensembles résidentiels dans les banlieues. L'alcool est également impliqué dans les traumatismes et les actes de violence dans les pays à revenu faible, moyen et élevé. D'après les chiffres provenant de l'OMS, on remarque que 32 % des nombreux décès associés à la consommation d'alcool dans le monde, surviennent suite à des traumatismes accidentels involontaires et 14 % suite à des traumatismes intentionnels (Roberts & Meddings, 2007). La charge la plus lourde de maladies liées à l'alcool de par le monde est concentrée dans la région de l'ex-Union soviétique et de l'Asie centrale, où elle représente 13 % de la charge totale de morbidité (PPHCKN, 2007b).

Les zones urbaines sont de loin celles qui sont les plus touchées par les accidents de la route et la pollution de l'air due aux véhicules, avec pour résultat approximatif 800 000 décès par an à cause de la pollution de l'air ambiant des villes et 1,2 millions suite aux accidents de la route (Roberts & Meddings, 2007, Prüss- Üstün & Corvalán, 2006). La diminution des décès dus aux accidents de la route entre 1987 et 1995 dans les pays fortement motorisés (Fig 6.2) offre de l'espoir à d'autres pays où la motorisation est nettement à la hausse, illustrant les effets positifs des initiatives politiques telles que la planification de la circulation, les routes et les voitures plus sécurisées, et

Figure 6.2: Variations des pourcentages de décès suite aux accidents de la route depuis 1987.



HMC= Pays fortement motorisés : Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande, Japon et Europe de l'Ouest ; OCE = Europe centrale et orientale ; LAC = Amérique latine/centrale et les Caraïbes ; Mena = Moyen-Orient et Afrique du Nord.
Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Jacobs et al. (2000).

la conduite plus sûre, par exemple en imposant le port de la ceinture de sécurité et en sanctionnant les conducteurs ayant consommé de l'alcool.

14 % environ de la charge mondiale de morbidité a été attribuée aux troubles neuropsychiatriques, dus en grande partie à la dépression et à d'autres troubles mentaux fréquents ; aux troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues ; et aux psychoses (Prince et al., 2007). Il est prévu que la charge de dépression majeure augmente et devienne la deuxième cause principale de perte d'années de vie sans invalidité en 2030. Elle constituera un problème important de santé urbaine.

Ces problèmes de santé émergents, posent de sérieux problèmes pour l'équité en santé au 21ème siècle, dans des pays ayant différents niveaux d'infrastructure et de capacités d'intervention sur le système de santé. Les améliorations effectuées durant les 50 dernières années en termes de mortalité et de morbidité dans les pays fortement urbanisés comme le Japon, les Pays-Bas, Singapour et la Suède, témoignent de la capacité des villes modernes de promouvoir la santé. Elles montrent également que cela peut être réalisé seulement s'il existe des structures politiques qui soutiennent, des ressources financières appliquées de manière appropriée, et des politiques sociales qui permettent équitablement des conditions dans lesquelles les personnes peuvent s'épanouir (Galea & Vlahov), 2005).

ACTION VISANT A PROMOUVOIR UN MILIEU DE VIE EPANOUISSANT

Si l'urbanisation poursuit son chemin actuel avec la même intensité, elle posera à l'humanité, en l'espace d'une génération, des problèmes sociaux, de santé, et d'environnement, d'envergure sans précédent au cours de l'histoire humaine. Il est urgent d'aborder l'urbanisation de manière nouvelle et de suivre un nouveau modèle de santé publique urbaine, en agissant selon trois axes principaux:

- Au sein des villes, de nouveaux modèles de gouvernance sont requis pour planifier des villes conçues de sorte que les environnements physique, social et naturel empêchent et amoindrissent les nouveaux risques pour la santé urbaine, où tous les habitants des villes sont inclus de manière équitable dans les processus selon lesquels les politiques urbaines sont élaborées.
- L'investissement prolongé dans les zones rurales, pour les rendre viables et y mener une vie épanouie, doit contrebalancer l'investissement au niveau des villes dans les plans nationaux de développement.
- A la base de ces domaines d'action se trouve le développement de stratégies d'adaptation au changement environnemental et de réduction de ses impacts, stratégies qui tiennent compte des dimensions de l'équité sociale et en santé.

Même si la Commission n'a pas étudié les questions de santé rurale en détail, elle reconnaît le besoin d'une stratégie de développement durable basée sur une croissance urbaine et rurale équilibrée. Une recommandation générale à cet effet est émise dans ce chapitre. Dans le même ordre d'idées, le changement climatique ne relève pas de la compétence de la Commission, mais il y a des chances évidentes d'améliorer simultanément l'équité en santé et d'arrêter les émissions de gaz à effet de serre en agissant sur les secteurs urbain et rural.

A la fin de ce chapitre, vous trouverez une recommandation générale en lien avec le changement climatique et l'équité en santé, et de nouveau dans la Partie 6 : *Edifier un mouvement mondial*.

Pour guider le développement urbain d'une manière centrée sur le bien-être de tous les êtres humains et la durabilité de l'environnement, il faut une planification participative stratégique, comprenant une politique d'aménagement des villes, des comtés et des régions, englobant le transport, le logement, l'emploi, la cohésion sociale ainsi que la protection de l'environnement.

La Commission recommande que :

6.1. Les autorités locales et la société civile, épaulées par les autorités nationales, établissent des mécanismes de gouvernance participative localement qui permettent aux communautés et aux autorités locales de prendre part à l'édification de villes plus saines et plus sécurisées (cf. Rec. 14.3).

Gouvernance participative urbaine

Malgré la grande importance de la participation communautaire dans l'amélioration des conditions de vie urbaine (Encadré 6.1), les ressources et le contrôle des processus d'élaboration des politiques demeurent souvent hors de portée des personnes habituellement exclues aux niveaux local et communautaire.

Les 'Cadres sains' font référence à des lieux et des contextes sociaux qui promeuvent la santé. Le mouvement Villes-santé représente plus particulièrement un modèle existant de gouvernance locale, pouvant être adapté partout en vue de promouvoir l'équité en santé (WHO Healthy Cities, nd ; Alliance for Healthy Cities, nd ; PAHO, 2005). L'approche des 'Cadres sains' n'a pas été uniquement appliquée dans les villes, mais également dans les municipalités, villages, îles, places de marché, écoles, hôpitaux, prisons, restaurants et espaces publics. Les principes de 'cadres sains' ont été utilisés plus récemment pour développer des initiatives qui prennent en considération la tranche de population vieillissante (Initiative des villes amies des aînés). Lorsqu'il est appliqué au mieux, le modèle Villes-santé fournit un terrain neutre où toutes les parties dans une ville peuvent se rencontrer pour négocier des solutions de santé en relation avec un large éventail d'activités au sein de la ville, à savoir la planification, le logement, la protection de l'environnement, le modèle des services de santé et les réponses aux différentes questions comme la prévention des traumatismes et le contrôle des stupéfiants et de l'alcool. Une évaluation a déjà été effectuée par 'Cadres sains' aux niveaux des villes et des régions, mais il n'y a pas eu d'étude méthodique au niveau mondial. Il est important que les chercheurs et les gouvernements évaluent, là où cela est possible, les répercussions des programmes de types Villes-santé, Cadres sains sur l'équité en santé, officiellement ou non, afin de réunir les éléments probants pour des actions gouvernementales locales pertinentes et efficaces.

Amélioration des conditions de vie urbaine

Pour appliquer des principes de conception urbaine sains, une ville doit être conçue pour abriter une population dense mélangée du point de vue résidentiel, ayant un accès

SANTE ET EQUITE : CHAMP D'ACTION 6.1

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

facile aux services, y compris les terrains à usage commercial et non commercial, en plus d'un terrain gardé en réserve pour la protection des ressources naturelles et les loisirs. Un projet de développement pareil prend aussi en considération l'approvisionnement en équipements de base et en infrastructure suffisamment développée (Devernman, 2007). Les pays à revenu faible et moyen ne pourront probablement pas, dans le futur proche, fournir tous les fonds nécessaires pour créer un milieu de vie entièrement sain. Il faudra un financement de la part de pays plus aisés pour soutenir les plans élaborés par les personnes et les gouvernements dans les pays moins aisés (Sachs, 2005).

Hébergement/logement

Un des plus grands problèmes des villes est l'accès à un hébergement adéquat pour tous. Assurer un hébergement est non seulement essentiel, mais la qualité du logement et les services qui lui sont associés, tels que l'eau et les services d'assainissement sont des éléments vitaux pour la santé (Shaw, 2004).

La Commission recommande que :

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

Un grand nombre de villes aussi bien riches que pauvres font face à une crise au niveau de la disponibilité et de l'accès à des logements de qualité d'un coût abordable. Cette crise accentuera les inégalités sociales en général, et les inégalités en santé en particulier. Prenons par exemple les Etats-Unis, où les inégalités sont aggravées par les quartiers qui ont opté pour le zonage à faible densité comme moyen de contrôler la croissance. Ces quartiers ont fini par exclure davantage de personnes, notamment les résidents afro-américains et hispaniques (NNC, 2001).

Pour cela, il est fondamental que les autorités locales régulent l'aménagement des terrains pour la régénération urbaine en assurant des terrains urbains réservés pour les habitations à loyer modéré. La création d'ensembles résidentiels plus équitables implique le renversement des effets du zonage d'exclusion à travers des programmes prévoyant des logements équitables au niveau régional, un zonage d'inclusion et la mise en vigueur de lois sur les logements équitables. Si les autorités locales adoptent une approche intégrée, elles peuvent utiliser des critères de distribution de crédits d'impôts pour le logement à prix abordable afin de stimuler la production de nouveaux logements à prix abordable à proximité des zones commerciales, de transport et d'écoles (Encadré 6.2) (NNC, 2001).

Les autorités locales doivent surveiller les incidences sur la santé et l'équité en santé, des normes de logements, de bâtiments et d'infrastructure. L'insuffisance énergétique domestique et le manque de carburant[4] ont un certain nombre de répercussions sur la santé et sont fort modelés socialement (Encadré 6.3). Il est vraiment choquant de savoir que dans un pays économiquement

ENCADRE 6.1 : AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET SECURITE D'OCCUPATION DES TERRES EN THAILANDE

62 % environ de la population des bidonvilles de Thaïlande vivent à Bangkok et 1,6 millions (20 %) des habitants de Bangkok vivent dans des bidonvilles. Neuf communautés vivant le long du canal de Bangbua au nord de Bangkok ont initié un projet d'assainissement des taudis face à une menace d'expulsion causée par la proposition d'un projet de construction routière. Suite à un procès public, il a été décidé que les communautés négocient une occupation légale des terres et l'amélioration des taudis. Celles-ci ont travaillé avec un organisme gouvernemental, l'Institut de développement des organisations communautaires (CODI) et une ONG, la Fondation Chumthonthai, qui opèrent tous deux dans le cadre du programme national de logement de Baan Man Kong (sécurité des droits fonciers), en plus du ministère des Finances, des bureaux de district et des universités locales.

Ce projet a nécessité une action sur deux niveaux : le niveau opérationnel a été conduit en premier lieu par la communauté. Un groupe de travail a été établi pour coordonner l'ensemble du projet. Il a mis en place des ateliers de travail et un plan d'action avec chacune des communautés afin de tracer le schéma directeur des logements avec la communauté. Un comité de réseau a permis de lier les neuf communautés entre elles et d'encourager leur participation. Des comités formés dans chaque communauté ont assuré la communication avec les autres membres et rassemblé les informations pour la planification et la mise en place du projet. Un groupe qui s'occupe de l'épargne dans la communauté a encouragé à participer à un plan d'épargne transparent et a introduit un système d'audit communautaire. Le niveau politique a été principalement dirigé par des organismes gouvernementaux. Le CODI a accordé des prêts pour les logements urbains médiocres et a collaboré avec d'autres institutions concernées, pour l'occupation des terres, le renforcement des capacités humaines, l'architecture domiciliaire et la construction de logements. Le ministère des Finances est le bailleur et le propriétaire foncier; il a donné un bail de 30 ans aux communautés participantes. Le bureau de district local a délivré des permis de construire et coordonné avec les hautes autorités gouvernementales. L'université du lieu a fourni un personnel technique et de soutien possédant des connaissances sur la façon d'améliorer le milieu physique et social.

Les unités de logement ont été construites dans la communauté pilote et les travaux de construction ont commencé en janvier 2006 dans trois autres communautés. L'expérience de Bangbua a permis d'en tirer plusieurs leçons. Au niveau institutionnel, il a été reconnu que la participation communautaire est nécessaire à travers les réseaux associatifs. Au niveau communautaire, le réseau a fait ses preuves dans la capacité d'impliquer la communauté dans le développement du logement, de renforcer les capacités communautaires et de convaincre les autres parties prenantes de l'engagement communautaire dans le développement des logements, ce qui à son tour, a porté de l'avant le processus de sécurité des droits fonciers.

Source : KNUS, 2007

[4] L'insuffisance de carburant est définie ici comme l'incapacité de la personne à chauffer sa maison à une température convenable (c.-à-d. agréable et sans danger), et ceci en raison du revenu faible du ménage et de son rendement énergétique insuffisant.

riche tel que la République d'Irlande, 17 % des ménages manquent de carburant. (Healy, 2004).

La situation des habitants des bidonvilles nécessite une attention immédiate. L'amélioration des bidonvilles représente un investissement énorme, elle est cependant possible dans la plupart des pays (Mitlin, 2007). L'objectif central de ONU-HABITAT, sous l'autorité du Conseil économique et social, est de promouvoir des villes durables aux niveaux social et environnemental, afin de fournir un hébergement adéquat à tous (UN-HABITAT, 2007a). Un plan stratégique intégré entre ONU-HABITAT et l'OMS donnerait le mandat et le support technique à un grand nombre de pays à revenu faible et moyen dans le monde pour s'attaquer à ces problèmes urbains et ainsi, aider à travailler en vue d'atteindre les OMD (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*).

Selon des estimations antérieures (Garau et al., 2005), l'assainissement des bidonvilles du monde coûterait moins de 100 milliards $US. Un 'plan Marshall pour les bidonvilles urbains du monde' pourrait être financé sur une base partagée, par exemple par des organismes et des donateurs internationaux (45 %), des autorités nationales et locales (45 %) et les ménages concernés (10 %), ces derniers aidés par des plans de microcrédits.

> ***"Un habitant des bidonvilles à Nairobi ou à Dar es Salaam, forcé de dépendre des vendeurs d'eau privés, paie 5 à 7 fois plus que le tarif moyen payé par un citoyen de l'Amérique du Nord pour un litre d'eau" (Tibaijuka, 2004)***

Pour favoriser l'amélioration des taudis, il faudra une reconnaissance politique des logements illégaux, soutenue par une régularisation des droits fonciers dans les bidonvilles afin de permettre aux services officiels (publics ou privés) d'y étendre l'infrastructure et les services (Encadré 6.5). Une telle action renforcera l'autonomie des femmes et améliorera leur santé en augmentant la possibilité d'accès aux ressources de base comme l'eau et les systèmes sanitaires (WGEKN, 2007).

ENCADRE 6.2 : PROGRAMME DE DEGREVEMENT FISCAL EN CALIFORNIE

En juin 2000, l'état de Californie a réformé son programme de dégrèvement fiscal pour les logements locatifs de prix abordable. Le nouveau programme établit un système de points qui donne la priorité aux projets visant les objectifs de développement durable (tels que la distance de marche à pied jusqu'aux transports en commun ou aux écoles) et les projets dans les quartiers où les logements font partie intégrante d'une initiative de revitalisation globale.

Source : NNC, 2001.

ENCADRE 6.3 : COTE SUD DE L'ANGLETERRE : UN ESSAI RANDOMISE D'AMELIORATION ET D'ASSAINISSEMENT DES LOGEMENTS

Malgré son apparence riche, la ville de Torquay au sud de l'Angleterre renferme des zones défavorisées. Watcombe est une cité de logements sociaux où les niveaux de pauvreté sont supérieurs à la moyenne régionale et les taux de visites par les médecins de famille en dehors des heures d'ouverture sont les plus élevés dans toute la ville – 15 % au-dessus de la moyenne de la ville. La moitié de la population de la cité recevait des prestations et 45 % des enfants de moins de 5 ans vivaient dans des familles monoparentales. Les résidents et le Conseil se sont entendus sur un modèle de liste d'attente randomisée. L'intervention comportait une amélioration des logements, inclus le chauffage central, la ventilation, le renouvellement de l'installation électrique, l'isolation et la réfection des toitures, en deux phases et à un an d'intervalle.

L'évaluation de l'intervention a été positive, avec pour résultat des logements plus chauds, plus secs, de meilleure efficacité énergétique, d'après la mesure des changements de l'environnement intérieur et l'évaluation énergétique de la maison. Les résidents ont apprécié les progrès apportés et ont senti leur santé et bien-être s'améliorer. D'autres conséquences ont également été mentionnées telles qu'une meilleure utilisation de tout le logement, de meilleures relations au sein des familles et une plus grande estime de soi. Pour ceux qui vivaient dans les logements ayant été l'objet d'intervention, les problèmes respiratoires non liés à l'asthme et le nombre de symptômes associés à l'asthme chez les adultes ont diminué significativement, en comparaison avec ceux qui vivaient dans les logements contrôles.

Source: Barton et al., 2007

ENCADRE 6.4 : ASSAINISSEMENT DES TAUDIS EN INDE

L'assainissement des taudis, en fournissant les conditions nécessaires pour une vie décente et de qualité pour les personnes indigentes à Ahmadabad, en Inde, a coûté seulement 500 $US/ménage. Ceci comprenait les contributions communautaires de 50 $US/ménage. Après avoir investi dans ces taudis, la santé de la communauté s'est améliorée : les maladies d'origine hydrique ont diminué, les enfants ont commencé à aller à l'école et les femmes ont pu avoir un travail payé, n'ayant plus besoin de faire la queue pendant des heures pour chercher de l'eau.

Qualité de l'air et dégradation de l'environnement

La pollution, due à l'utilisation croissante du transport motorisé, est un problème de santé urbaine d'une importance capitale. Elle contribue à la pollution totale de l'air, responsable de 1,4 % des décès survenus dans le monde (WHO, 2002b). Le transport représente 70 à 80 % de la totalité des émissions dans les villes à revenu faible et moyen et ce taux est en train d'augmenter (Schirnding, 2002). On assiste à un cercle vicieux de dépendance grandissante à l'égard des voitures, de changement d'affectation des terres pour faciliter l'utilisation des voitures et d'incommodité croissante des modes de transport non motorisés. Il en résulte une augmentation du taux de possession d'automobiles et des répercussions sur la qualité de l'air, les émissions de gaz à effet de serre et la sédentarité (NHF, 2007).

En vue de remédier à ce qui est en train de devenir un désastre de santé publique, il est essentiel que les autorités nationales et locales, en collaboration avec le secteur privé, contrôlent la pollution de l'air et les émissions de gaz à effet de serre que produisent les véhicules. Elles doivent en premier lieu investir dans la technologie de pointe et les systèmes de transport évolués, et imposer des péages sur le transport privé. A titre d'exemple, les expériences de Londres (Encadré 6.6), de Stockholm et de Singapour indiquent que l'introduction de péages produit un impact immédiat sur le volume du trafic routier, et par conséquent sur la pollution de l'air.

Conception et aménagement urbains capables de promouvoir des comportements sains et une sécurité au niveau de la santé

La nature du milieu urbain influe énormément sur l'équité en santé par son impact sur le comportement et la sécurité. En effet, un grand nombre de risques pour la trajectoire de santé urbaine qui effectue une montée au niveau des maladies non transmissibles et les traumatismes accidentels, est lié au comportement. Ce chapitre porte principalement sur le rôle de la conception urbaine en relation avec l'activité physique, le régime alimentaire et la violence. Il est évident que la nature de l'endroit et du milieu exerce également une grande influence sur d'autres comportements tels le tabagisme et la consommation d'alcool. Les recommandations se rapportant au contrôle réglementaire de l'alcool et du tabac sont décrites au Chapitre 12 : Rôle du marché.

La Commission recommande que :

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

ENCADRE 6.5 : AMELIORATION A TRAVERS TOUTE LA VILLE EN TANZANIE

En 1972, le gouvernement de la République Unie de Tanzanie a reconnu l'importance des taudis dans la livraison de logements et signé par conséquent les documents du Cabinet no 81 et 106 portant respectivement sur la politique nationale du logement urbain et les projets d'amélioration des colonies de squatters. Ces initiatives ont ouvert la voie aux sites et services financés par la Banque Mondiale et aux projets de trames d'accueil et d'amélioration des squatters au début des années 70.

En Tanzanie, l'indemnisation est payée si les propriétés permanentes sont démolies, excepté pour les habitants des taudis qui vivent sur des terres marécageuses. En plus de l'indemnisation, la politique d'aménagement du territoire de 1995 et par la suite le Land Act de 1999, laissent une place pour la régularisation des taudis. Les terres en Tanzanie appartiennent à l'Etat et sont louées à bail. Le ministère des terres et le plan de développement des établissements humains se sont récemment embarqués sur un projet visant à régulariser les propriétés dans certains taudis sélectionnés, en émettant des titres de propriétés/des permis de résidence pour une durée de deux ans. Parallèlement, le programme de régularisation des propriétés et de l'emploi fraie son chemin. Les deux projets visent à diminuer la pauvreté urbaine. Il est nécessaire que cela soit considéré dans le cadre général de la Stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté, laquelle est organisée selon trois axes : 1) croissance et réduction des revenus faibles, 2) responsabilisation et bonne gouvernance et 3) amélioration de la qualité de vie et du bien-être social.

Les résidents de 2 quartiers sur 17 dans la ville d'Arusha, au nord de la République-Unie de Tanzanie ont été choisis pour diriger l'initiative d'Arusha 'Villes sans taudis'. Les deux quartiers ont enregistré 20 comités de développement communautaire (CDC). Plus tard, les CDC ont recensé les problèmes environnementaux essentiels qui affectent leurs régions – ceux qu'ils pouvaient régler par eux-mêmes avec une assistance minimale de la part du gouvernement (par ex. subdivision des terrains et émission de titres fonciers, gestion des déchets solides, amélioration du service social) ainsi que les problèmes qui nécessitaient une aide technique et financière de la part des autorités de la ville comme l'alimentation en eau et le réseau routier principal. Alors que les CDC établissaient un ordre de priorité dans les problèmes environnementaux et qu'ils identifiaient les ressources se trouvant à leur portée, ils ont aussi élu des membres parmi leurs chefs pour les représenter dans des organes de réhabilitation du conseil municipal reconstitué. Ces organes englobaient deux comités d'aménagement des quartiers, l'équipe municipale et le comité directeur du projet. Les CDC et ces comités ont été spécialement intégrés au sein de l'organisation traditionnelle de la structure administrative locale du gouvernement, afin d'élargir la participation à la base de la communauté et d'instaurer une bonne gouvernance.

Le conseil municipal d'Arusha a initié les travaux de réhabilitation de certaines routes principales, en utilisant ses propres ressources, notamment les fonds du réseau routier. Le coût du projet pour les deux quartiers (renfermant 60 993 personnes) est estimé à 19 141 $US (environ 32 $US/personne).

Source: Sheuya et al., 2007

Les outils de planification en vue de l'amélioration du cadre de vie à des fins de santé commencent à émerger à l'échelle internationale et à fournir des principes directeurs pouvant être adaptés ailleurs (Encadré 6.7).

Régime alimentaire et exercice physique

Régler les problèmes croissants d'obésité tant dans les pays riches que dans les pays pauvres ne peut pas être laissé aux forces du marché, mais requiert des approches intersectorielles de la part des autorités nationales et locales, comprenant notamment les secteurs de l'agriculture, de l'aménagement urbain, de la santé et du développement durable. Il est important que l'aménagement urbain donne la priorité au cyclisme et à la marche, développe un réseau de transport en commun convenable et abordable, et prévoie des espaces de jeux et de loisirs dans tous les quartiers, tout en étant attentif aux conséquences en termes de réduction des actes de violence et de criminalité. Comme il ressort du rapport récent de United Kingdom Building Health (NHF, 2007), le dispositif principal à utiliser pour arriver à cela passe par les ministères des Transports, qui doivent demander aux autorités locales non seulement d'adopter une politique en faveur des piétons et

ENCADRE 6.6 : LE PROJET LONDON CONGESTION CHARGE (PEAGE URBAIN DE LONDRES)

L'objectif principal du projet était de réduire le problème de la congestion automobile qui ne cessait d'augmenter, ralentissant ainsi les affaires et nuisant au statut de Londres, la ville-monde. Un des points forts du projet résidait dans sa nature progressive à long terme. La zone de péage urbain de Londres a été élargie et le forfait augmenté 2,5 ans après sa mise en place. Cette initiative est fondamentale pour un programme visant un changement du comportement, car elle implique que le grand public pourra prendre des décisions concernant sa conduite future, s'attendant à ce qu'il y ait de moins en moins d'avantages financiers liés à l'usage de la voiture.

Les conséquences principales de ce projet ont été les suivantes :

35 000 à 40 000 trajets en voiture/jour ont viré vers le transport en commun, créant ainsi une activité physique supplémentaire d'une moyenne de 6 minutes par voyage, en comparaison avec le transport motorisé privé.

5000 à 10 000 trajets en voiture ont viré vers la marche, le vélo, la moto, le taxi ou le partage de voiture.

Les déplacements en vélo à l'intérieur de la zone ont augmenté de 28 % en 2003 et de 4 % supplémentaires en 2004.

Les réponses à l'enquête ont enregistré une amélioration au niveau du confort et de la qualité générale de la marche et des systèmes de transport en commun.

Une grande part des recettes du dispositif a été investie dans le développement des transports publics, des voies piétonnes et cyclables, et de la sécurité sur le chemin de l'école.

Source: NHF, 2007

ENCADRE 6.7 : HEALTHY BY DESIGN (SALUBRE DE PAR SA CONCEPTION) A MELBOURNE EN AUSTRALIE : UN OUTIL DE PLANIFICATION INNOVATEUR POUR LE DEVELOPPEMENT D'ENVIRONNEMENTS SURS, ACCESSIBLES ET ATTRAYANTS

La Heart Foundation (Fondation du cœur) à Victoria en Australie a élaboré le plan Healthy by Design afin d'assister les autorités locales et les urbanistes associés dans la mise en place d'un ensemble plus élaboré de principes à suivre pour des 'Environnements favorables à l'activité physique'.

Ce plan présente des études de conception qui favorisent une 'planification saine'. Il en résulte des endroits salubres où les gens peuvent vivre, travailler et s'y rendre. Ce plan fournit aux urbanistes des recherches confirmatives, des études de conception pour la promotion de la marche à pieds et de l'usage du vélo et des transports en commun, un outil de conception pratique et des études de cas. Les 'études de conception' décrivent les voies que les urbanistes adoptent pour améliorer la santé communautaire de par leur conception et leur aménagement du milieu. Ceci est encouragé par le fait que sont assurés :

des circuits piétons et des pistes cyclables bien planifiés ;

des routes à accès direct, sûr et convenable ;

des destinations locales auxquelles on peut aller à pied à partir des maisons ;

des espaces ouverts de loisirs et de divertissement accessibles ;

des arrêts de transports publics à des endroits convenables;

des quartiers locaux répandant un esprit communautaire.

D'ordinaire, les urbanistes examinent un éventail de principes directeurs se répercutant sur la santé, la sécurité et l'accessibilité, souvent en les isolant les uns des autres. Le modèle de Healthy by Design a été élaboré en tant qu'outil pratique mettant en relief les synergies entre les différents principes directeurs qui influencent la conception de l'environnement bâti et qui contribuent à l'obtention de résultats sanitaires positifs.

Source: KNUS, 2007

des cyclistes, dans leur politique des transports, probablement à l'aide d'un système de péages pour les véhicules (tel que décrit ci-dessus), mais aussi de vérifier si cet aspect fait partie intégrante de leur plan annuel.

Il existe quelques exemples de politiques d'aménagement local qui tiennent compte des solutions aux problèmes concernant l'accès équitable aux aliments diététiques, solutions basées sur la communauté et orientées vers la vente au détail à petite échelle. La ville de Sam Chuk en Thaïlande a restauré son important marché d'alimentation et de petits articles avec l'assistance de l'action intersectorielle locale qui comptait des architectes parmi ses membres. Les marchés sont actuellement conçus non seulement pour approvisionner en denrées alimentaires mais aussi pour que les citoyens soient mieux reçus et aient une meilleure accessibilité. L'agence de développement de Londres projette d'établir un centre de distribution alimentaire durable qui approvisionne les détaillants alimentaires indépendants, les restaurants et les établissements de ville (Dixon et al., 2007). Une mesure réglementaire que les autorités locales peuvent adopter de façon efficace afin de réduire l'accès aux aliments riches en gras et sel, est l'utilisation ou le renforcement des réglementations de la planification pour gérer la prolifération d'établissements de restauration rapide dans des zones particulières, par exemple, près des écoles et dans les quartiers défavorisés socialement.

La dénutrition va souvent de pair avec l'obésité chez les indigents urbains. Pour cela, il est nécessaire d'élaborer des politiques et des programmes de sécurité alimentaire soutenus par les autorités nationales et/ou locales et les acteurs de la société civile (Encadré 6.8).

Violence et criminalité

Assurer que tous les groupes de la société vivent en sécurité, loin de la violence et de la criminalité, pose un problème sociétal majeur. La réduction de la prévalence des comportements violents implique des stratégies intégrées visant les domaines les plus importants, pour prévenir la violence, citons les relations saines et les soins attentifs entre enfants et parents ; la réduction de la violence dans les foyers ; la réduction de l'accès à l'alcool, aux stupéfiants et aux moyens qui tuent (Villaveces et al., 2000) ; le renforcement des aptitudes de base et des possibilités pour les enfants et les jeunes ; et l'amélioration des systèmes de justice pénale et d'aide sociale (WHO, 2008c).

De nouvelles façons d'aborder la prévention de la violence comportent un contrôle réglementaire qui inclut la vente d'alcool, afin de réduire les effets néfastes de sa consommation (Voas et al., 2006) ; la transformation des conflits ; la prévention de la criminalité grâce à une bonne conception du milieu, et des approches du capital social fondées sur la communauté (WHO, 2007e ; Roberts & Meddings, 2007).

La Commission attire l'attention sur la nécessité pour les autorités nationales et locales de s'investir dans l'éclairage des rues; la fermeture des boîtes de nuit et des bars à des heures moins tardives, le contrôle des armes à feu, l'établissement d'initiatives de surveillance des quartiers, et les activités éducatives, sportives et de loisirs (y compris les possibilités de formation professionnelle). Les programmes de l'OMS Safe Communities (Communautés saines) concernés par la réduction des traumatismes accidentels (**http://www.phs.ki.se/csp/index_ en.htm**) ont été utilisés avec un certain succès dans diverses villes de par le monde. Il est recommandé qu'ils soient adaptés aux différents contextes et surveillés pour leur efficacité en faveur de l'équité en santé.

L'exemple brésilien (Encadré 6.9) illustre le besoin de fournir des efforts unifiés, tout en tenant compte des spécificités à la fois locales et nationales. Le dialogue continu avec la société civile et les autorités sur différents niveaux a été une condition préliminaire pour le succès de cette initiative. Le soutien financier des autorités locales aux communautés locales pour développer et dispenser des services de prévention criminelle et de règlement des litiges, réussira à rétablir la confiance et le capital social au sein des communautés, et entre les communautés et les autorités locales.

Pour aider à contrecarrer sur le plan national les conséquences inéquitables de la croissance urbaine, il est nécessaire d'investir de manière prolongée dans le développement rural. Les autorités locales et nationales sont plus susceptibles de rencontrer ces problèmes ruraux au cas où ces derniers sont intégrés dans le contexte plus élargi des politiques économiques et sociales visant le développement et la réduction de la pauvreté ; ces politiques devraient figurer dans des documents comme le CSLP.

ENCADRE 6.8: LE FORUM DE SECURITE ALIMENTAIRE, D'AGRICULTURE ET D'ANIMAUX D'ELEVAGE DE NAIROBI ET DE SES ALENTOURS (NEFSALF)

Réaliser une sécurité alimentaire est impératif dans les milieux urbains pauvres. Afin d'éradiquer le problème de l'insécurité alimentaire, il est nécessaire d'axer sur le développement de politiques couvrant un accroissement de la productivité, une augmentation des niveaux d'emplois, et une amélioration de l'accès à la nourriture et au marché. L'importance de l'agriculture urbaine et périurbaine, et de l'élevage d'animaux, dans le soutien des habitants défavorisés des villes, ainsi que des valeurs sociale, économique et récréative, est reconnue et appréciée mondialement. Le NEFSALF, débuté en janvier 2004, représente une diversité d'acteurs de la communauté, du gouvernement et des secteurs du marché, dont le but est de promouvoir l'agriculture urbaine et périurbaine. Le forum donne accès à un cours de formation élémentaire sur l'agriculture et l'élevage d'animaux. Les paysans sont formés à l'agriculture en tant que travail, à la dynamique de groupe, aux techniques agricoles et d'élevage de base, et à la gestion de l'environnement.

Source: KNUS, 2007

SANTÉ ET EQUITÉ : CHAMP D'ACTION 6.2

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

La Commission recommande que :

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

Droits fonciers

Pour la plupart des indigents dans les pays à revenu faible et moyen, la terre est le principal moyen de subsistance. La réforme portant sur la redistribution des terres a des répercussions positives sur la réduction de la pauvreté et sur l'emploi (Quan, 1997). La législation qui contient des dispositions jointes et mandataires d'adjudication et de délivrance de titres de propriété aux couples et/ou qui donne la priorité aux femmes chefs de famille ou à des groupes spécifiques de femmes a été une avance importante en faveur de l'équité entre les sexes dans certains pays (dont : Brésil, Colombie, Costa Rica, République dominicaine, Guatemala, Honduras et Nicaragua) (Deere & Leon, 2003). Il est indispensable que les autorités nationales et locales, en collaboration avec des organismes internationaux, renforcent les processus d'occupation des terres et les revendications des droits fonciers pour les communautés rurales. L'attention devra être portée particulièrement sur les groupes marginalisés et sans terre.

Moyens de subsistance rurale

Il faudra investir davantage dans l'agriculture, dans le soutien et les services pour garantir des communautés rurales viables (Montgomery et al., 2004). Les leçons tirées de la révolution verte mettent en lumière la nécessité d'une approche à facettes multiples de l'agriculture durable et de la garantie des moyens d'existence. Ces questions ont récemment fait

ENCADRE 6.9 : MOBILISATION DE LA COMMUNAUTE CONTRE LA VIOLENCE AU BRESIL

Le Brésil a un des taux d'homicide les plus élevés au monde. Entre 1980 et 2002, le taux d'homicide national a augmenté de plus du double ; il est passé de 11,4 à 28,4 pour 100 000 habitants. Dans la ville de São Paulo, il a augmenté de plus du triple au cours de la même période ; il est passé de 17,5 à 53,9 pour 100 000 habitants. Jardim Angela est une agglomération de bidonvilles située dans la région sud de São Paulo et comptant environ 250 000 habitants. En juillet 1996, la revue Brazil's Veja a indiqué un taux d'homicide moyen de 111 pour 100 000 habitants, classant cette région comme l'une des plus violentes au monde. Jardim Angela était en train de vivre ce qui a été appelé 'la pénalité urbaine', caractérisée dans ce cas par une violence structurelle, une méfiance et un manque de cohésion sociale.

En 1996, un effort communautaire unifié de 200 établissements a créé le Fórum de Defesa da Vida (Forum de défense de la vie). Parallèlement à la création de cette alliance, un réseau de couverture sociale impliquant la société civile a été organisé, tirant profit de la capacité communautaire, des mouvements sociaux et des services de santé et sociaux formels et informels. Ce réseau a procédé à un large éventail d'interventions communautaires s'étendant de l'assistance aux enfants récemment incarcérés à une initiative collective pour la reconstruction d'espaces communautaires. Cet investissement dans l'espace communautaire a engendré la reconstruction des espaces abandonnés tels les parcs, clubs et écoles, favorisant ainsi le sport, les activités des écoles complémentaires et les programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. La communauté et la police ont également établi une coalition visant à garantir l'aide sociale, par le contrôle de la violence, de la criminalité et du trafic de drogues. Une série de politiques et de services a aussi été instaurée, en tenant compte des suggestions de la communauté, englobant les heures de fermeture des bars, un programme en faveur des victimes de violence domestique et des interventions pour la promotion de la santé visant la réduction des grossesses chez les adolescentes.

En 2005, le taux d'homicide pour la ville et l'Etat de São Paulo était respectivement de 24 et de 18 pour 100 000 habitants, reflétant une réduction de 51 % des homicides pour l'Etat. Plus récemment, de janvier à juillet 2006, Jardim Angela a assisté à une diminution plus de 50 % dans les plaintes de vols, d'agressions, de vols de portefeuilles et de vols de voitures, en comparaison avec les années précédentes.

Source: KNUS, 2007

ENCADRE 6.10: AGRICULTURE DURABLE EN INDE

La Commission nationale indienne sur les fermiers ainsi que d'autres ont exposé un programme de renouvellement de l'agriculture qui consiste dans les cinq plans d'action intégrés et de renforcement suivants : amélioration de la santé du sol ; augmentation de l'alimentation en eaux d'irrigation et régulation de la demande ; crédits et assurances ; technologie (jeter un pont entre le savoir et le savoir-faire) ; et marchés favorables aux fermiers. Une corporation indienne pourrait se charger de veiller sur l'application du programme de renouvellement de l'agriculture. Elle complètera et défiera l'Organisation mondiale du commerce (OMC). L'un des principes fondamentaux d'une telle organisation serait la reconnaissance de la nécessité de fournir un appui pour l'économie de subsistance et un soutien proportionnel pour les marchandises pouvant être considérées comme une distorsion commerciale sur le marché mondial et qui causeraient du tort à la santé et à l'équité en santé.

Source: Swaminathan, 2006

l'objet des recommandations de l'organisme représentatif des fermiers indiens (Encadré 6.10). Un élément central d'une approche globale de l'équité en santé rurale réside dans l'augmentation du revenu du ménage rural, en insistant sur la nutrition adéquate des ménages, et ce à travers le renforcement du soutien au développement de l'agriculture et la création d'emplois à l'intérieur et à l'extérieur des exploitations agricoles. En agissant ainsi, il est important de s'assurer que l'agriculture locale ne soit pas menacée par les accords commerciaux internationaux et la protection de l'agriculture dans les pays développés (World Bank, 2008) (cf. Chapitre 12: *Rôle du marché*).

Tandis que le travail sûr, sans danger et tout au long de l'année est jusqu'à présent la meilleure option pour aider les habitants ruraux à sortir de leur pauvreté, les microcrédits, en tant que procédés à court terme, peuvent réhabiliter les groupes appauvris. L'exemple du Bengladesh (Encadré 6.11) montre comment une approche intégrée réduit le taux de pauvreté de 30 % en trois ans.

La pauvreté et la faim dans les populations rurales sont extrêmement liées. La solution aux problèmes répandus de famine et de sécurité alimentaire parmi ces populations ne peut pas exister sans la lier à la sécurité de l'emploi et à la sécurité sociale. Ce lien a été bien repéré par : les responsables de l'élaboration politique en Inde, qui ont conçu les plans Food-for-Work (travail rétribué en vivres) et Employment guarantee (salaire annuel garanti) avec un élément de sécurité alimentaire (Dreze, 2003) ; à Ghana où les initiatives Food for education (éducation rétribuée en vivres) se sont répandues pour aider au développement de l'économie agricole locale (SIGN, 2006) ; et à travers le Millenium Villages Project (projet de villages pour le millénaire) qui utilise une approche intégrée pour lutter contre les déterminants sociaux de la santé dans les villages africains (Millennium Villages Project, nd).

Infrastructure et services ruraux

Fournir l'infrastructure et favoriser l'accès à des services de qualité, culturellement acceptables sont des questions de santé primordiales pour les habitants ruraux. L'évolution vers les OMD se fera en réglant ces problèmes, et ce à travers l'amélioration de l'accès des femmes rurales aux technologies qui permettent de gagner du temps, notamment l'accès à l'eau. Remédier au problème rural des fonds pour l'infrastructure et les services requiert l'investissement dans le secteur rural, afin d'assurer : un enseignement primaire et secondaire obligatoire

ENCADRE 6.11 : LE COMITE DU BANGLADESH POUR LE DEVELOPPEMENT RURAL (BANGLADESH RURAL ADVANCEMENT COMMITTEE - BRAC) ET LES MICROCREDITS

Grâce aux fonds assurés par l'Agence canadienne de développement international (ACDI), le Département pour le développement international au Royaume-Uni (Department for International Development - DFID), l'UE, le NOVIB (l'affilié néerlandais de Oxfam) et le PAM, le BRAC a entrepris d'instaurer un projet de développement social et économique multidimensionnel en faveur des plus pauvres (généralement les personnes qui sont si démunies qu'elles ne peuvent prendre part à des initiatives de microfinancement). Lancé en 2002, ce projet assure une formation axée sur les compétences rémunératrices, l'accès aux services sanitaires, une rémunération mensuelle (0,17 $US/jour) pour survivre, une formation en développement social pour promouvoir une plus grande prise de conscience des questions de droits et de justice sociale, et une mobilisation des élites locales pour soutenir le programme. L'évaluation effectuée sur le terrain a indiqué que 55 % des 5000 ménages les plus démunis dans les régions les plus défavorisées du pays, ont pu gagner assez de ressources pour pouvoir joindre le programme de microcrédit. La proportion des habitants de la région vivant avec moins de 1 $US/jour a diminué de 89 % à 59 % au cours des trois premières années du projet et le déficit alimentaire chronique est descendu de 60 % à 15 % environ chez les ménages du projet. Les facteurs qui ont contribué à la réussite de ce projet sont : le travail avec l'élite locale pour créer un environnement favorable à l'application du programme ; l'éducation à la santé et la fourniture de cartes d'identité pour faciliter l'accès aux équipements sanitaires ; la formation et la remise à niveau axées sur les compétences génératrices de revenus ; et l'installation de latrines et de puits tubés pour améliorer les systèmes d'assainissement.

Source: Schurmann, 2007

ENCADRE 6.12 : SERVICES DE SANTE RURAUX EN THAILANDE

Depuis 1983, l'allocation budgétaire pour la santé assurée par le gouvernement thaïlandais aux hôpitaux et centres de santé dans les régions rurales a été plus importante que celle donnée aux hôpitaux urbains. Il en a résulté une couverture de santé plus étendue géographiquement qui a englobé les niveaux les plus périphériques. Aujourd'hui, un centre de santé et un hôpital régional couvrent respectivement des populations de 5000 et 50 000 habitants. Les centres de santé sont dotés d'une équipe de 3 à 5 infirmières et travailleurs paramédicaux, alors qu'un hôpital régional de 30 lits est pourvu de 3 à 4 médecins généralistes, 30 infirmières, 2 à 3 pharmaciens, un dentiste et un autre personnel paramédical (nombres acceptables de personnel qualifié pour la prestation de services de santé). De plus, des programmes de santé publique (prévention, lutte contre les maladies et promotion de la santé) ont été intégrés à tous les niveaux de soins. Comme tous les diplômés en santé publique et en médecine sont formés dans des facultés de médecine publiques, les étudiants sont fortement subventionnés par l'Etat. En contrepartie, le service obligatoire des nouveaux diplômés en zone rurale, notamment dans les hôpitaux régionaux, est imposé. Ceci joue un rôle significatif dans le fonctionnement des hôpitaux régionaux. Le programme a débuté avec les diplômés en médecine en 1972 ; il s'est élargi plus tard pour inclure d'autres groupes : infirmières, dentistes et pharmaciens.

Source: HSKN, 2007

de qualité, sans considération de solvabilité (cf. Chapitre 5 : *Equité dès le départ*) ; l'électricité; des soins de santé primaires globaux (cf. Chapitre 9: *Soins de santé universels*) ; un réseau routier utilisable et un transport en commun à portée de tous ; et un accès à la communication électronique moderne. L'exemple de la Thaïlande (Encadré 6.12) illustre l'engagement des autorités publiques dans la santé rurale à travers l'allocation budgétaire et le développement de services appropriés au niveau de la région.

Migration rurale-urbaine

Le déplacement des zones rurales, qu'il soit forcé par la guerre et les conflits ou du au manque continu de ressources rurales, a engendré une migration rurale-urbaine massive. A titre d'exemple, un conflit armé qui a duré plus de 40 ans a causé en Colombie le plus grand nombre de personnes déplacées dans l'hémisphère occidental (UNHCR, 2007) et la seconde proportion la plus élevée de personnes déplacées après le Soudan (IDMC, 2007). Par conséquent, un fardeau de santé énorme s'est imposé sur ces populations. C'est pourquoi il est important que les autorités nationales et locales, en collaboration avec des organismes internationaux, établissent des politiques en faveur des migrants ruraux-urbains, en leur garantissant les droits d'accès aux services élémentaires tels que l'enseignement et la santé.

Des politiques fructueuses doivent mettre en place des services à proximité des populations migrantes. Par exemple, les cliniques locales peuvent assurer la prestation de services de santé dans les régions où se trouvent les migrants internes (IOM, 2006). Cependant, pour que cela soit efficace, les migrants doivent être avisés des services qui sont à leur disposition. Les gouvernements doivent donc faire connaître ces services aux migrants internes par des publicités dans les langues des migrants et les adapter, notamment en ce qui concerne leurs horaires d'ouverture et la formation du personnel dans la prestation multiculturelle de soins de santé, afin de répondre aux besoins des communautés ethniques particulières (Ingleby et al., 2005).

Le milieu naturel

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. Les dégâts causés à l'environnement atteignent la vie de chaque individu dans la société, mais leur impact le plus fort se voit chez les groupes les plus vulnérables, à savoir, les Autochtones, qui survivent actuellement dans des conditions écologiques fragiles, vu le déboisement non viable, l'exploration minière intensive et les autres industries primaires (Indigenous Health Group, 2007). Il est crucial que l'érosion des ressources naturelles par davantage de dégradation environnementale soit arrêtée. En particulier, il y a un besoin urgent de réduire les émissions de gaz à effet de serre (McMichael et al., 2008). Etroitement liée aux domaines d'action dans le présent rapport, l'élaboration de stratégies d'adaptation et d'atténuation des impacts en vue du changement environnemental doit prendre en considération les dimensions de l'équité sociale et en santé. Des recherches supplémentaires sont requises dans le type d'action à entreprendre, le plus susceptible d'avoir un effet sur la relation triangulaire entre les facteurs sociaux, le changement environnemental et l'équité en santé.

Initialement, la Commission recommande que :

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

Comme susmentionné, l'étude détaillée et l'analyse d'options politiques spécifiques et de modèles de développement pour lutter contre le changement climatique étaient en dehors des attributions de la Commission. L'appel qu'ont lancé le Stern Report (Stern, 2006) et d'autres, a engagé les fonds internationaux à appuyer l'amélioration des informations régionales sur les conséquences du changement climatique. Cela offre une opportunité unique, dirigée par l'OMS, d'intégrer les programmes sur le changement climatique et l'équité en santé, en s'assurant que les systèmes d'informations et l'élaboration de politiques passent par le filtre de l'équité en santé.

SANTE ET EQUITE : CHAMP D'ACTION 6.3

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

CHAPITRE 7

Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent

" Il serait absurde de considérer qu'un pays est civilisé si on y trouve un homme respectable et zélé, qui pratique habilement et assidûment un métier considéré utile et nécessaire pour le bien commun, sans pour autant qu'il n'ait de garanties que ce travail subviendra à ses besoins tant qu'il le pratique, ou l'épargnera de tout risque de sombrer dans la misère quand il devient inactif suite à une maladie ou en raison de son âge avancé."

HL Mencken (nd)

RAPPORT ENTRE TRAVAIL ET INÉGALITÉS EN SANTÉ

Les conditions d'emploi et de travail ont une forte incidence sur la santé et l'équité en santé. Quand elles 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 – des éléments tous essentiels pour la santé (Marmot & Wilkinson, 2006). Le règlement des inégalités liées au travail a certainement des conséquences directes sur l'état de santé, mais les incidences de l'équité en santé sont encore plus importantes compte tenu du rôle potentiel du travail dans la réduction des inégalités entre les sexes, les ethnies, les races, ou toute autre inégalité d'ordre social. Tout ceci a d'importantes conséquences propices à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD 3).

Inégalités au travail et en santé

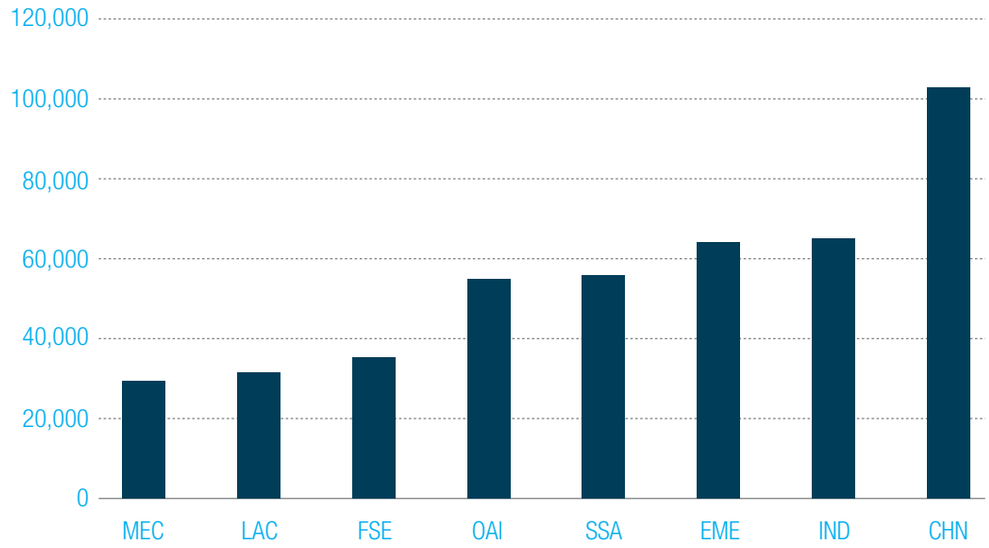
Conditions d'emploi

La santé pourrait être plus fragile dans certaines conditions d'emploi, dont le chômage et le travail précaire - à savoir le travail informel, le travail temporaire, le travail contractuel, le travail des enfants, et l'esclavage/travail servile. D'après les données dont on dispose, la mortalité est sensiblement plus élevée chez les travailleurs temporaires que chez les travailleurs permanents (Kivimäki et al., 2003). Il y a de même une corrélation entre les problèmes de santé mentale et la précarité de l'emploi (travail informel, contrats de travail temporaire à terme imprécis et travail à temps partiel, par exemple) (Artazcoz et al., 2005 ; Kim et al., 2006). La précarité de l'emploi telle qu'elle est perçue par les travailleurs nuit de façon sensible à leur santé physique et mentale (Ferrie et al., 2002).

Conditions de travail

Les conditions de travail ont aussi une grande incidence sur la santé et l'équité en santé. La mauvaise qualité de travail pourrait affecter la santé mentale presque autant que la perte d'emploi (Bartley, 2005; Muntaner et al., 1995; Strazdins et al., 2007). Les individus qui travaillent dans de mauvaises conditions peuvent être exposés à un ensemble de risques physiques et occupent généralement des emplois peu qualifiés. Les décès associés au travail suite à l'exposition à des risques demeurent un problème extrêmement grave (ILO, 2005) (Fig. 7.1). Le stress

Figure 7.1: Nombre de décès suite à l'exposition sur le lieu de travail à des substances dangereuses dans différents pays et régions.



MEC = Croissant du Moyen-Orient; LAC = Amérique latine et Caraïbes; FSE = Economies précédemment socialistes; OAI = Autres pays d'Asie et îles; SSA = Afrique subsaharienne; EME = Economies de marché établies; IND = Inde; CHN = Chine. Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de ILO (2005).

professionnel est associé à une augmentation de 50 % du risque de cardiopathie coronarienne (Marmot, 2004; Kivimäki et al., 2006), 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 (Stansfeld & Candy, 2006).

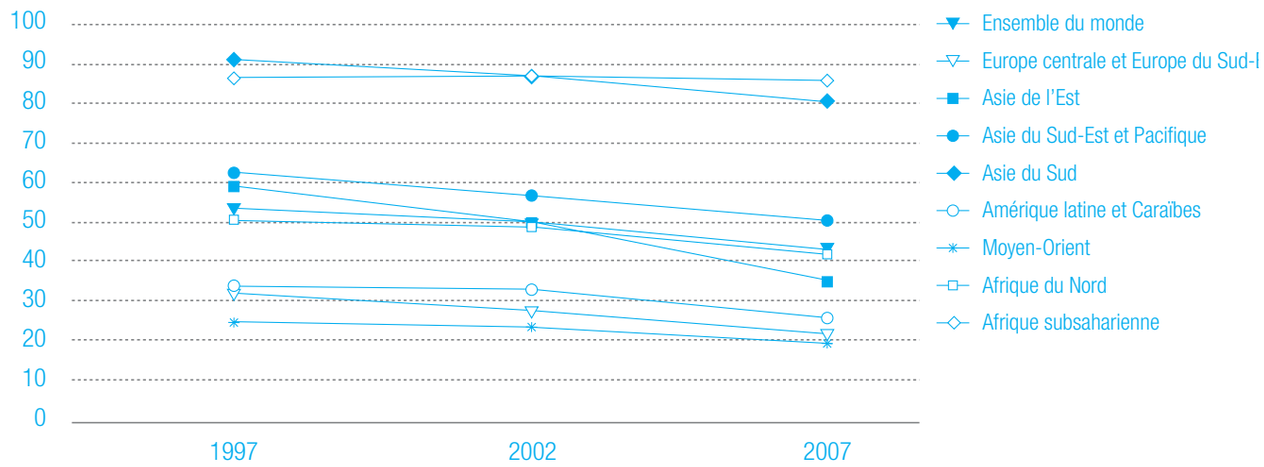
Nature des modalités d'emploi et de travail

Depuis la montée en puissance de la globalisation dans les années soixante-dix, l'accent a été mis sur la productivité et la nécessité de fournir des produits répondant aux besoins des marchés mondiaux. Les institutions et les employeurs désirant devenir compétitifs sur ce marché considèrent qu'il est désormais nécessaire que la main d'œuvre mondiale devienne flexible et constamment disponible. D'où l'apparition d'un certain nombre de changements importants liés à la santé dans les modalités d'emploi et les conditions de travail (Benach & Muntaner, 2007).

C'est le marché du travail qui, à l'origine, détermine, ou du moins influence, les opportunités économiques et la sécurité financière des peuples. En 2007, la population active comprenait trois milliards de personnes âgées de 15 ans et plus. Cependant, le revenu de 487 millions de travailleurs dans le monde ne leur permet toujours pas de franchir avec leurs familles le seuil de pauvreté de 1 dollar américain par jour alors que 1,3 milliards de travailleurs ne gagnent pas plus de 2 dollars américains par jour (ILO, 2008). La variation régionale de la population active pauvre est à cet égard significative (Figure 7.2).

Le pouvoir croissant exercé par les grandes multinationales et les institutions internationales dans l'élaboration de la politique du travail a affaibli les travailleurs, les syndicats et les chercheurs d'emploi et a mené à une multiplication des modalités et des conditions de travail néfastes pour la santé (EMCONET, 2007). Les pays à revenu élevé ont connu une montée de l'insécurité de l'emploi, des modalités d'emploi précaire (à l'instar du travail informel, du travail temporaire, du travail à temps partiel et du travail à la pièce), des pertes d'emploi ainsi qu'une fragilisation des protections règlementaires (cf. Chapitre 12 : *Responsabilité du marché)*. La majorité de la population active dans le monde, notamment dans les pays à revenu faible et moyen, travaille dans l'économie dite informelle qui est, de par sa nature, précaire et caractérisée par l'absence de règlementations statutaires susceptibles de sauvegarder les conditions de travail, les salaires, la santé et la sécurité au travail (SST) et l'assurance contre les accidents de travail (EMCONET, 2007; ILO, 2008) (Fig. 7.3).

Figure 7.2: Variation régionale du pourcentage de la population active vivant avec 2 $US par jour ou moins



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

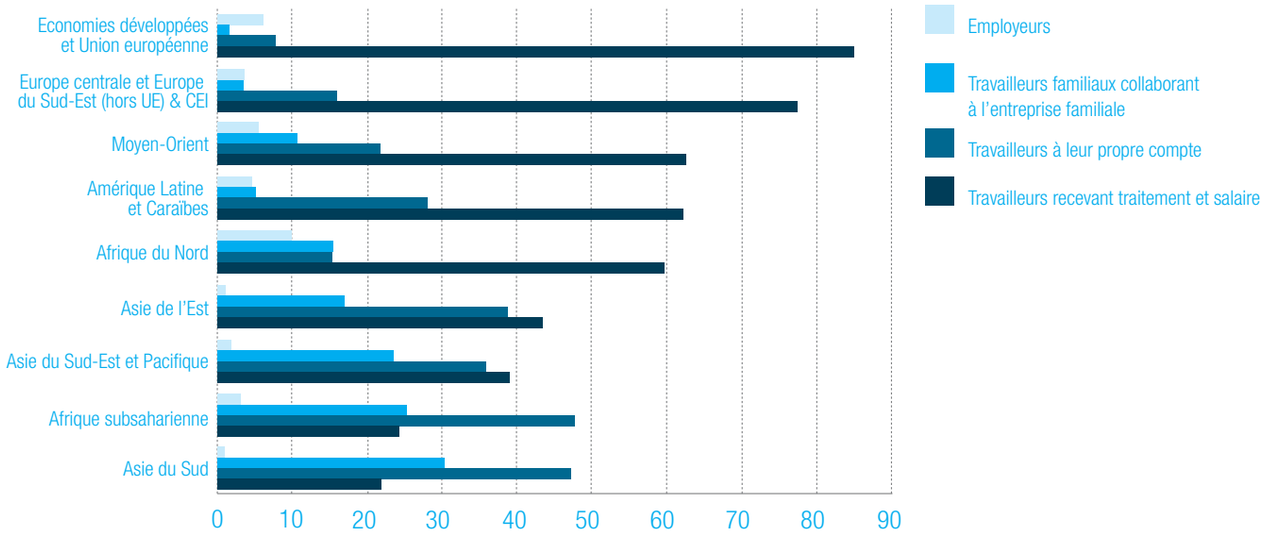
L'économie formelle, dominante dans les nations industrialisées, avait d'abord tendance à se caractériser par une politique d'ouverture progressive du marché du travail, par la forte influence des syndicats et, souvent, par un emploi à plein temps permanent. Cette situation a connu des changements considérables (EMCONET, 2007). A titre d'exemple, la figure 7.4. montre l'augmentation de la prévalence des emplois temporaires et à temps partiel depuis le début des années quatre-vingt-dix à travers l'Union européenne.

Groupes vulnérables

Les analyses entreprises par Heymann et al. (2006) sur les résultats des enquêtes menées auprès des ménages représentatifs au niveau national au Botswana, au Brésil, au Mexique, dans la Fédération de Russie, en Afrique du Sud, aux Etats-Unis et au Vietnam, ont montré à juste titre que la protection assurée par le travail et les prestations reçues sont moins avantageuses pour les femmes que pour les hommes (Fig. 7.5) (cf. aussi Chapitre 13 : *Equité entre les sexes*).

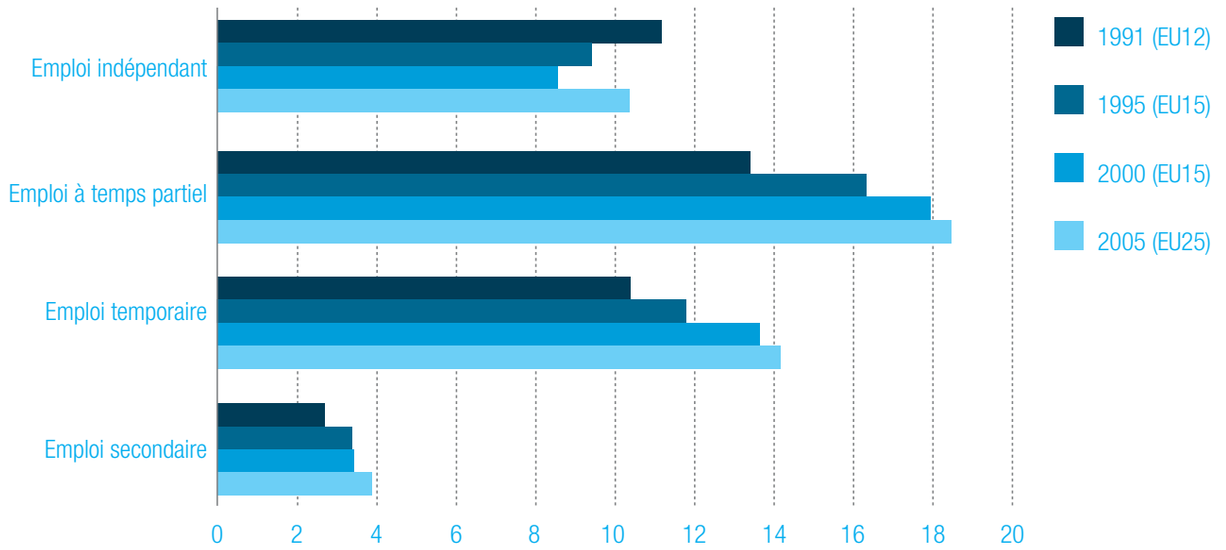
L'emploi équitable requiert l'éradication de toute mesure coercitive – dont toutes les formes de travail forcé, à savoir le travail servile, l'esclavage ou le travail des enfants. A l'échelle mondiale, on estime qu'il y a environ 28 millions de victimes de l'esclavage alors que 5,7 millions d'enfants sont contraints de travailler (EMCONET, 2007). Quoique des progrès considérables aient été réalisés afin d'éradiquer les pires formes de travail des enfants (ILO, 2007a), 200 millions d'enfants de 5 à 17 ans de par le monde font encore partie de la population économiquement active (ILO, 2006a). C'est en augmentant le revenu des ménages pauvres et en assurant une éducation de base de qualité qu'il sera possible de rendre le travail moins nécessaire pour les enfants. On estime que 70% des enfants travailleurs en Inde auraient fréquenté l'école si cette dernière était accessible et gratuite (Grimsrud, 2002).

Figure 7.3: Statut de l'emploi en pourcentage par rapport à l'emploi total dans toutes les régions en 2007



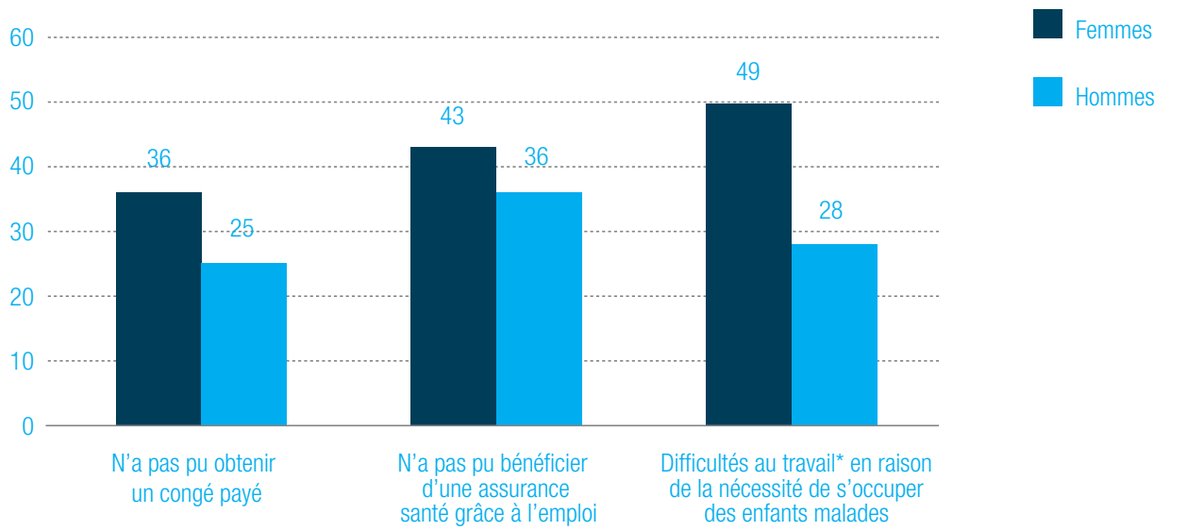
Les travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale ainsi que les travailleurs à leur propre compte pratiquent des travaux de nature précaire.
Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de ILO (2008).

Figure 7.4 Emplois non standards en Union européenne (pourcentages).



Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de Parent-Thirion et al. (2007).

Figure 7.5 Inégalités entre les sexes dans les conditions de travail



* Difficultés au travail : perte de salaire ou perte de chances d'avancement ou difficulté de sauvegarder son emploi.
Adapté de Heymann (2006). Les pourcentages moyens sont basés sur des pays sélectionnés

CREER DES CONDITIONS D'EMPLOI EQUITABLE[5] ET DE TRAVAIL DECENT[6]

Il serait utile tant pour l'économie que pour l'équité en santé de faire de sorte que la promotion des conditions d'emploi équitable et de travail décent se situent au cœur des programmes politiques des pays et des stratégies de développement. Les instances gouvernementales, les employeurs, les travailleurs et les chercheurs d'emploi doivent contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'exécution des lois, politiques, standards et conditions de travail visant à promouvoir une bonne santé. Une telle action à l'échelle nationale requiert aussi le déploiement d'efforts susceptibles de créer un environnement économique mondial plus favorable.

La Commission recommande que :

7.1. Le plein emploi, l'équité en matière d'emploi et les conditions de travail décentes soient des objectifs communs aux institutions internationales et se situent au cœur des politiques et des stratégies de développement nationales, avec une meilleure représentation des travailleurs lors de l'élaboration de politiques, de législations et de programmes portant sur l'emploi et le travail (cf. Rec. 10.2 ; 14.3 ; 15.2).

Environnement international de soutien

Le niveau et les conditions de travail sont de plus en plus tributaires des développements économiques à l'échelle mondiale, notamment dans les pays à revenu faible et moyen. Par conséquent, la mise en œuvre des recommandations de la Commission dépend essentiellement des changements qui surviennent dans l'économie mondiale, tant pour promouvoir et maintenir le plein emploi mondialement que pour encourager et soutenir les politiques économiques nationales qui favoriseraient l'équité en matière d'emploi et la mise en place de conditions de travail décentes. D'où la nécessité d'apporter des changements dans les interactions qui ont lieu entre les économies nationales et les marchés mondiaux et dans les activités des institutions internationales, à l'instar des accords de l'OMC et des programmes soutenus par le FMI et la Banque mondiale (cf. Chapitres 12 et 15 : *Rôle du marché ; Bonne gouvernance mondiale*). Il est primordial que les organismes de l'ONU et d'autres agences internationales défendant les droits des travailleurs aient le pouvoir d'exercer leur influence afin de faire adopter par les Etats Membres des pratiques équitables en matière d'emploi. Même s'il est nécessaire d'examiner et d'analyser davantage les questions relatives aux options politiques spécifiques et aux modèles de développement, les mesures qui pourraient éventuellement renforcer ce processus pourraient inclure ce qui suit :

- Contraintes du marché direct :
  - réduire la dépendance à l'égard des capitaux étrangers grâce à une réglementation effective du secteur financier, à un usage approprié du contrôle des capitaux et à des mesures visant à attirer et retenir les capitaux domestiques;
- Contraintes de la compétition :
  - mettre fin aux pratiques de dumping sur les marchés des pays à revenu faible et moyen qui consistent à vendre les produits à des prix inférieurs au coût de production ;
  - graduer les normes de travail requises et viser une convergence par le haut avec le temps ;
  - mettre fin à la progressivité tarifaire pratiquée sur les produits en provenance des pays à revenu faible et moyen ;
  - réduire la dépendance aux marchés d'exportation à travers la promotion de la production des produits destinés au marché local ;
  - promouvoir le commerce interrégional entre les pays à revenu faible et moyen, et ce à travers, entre autres, la conclusion et le renforcement d'accords commerciaux régionaux ;
  - encourager la réduction des heures de travail dans les pays à revenu élevé ;
- Accords internationaux :
  - mettre davantage l'accent sur le traitement spécial et différencié pour les pays à revenu faible et moyen dans les prochains accords de l'OMC ;
  - consolider les clauses de sauvegarde dans les accords de l'OMC (ainsi que les accords bilatéraux et commerciaux) en ce qui concerne la santé publique ;
  - permettre un recours accru des pays à revenu faible et moyen (notamment les plus petits) au mécanisme de règlement des différends de l'OMC

La plupart de ces mesures nécessitent des actions au niveau international – soit des changements discrétionnaires apportés par les instances gouvernementales à titre individuel (en cas d'augmentation du soutien apporté par les pays donateurs ou de changements dans les conditions y afférentes), soit une action collective lancée grâce à la médiation des institutions internationales.

PRATIQUES EQUITABLES EN MATIERE D'EMPLOI ET TRAVAIL DECENT : CHAMP D'ACTION 7.1

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

[5] Le terme "emploi équitable" complète la notion de travail décent. Il couvre une perspective de santé publique dans laquelle les relations de travail ainsi que les comportements, les résultats, les pratiques et les institutions qui émanent des relations tissées dans le cadre de l'emploi ou qui les affectent doivent être perçus comme un facteur déterminant pour assurer aux travailleurs des conditions de santé de qualité. L'emploi équitable laisse supposer l'établissement d'une relation impartiale entre employeurs et employés.

[6] Le travail décent implique des opportunités qui permettent d'exercer un travail productif comme il assure un salaire équitable, des conditions de sécurité sur le lieu de travail et la couverture sociale des familles ; de meilleures perspectives qui favorisent le développement sur le plan personnel et l'intégration sociale ; la liberté des personnes d'exprimer leurs préoccupations, de s'organiser et de participer aux décisions qui affectent leur vie ; et l'instauration de l'égalité des chances et de traitement entre les femmes et les hommes.

Représentation équitable des travailleurs lors de l'élaboration de politiques nationales

Il y a relativement peu de pays qui ont, jusqu'à ce jour, intégré les conditions d'emploi et de travail dans leurs politiques économiques et sociales. Pour ce faire, il faudrait rétablir l'équilibre des pouvoirs entre les acteurs des secteurs public et privé. Le leadership du secteur public est essentiel, à l'échelle nationale et mondiale, et requiert la mise en place de mécanismes qui renforcent la représentation de tous les travailleurs et chercheurs d'emploi lors de l'élaboration des politiques, des législations et des programmes relatifs à l'emploi et au travail.

La participation des travailleurs a été, tout au long de l'histoire, positivement associée au développement des droits collectifs au travail, au mouvement des travailleurs ainsi qu'aux politiques et au marché du travail mis en place par les Etats providence modernes (Encadré 7.1).

Les syndicats sont de puissants véhicules à travers lesquels il est possible de négocier collectivement les mesures de protection propres aux travailleurs - sur les plans national et international (cf. aussi Chapitres 12 et 13 : Rôle du marché ; Equité entre les sexes). Il importe que les instances gouvernementales veillent à assurer la véritable participation d'acteurs sociaux moins puissants, en permettant aux travailleurs dans les secteurs structuré et non structuré de bénéficier d'une garantie de l'Etat leur octroyant le droit de mener une action collective (Encadré 7.2).

ENCADRE 7.1 : TRAVAIL ET SANTE CHEZ LES PAYSANS SANS TERRE ET LES PETITS AGRICULTEURS DU BRESIL

Au Brésil, 1% des grands propriétaires terriens possèdent 45% des terres agricoles au moment où environ 50% de l'ensemble des propriétaires détiennent en gros 2% de toutes les terres arables. Environ 31 millions de Brésiliens (18.8% de l'ensemble de la population) vivent à la campagne. Ceux-là, connus sous le nom de agregados, sont extrêmement pauvres et souffrent d'innombrables problèmes psychosociaux, éducatifs et sanitaires.

En 1984, les familles sans terre ont formé le Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), ou Mouvement des paysans sans terre. Le MST est probablement le mouvement social le plus grand en Amérique latine puisqu'il regroupe environ 1,5 million de membres. Le principal succès qu'il a réalisé fut l'allocation de parcelles de terrain à un nombre croissant de paysans sans terre : ils étaient quelques milliers et sont devenus plus de 300 000 paysans à posséder leur propre parcelle dans 2 000 campements.

Les recherches menées ont montré que les membres des communautés du MST jouissent de meilleures conditions de santé que les autres ouvriers agricoles. L'amélioration de leur état de santé a été attribuée à une production plus grande de bétail, à une meilleure condition alimentaire (due partiellement à une plus grande diversité de produits), au soutien de la communauté en cas de besoin et à la participation directe aux décisions prises par la communauté.

Le MST a ses limites mais, depuis son lancement, il a joué le rôle de catalyseur de la réforme – non seulement agraire, mais aussi sanitaire – et a exercé un impact direct sur les décisions gouvernementales, a influencé les politiques publiques et a joué un rôle déterminant dans le conseil de la société civile de l'Alternative bolivarienne pour les Amériques.

Source: EMCONET, 2007

ENCADRE 7.2 : NEPAL – TRAVAIL DES ENFANTS

Les syndicats ouvriers au Népal ont collecté des informations et élaboré des politiques et ont inclus la question du travail des enfants dans les programmes d'éducation de leurs travailleurs. Le Népal fait face à un problème de taille, celui du travail servile. Celui-ci touche aussi les enfants puisque des familles entières sont soumises au système kamaiya. Les syndicats, ainsi que les autres groupes de la société civile, ont incité le gouvernement à abolir ce système ; ce qu'il fit officiellement en 2000. La décision du gouvernement a fait table rase puisque toutes les dettes qui constituaient le fondement de la servitude pour dettes ont été considérées illégales. Afin de s'assurer que les anciens kamaiyas n'allaient pas se retrouver à nouveau dans les mêmes conditions de pauvreté et de dénuement, les syndicats ont collaboré avec le gouvernement pour mettre en place deux importantes mesures de protection : le salaire minimum pour les ouvriers agricoles et le droit des syndicats de s'organiser dans des systèmes d'économie informelle, dont le secteur agricole non structuré. Les syndicats étaient conscients que ces deux initiatives de grande envergure n'auraient pas pu être entreprises s'ils n'avaient pas adopté une position ferme à l'intérieur du mouvement contre le travail des enfants.

Source: Grimsrud, 2002

[7] Le système kamaiya est un système traditionnel de travail servile répandu au Népal. Les personnes affectées par ce système portent aussi le nom de kamaiya ou kamaiyas. Traditionnellement, les personnes sans terre et sans travail pouvaient obtenir des prêts des propriétaires terriens pour assurer leur nourriture et leur survie. En échange, ils étaient contraints de vivre et de travailler sur les terres du propriétaire et étaient traités comme de quasi-esclaves. Les charges des dettes étaient exorbitantes ce qui a obligé des familles entières à rester asservies pendant de longues années, voire des générations. Le système kamaiya était pratiqué en particulier à l'ouest du Népal et touchait spécifiquement la communauté Tharu ainsi que les Dalits (« intouchables »).

La Commission recommande que :

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

Vers le plein emploi

A l'occasion de la tenue du sommet mondial de 2005 de l'Assemblée générale des Nations Unies, les gouvernements ont réaffirmé leur engagement à favoriser le plein emploi et les conditions de travail décentes, les considérant comme des mesures décisives qui pavent la voie à toute entreprise visant à faire face au défi de la pauvreté persistante dans le monde entier. Le plein emploi et la possibilité pour chacun de trouver un travail décent et productif ont aussi été au nombre des objectifs de l'OMD1 comme un moyen de réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de la population vivant dans l'extrême pauvreté. Cependant, au moment où les instances gouvernementales ont décidé de placer le plein emploi et les conditions de travail décentes au cœur des politiques nationales et internationales (UN, 2005), leur engagement n'a pas semblé avoir eu de suites concrètes.

La réalisation de cet objectif est une opération complexe car elle requiert l'élaboration d'une politique économique et sociale intégrée comme elle nécessite la mise en place de mécanismes diversifiés qui s'adaptent aux contextes des différents pays. Elle inclurait une action locale visant directement la création d'emplois, dans les travaux publics à forte intensité de main-d'œuvre, par exemple, des politiques d'approvisionnement locales, une extension des programmes de production de revenus et un soutien aux petites et moyennes entreprises (PME). Il suffit comme point de départ que l'Etat offre un nombre substantiel d'emplois. Une telle action aura des conséquences qui diffèrent d'un pays à l'autre selon son niveau de développement.

Dans les pays à revenu faible, comme l'Inde, où l'infrastructure et la capacité administrative sont toujours disponibles, les garanties d'emploi fournies par l'Etat peuvent aider les gens à franchir le seuil de pauvreté (Encadré 7.3).

Dans plusieurs Etats Membres de l'OCDE, où la plupart de la main-d'œuvre est formelle et où le chômage est relativement bas, les instances gouvernementales tentent de réaliser le plein emploi en encourageant les chercheurs d'emploi, d'une part, à déployer plus d'efforts pour trouver du travail – à travers le recours aux services de recherche d'emploi et de soutien, aux services d'information sur l'emploi et de jumelage d'emplois et de travailleurs, au counselling individualisé et à l'orientation et à la formation professionnelles – et d'autre part, à entrer en contact avec les services de recrutement et à participer aux programmes de formation après avoir été au chômage depuis un certain temps (OECD, 2005).

Salaire vital pour mener une vie saine

Afin d'assurer un salaire vital qui prend en considération le coût réel et actuel d'une vie saine, il faut mettre en place une politique économique et sociale de soutien qui est régulièrement mise à jour et basée sur les coûts des besoins sanitaires, dont la nutrition adéquate, le logement, l'eau et les installations sanitaires, et la participation sociale (Morris & Deeming, 2004). L'avantage compétitif des pays à revenu faible est lourdement tributaire de la main-d'œuvre à bas coût, mais cet état de fait risque d'être compromis au cas où le fait d'octroyer un salaire vital décent et régulièrement mis à jour devient une obligation légale. Il est donc temps que :

- les instances gouvernementales, en coordination avec les chercheurs dans les domaines de la santé publique et des politiques sociales, examinent les mécanismes qui permettent d'évaluer le coût d'une vie saine, et ce afin de calculer le niveau de salaire vital propre à chaque pays (Encadré 7.4) ;
- les instances gouvernementales, en vue d'atteindre un niveau d'emploi sain équitable pour tous les pays, examinent, de prime abord, les mécanismes qui permettent de conclure des accords sur les salaires entre les pays, initialement au niveau régional.

ENCADRE 7.3 : PROGRAMME NATIONAL INDIEN DE GARANTIE DE L'EMPLOI EN ZONES RURALES

Le « National Rural Employment Guarantee Act » (Loi nationale sur la garantie de l'emploi en zones rurales) de 2005 contraint le gouvernement indien à ériger un réseau de sécurité sociale pour les familles rurales pauvres, et ce en garantissant 100 jours de travail, au salaire minimum, à un membre de la famille par ménage.

Même si la mise en œuvre de cette loi est relativement récente et que des difficultés procédurales sont apparues, il a été prouvé qu'elle a eu un effet positif dans plusieurs états où elle a été appliquée correctement. Elle a en effet assuré aux familles pauvres des zones rurales un salaire garanti, a contribué à l'autonomisation économique des femmes et à la création d'actifs publics. Au Rajasthan, où le public est très sensibilisé au programme, 77 jours de travail par ménage rural ont été assurés en 2006-2007. Dans l'Uttar Pradesh, les principales améliorations dans le domaine des travaux publics ont été observées suite à l'augmentation du niveau d'emploi : des salaires minimum ont été versés et les délais de paiement ont été réduits alors que l'exploitation par les entrepreneurs du secteur privé a été exclue.

Il ne va pas sans dire que le programme fait face à des difficultés, mais les garanties de transparence et la capacité d'imposer la mise en application des procédures ont été déterminantes pour la réalisation de progrès majeurs. Il est aussi nécessaire de réviser sérieusement les taux de paiement, d'augmenter le nombre des jours de travail et des membres de la famille qui peuvent profiter de ce programme. Pour garantir l'inclusion sociale, il est nécessaire d'offrir des installations adaptées sur le lieu de travail pour les femmes ayant des enfants.

Source : The Hindu, 2008 ; Ganesh-Kumar et al., 2004

PRATIQUES EQUITABLES EN MATIERE D'EMPLOI ET TRAVAIL DECENT : CHAMP D'ACTION 7.2

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

S'entraîner pour travailler

L'approche à multiples facettes vers le plein emploi dans des conditions équitables vise, en substance, à garantir que les personnes qui ne travaillent pas, ou qui changent d'emploi, vont recevoir l'aide nécessaire pour acquérir un ensemble adéquat de compétences et de qualifications pour prendre part à un travail de qualité. Ceci requiert la conclusion d'accords de partenariats entre les instances gouvernementales et les ONG pour élaborer un ensemble de programmes adaptés aux besoins des différentes populations, à l'instar des personnes souffrant d'incapacité ou les chômeurs de longue date. Il faut que la formation professionnelle, de par son contenu et son mode de présentation, réponde aux besoins de la communauté et, compte tenu de l'avancement en âge de la main-d'œuvre, il est nécessaire, plus particulièrement, d'offrir des opportunités de recyclage susceptibles de satisfaire les besoins des personnes âgées. Le système de « flexicurité » au Danemark a été l'un des plus réussis dans le domaine de la formation de la main-d'œuvre afin de la rendre apte à l'emploi (Encadré 7.5).

ENCADRE 7.4 : SALAIRE DE BASE POUR UNE VIE SAINE

Une évaluation du coût de la vie a été entreprise pour les hommes célibataires en bonne santé âgés de 18 à 30 ans et vivant au Royaume-Uni loin de leur famille et par leurs propres moyens. En se basant sur des preuves consensuelles, il a été possible de calculer le montant nécessaire pour assurer un ensemble de produits de base essentiels pour une vie saine au quotidien, à savoir la nourriture, l'activité physique, le logement, les produits domestiques, le transport, les habits, les chaussures, les frais d'éducation, les frais personnels et médicaux, les économies, les contributions non publiques au régime de retraite, les produits et les activités de loisirs dont tout ce qui relève des relations sociales. Le coût total a été considéré comme un indicateur du salaire minimum net devenu actuellement essentiel pour garantir une vie saine.

Le coût minimal pour une vie saine a été estimé à 131.86 £/semaine (cette estimation se base sur les prix prévalant en avril 1999).

Les éléments de coût, notamment ceux relatifs au logement (qui représentent environ 40% du total), dépendent de la région géographique et de plusieurs autres considérations. Dans la société d'aujourd'hui, le revenu disponible susceptible de couvrir le coût de vie minimal pourrait être considéré comme une condition de santé préalable nécessaire. Un revenu calculé à partir du SMIG national (en avril 1999) de 3.00£/heure pour la tranche d'âge de 18-21 ans et de 3.60£/heure pour les 22 ans et plus, équivaut à un salaire disponible hebdomadaire de 105.84 £ et de 121.12 £ respectivement, pour une semaine de 38 heures après prélèvement des charges fiscales et des cotisations à la sécurité sociale. Par conséquent, les 18-21 ans devaient travailler 51 heures et les 22 ans et plus 42.5 heures afin qu'ils perçoivent le revenu nécessaire pour couvrir les coûts minimaux d'une vie saine.

Source : Morris et al., 2000

ENCADRE 7.5 : FLEXICURITE ET APPRENTISSAGE TOUT AU LONG DE LA VIE AU DANEMARK

Le marché de travail danois est aussi flexible que le marché britannique tout en offrant aux employés le même niveau de sécurité que le marché suédois. Les règles flexibles de l'emploi, les politiques actives sur le marché du travail avec le droit à la formation et à l'accès aux offres d'emploi et l'obligation de les assurer, les prestations sociales relativement importantes et le cycle économique favorable qui a duré une décennie, ont souvent expliqué cette évolution. Le contexte danois se distingue par quatre éléments de flexicurité :

- Le marché du travail flexible ;
- Les systèmes de sécurité sociale généreux ;
- L'apprentissage tout au long de la vie ;
- Les politiques actives sur le marché du travail.

En ce qui concerne l'apprentissage tout au long de la vie, les partenaires sociaux y sont impliqués au plus haut point comme ils sont engagés sur le plan institutionnel dans la planification et la mise en œuvre des politiques d'éducation, notamment celles relatives à la formation professionnelle continue (FPC). La politique danoise de formation professionnelle continue se distingue sur le plan institutionnel par une caractéristique spécifique, celle de fournir services et formation tant aux salariés qu'aux chômeurs. La FPC destinée aux travailleurs non qualifiés - qui relève officiellement du ministère du Travail (actuellement du ministère de l'Education) mais qui est gérée en grande partie par les partenaires sociaux - a été mise en place en 1960. Un système similaire a été instauré pour les ouvriers qualifiés en 1965. A partir de la fin des années 1980, les conventions collectives ont aussi prévu des accords sur l'éducation, qui accordent en général aux employés un congé de deux semaines par an afin de leur permettre de participer à des programmes d'éducation tournés vers l'emploi.

L'Etat est le principal pourvoyeur de fonds dans ce système. Le système de financement se base sur une externalisation des frais de formation et d'éducation auprès de sociétés et sert indirectement de subvention gouvernementale qui vise à favoriser la compétitivité de l'industrie danoise. Ainsi, c'est grâce en partie à cet accord de financement et au droit de participer à grande échelle à la FPC que le Danemark a pu se placer, pendant de longues années, parmi les meilleurs pays en Europe en matière de participation aux activités de FPC. Par ailleurs, étant donné que le système de FPC est surtout financé par les deniers publics, il est plus probable que les activités de FPC transmettent des compétences plus générales qu'adaptées aux besoins de chaque société, et qui sont, par conséquent, transférables sur le marché du travail extérieur et susceptibles d'améliorer la flexibilité fonctionnelle des marchés de travail internes.

Source: Madsen, 2006

Normes du travail sûr et décent

La nature de l'emploi et les conditions de travail auxquelles les personnes sont exposées ont une incidence importante sur la santé et sa répartition sociale. Le travail doit être équitable et décent. L'Etat joue un rôle fondamental dans la réduction et l'atténuation des effets négatifs sur la santé causés par des conditions inappropriées d'emploi et de travail.

La Commission recommande que :

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

Normes du travail

Les quatre principes de base – à savoir la liberté d'association et la reconnaissance effective du droit de négociation collective; l'élimination de toute forme de travail forcé ou obligatoire; l'abolition effective du travail des enfants, et l'élimination de la discrimination en matière d'emploi – qui sous-tendent les normes de l'OIT constituent le fondement des pratiques équitables en matière d'emploi et de conditions de travail décentes. La mise en œuvre par les agences gouvernementales des normes et codes de travail internationalement reconnus (ILOLEX, 2007) est une initiative essentielle en faveur de la santé et de l'équité en santé. De plus, si les normes de travail de base sont mises en application, notamment l'égalité des salaires hommes-femmes, il serait alors possible de réduire de manière significative l'inégalité entre les sexes (cf. Chapitre 13 : *Equité entre les sexes*).

Les effets qu'exercent les multinationales sur l'emploi et les conditions de travail et la nature transfrontalière du travail et de l'emploi justifient pleinement la mise en place d'un mécanisme international qui assure le soutien nécessaire aux gouvernements nationaux lors de la ratification et de la mise en œuvre des normes de travail fondamentales (cf. Chapitre 12: *Responsabilité du marché*). Le développement des capacités administratives, de l'infrastructure et du soutien financier en vue de mettre en pratique les recommandations requiert le soutien harmonieux de l'OIT et l'OMS, le concours des donateurs et la représentation des travailleurs tant du secteur structuré que du secteur non structuré (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*). La capacité des pays à revenu faible à appliquer les normes de travail pourrait être relativement limitée, surtout quand on la juge dans le contexte des recommandations de plus grande envergure émises par la Commission. Il est nécessaire de graduer les normes de travail en fonction des niveaux de développement économique tout en veillant, tout au moins, à ce que les quatre principes de base soient respectés et à ce que la faisabilité et la mise en œuvre de n'importe quel mécanisme d'application dans un pays donné soit évaluées. Dès l'instauration des quatre principes de base, il faudrait soumettre les normes de travail à un processus qui prévoit une convergence par le haut avec le temps, et ce afin d'éviter toute conséquence préjudiciable.

L'objectif à long terme que les pays doivent viser devrait être l'élaboration et la mise en œuvre de manière progressive des codes de pratiques contraignants relatifs à la SST auxquels devront se soumettre les fournisseurs locaux et internationaux. De même, le fait de se fixer comme objectif à long terme la mise au point de réglementations locales qui obligent les entreprises à divulguer des informations – telles que l'identification explicite du lieu de production des produits et des pièces détachées et la description claire des conditions de travail appliquées (EMCONET, 2007) - favoriserait la mise en place de pratiques équitables en matière d'emploi et de conditions de travail à l'échelle mondiale.

Quoique certaines firmes multinationales aient adopté des codes de conduite facultatifs et aient tenu apparemment à ce que les mêmes pratiques de travail soient respectées dans toutes leurs filiales à travers le monde entier (**http://www.jnj.com/community/policies/ global_labor.htm**), ceci ne représente qu'une mesure limitée par rapport à l'immense tâche en vue. Il serait opportun, en guise de premier pas, que le secteur public assure un contrôle régulier des codes de pratiques facultatifs relatifs à l'emploi et aux normes de SST que le secteur privé exécute pour en renforcer les effets et garantir une reddition des comptes (cf. Chapitre 12 : *Responsabilité du marché*). Il serait aussi nécessaire d'envisager d'apporter des changements aux principes en vigueur dans les compagnies de telle sorte à ce que l'objectif des sociétés cotées en Bourse passe de la valorisation des actions vers un plus large éventail d'objectifs à visée sociale et environnementale, y compris l'emploi. Cependant, de telles mesures pourraient nécessiter une coordination internationale pour éviter que les compagnies ne migrent des pays adoptant un tel changement, ou que des compagnies basées dans des pays qui respectent le principe de valorisation des actions ne prennent le contrôle de celles qui sont basées dans des pays qui adoptent un objectif différent. C'est d'ailleurs en suivant cette tendance que le mouvement environnemental a réussi, pendant les deux dernières décennies, à rendre les firmes privées plus responsables à l'égard de la dégradation de l'environnement. Un effort similaire est à présent nécessaire pour s'adresser aux questions relatives aux pratiques équitables en matière d'emploi et de conditions de travail décentes.

Equilibre entre vie professionnelle et vie privée

Il est généralement admis que le travail excessif et le déséquilibre qui en résulte entre la vie professionnelle et la vie privée ont des effets négatifs sur l'état de santé et le bien-être (Felstead et al., 2002). Le rétablissement de l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée requiert une politique gouvernementale et un soutien législatif qui accorderaient aux parents le droit de disposer du temps nécessaire pour s'occuper de leurs enfants et profiter des services de garde d'enfants quels que soient leurs moyens pécuniaires, ainsi que d'autres prestations telles que les heures de travail flexibles, les congés payés, le congé parental, le partage du travail et le congé longue durée (Lundberg et al., 2007). Ce genre de politique a commencé à faire son apparition surtout dans les pays à revenu élevé. Les travailleurs dans le secteur non structuré, tout comme ceux qui sont soumis à des législations protectionnistes, sont privés de telles prestations. Il est temps donc que les instances gouvernementales, avec le concours des travailleurs – dans les secteurs structuré et non structuré – stimulent la promotion de politiques qui favorisent l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée et d'une politique de protection sociale de soutien (cf. Chapitre 8 : *Protection sociale tout au long de l'existence*), assorties de mécanismes clairs en matière de financement et de responsabilisation.

Emploi précaire

La prédominance mondiale de l'emploi précaire, avec les insécurités qui lui sont associées (Wilthagen et al., 2003), a favorisé de manière significative la mauvaise santé et les inégalités en santé. La majeure partie de la population active travaille dans le secteur non structuré et se trouve dans une position extrêmement précaire. Compte tenu de la corrélation entre emplois précaires et pauvreté, les femmes et leurs familles tireront profit des politiques qui résolvent les problèmes résultant de l'insécurité de l'emploi, des salaires dérisoires et de la discrimination entre les sexes dans le secteur non structuré (cf. Chapitre 13 : *Equité entre les sexes*). Force est de constater aussi l'accroissement de la mobilité des travailleurs sur le plan international. Même si plusieurs d'entre eux sont des travailleurs hautement qualifiés, une grande partie des travailleurs migrants, surtout ceux qui sont dans une situation irrégulière, sont soumis à des conditions difficiles et ne bénéficient d'aucune protection, notamment dans le secteur non structuré. Des

obstacles sont en train d'être érigés pour entraver la mobilité de migrants potentiels et la demande de main-d'œuvre étrangère dans les pays hôtes (cf. Chapitre 9 : *Soins de santé universels*). Tous ces éléments, auxquels s'ajoute le manque d'opportunités économiques à l'intérieur des pays, ont été propices à l'apparition du passage en contrebande et du trafic des personnes, devenus des activités commerciales très rentables aux dépens de violations flagrantes des droits fondamentaux de l'homme (OIT, 2006b).

La Commission recommande que :

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

Réglementation pour protéger les travailleurs précaires

Il est nécessaire de mettre au point une politique gouvernementale et des législations pour créer un climat plus sûr dans différentes modalités de travail, afin de réaliser progressivement une plus grande stabilité dans les différentes dimensions du travail. Certains gouvernements sont en train de rechercher, à un niveau international, les moyens qui permettent de renforcer les contrôles réglementaires sur les pratiques de restructuration par la réduction d'effectifs, de sous-traitance et d'externalisation (dont la réglementation de la chaîne logistique) et d'élaborer des lois qui limitent le recours à l'emploi précaire (Encadré 7.6).

Contribution de l'économie informelle à l'équité en santé

Le secteur non structuré peut avoir des incidences sur l'équité en santé qui se manifestent au-delà des effets résultant des améliorations apportées aux conditions de travail. L'intégration des entreprises du secteur non structuré dans le système fiscal assurerait des revenus aux pouvoirs publics que ces derniers pourraient utiliser pour acheter des biens publics et par conséquent offrir de prestations de santé (Gordon & Lei, 2005). Toute action menée par les pouvoirs publics, à l'instar de l'action proposée ci-après, pourrait aider les entreprises du secteur non structuré à participer au développement de la nation dans son ensemble :

- élaboration de législations et de réglementations pour la protection des conditions de travail, des salaires, de la santé et de la sécurité au travail (SST) ainsi que d'autres prestations, à l'intention des travailleurs dans le secteur non structuré ;
- extension des normes de travail et leur mise en œuvre par les pouvoirs publics, les employeurs et les syndicats des travailleurs pour qu'elles couvrent aussi les travailleurs dans le secteur non structuré ;
- élaboration par les autorités gouvernementales nationales et locales de politiques visant l'inclusion des entreprises du secteur non structuré dans le secteur structuré. Elles pourraient prévoir, entre autres, un échelonnement spécial des taxes qui encouragerait les petites entreprises ainsi que les entreprises à domicile à s'y joindre.

Plusieurs pays à revenu faible et moyen doivent œuvrer afin d'appliquer toutes les recommandations relatives aux normes de travail tout en étant conscient du fait que le secteur non structuré existe parce que le fardeau fiscal et réglementaire est une contrainte sérieuse même pour le secteur structuré. En l'absence de mécanismes de protection sociale concrets, les personnes ont besoin de gagner leur vie et sont, par conséquent, attirées par le secteur non structuré. Ce dernier

ENCADRE 7.6 : RENFORCEMENT DU CONTRÔLE GOUVERNEMENTAL DE LA SOUS-TRAITANCE

La production dans l'économie mondiale est composée d'un réseau de plus en plus complexe d'accords contractuels ou de chaînes logistiques. Les pratiques en vigueur dans les entreprises modernes, notamment dans les grandes sociétés, dépendent dans une large mesure de l'externalisation de la production des produits et des services vers d'autres firmes ou des sites lointains (même à l'échelle internationale). L'externalisation a lieu à travers une panoplie d'accords de sous-traitance, qui comprennent les services de main d'œuvre seulement et la fourniture partielle ou complète de services et de produits. La sous-traitance peut se situer à plusieurs niveaux, impliquant plusieurs étapes à suivre entre le producteur du produit ou du service et le client ultime. Les sous-traitants englobent d'autres firmes, de petites entreprises et des travailleurs indépendants. Les études entreprises internationalement ont démontré invariablement que la sous-traitance mène à la détérioration des conditions relatives à la santé et à la sécurité au travail (SST). Les risques qu'encourt la SST du fait de la sous-traitance comprennent les pressions au niveau financier pour la réduction de coûts qui sont exercées sur les sous-traitants, la désorganisation/démembrement de la gestion de la SST et l'inadéquation des contrôles règlementaires.

Le cadre légal et la réponse apportée par les pouvoirs publics et l'industrie à ces problèmes varient largement et ont été en général fragmentés et inadéquats. Les instances gouvernementales ont récemment commencé à rechercher une réglementation de la chaîne logistique afin de faire face au transfert de risques associé aux réseaux de sous-traitance complexes. La direction au sommet de la chaîne logistique exerce souvent un contrôle substantiel sur les parties engagées pour accomplir des tâches. Ce contrôle se manifeste dans la dépendance financière des sous-traitants (pour l'accomplissement d'un travail ultérieurement) et dans les conditions posées dans le cadre des accords contractuels conclus entre la firme qui a recours à l'externalisation et ses fournisseurs en vue de garantir la quantité, la qualité, le respect des délais ainsi que le prix et de déterminer les risques réglementaires. Contrairement aux lois de protection sociale, ce contrôle réglementaire privé s'étend au-delà des frontières internationales. Toutefois, les réglementations gouvernementales relatives à ces accords contractuels qui couvrent chaque étape et concentrent la responsabilité au sommet de la chaîne logistique, pourraient déterminer les conditions à respecter, dont celles concernant la santé et la sécurité au travail (SST), qui régissent le travail accompli. Un soutien international s'impose à cet égard.

En Australie, des lois comprenant des normes de travail (salaire, heures) et de la SST ainsi que des indemnités de compensation consenties aux travailleurs et les mécanismes qui en découlent (dont les codes obligatoires) pour le transfert des responsabilités légales à la tête de la chaîne logistique ont été introduites pour protéger les travailleurs à domicile dans le secteur de l'habillement ainsi que les camionneurs. Le Royaume-Uni a voté une loi, la «Gangmasters Licensing Act» qui rend obligatoire l'octroi d'une licence aux intermédiaires (appelés des gangmasters) chargés de recruter la main-d'œuvre dans les secteurs de l'agriculture, de l'horticulture et de l'industrie alimentaire.

Source: EMCONET, 2007

est opérationnel, hors de la portée des réglementations et des charges fiscales, car les capacités administratives sont souvent inadéquates pour les imposer effectivement aux dizaines voire aux centaines de milliers de micro-entreprises et d'individus qu'il comprend. Dans plusieurs pays des plus pauvres, il est aussi possible que beaucoup d'entrepreneurs du secteur non structuré aient un niveau dérisoire d'éducation et d'alphabétisation, ce qui limite leur capacité à respecter les conditions réglementaires. Aborder les questions réglementaires selon la manière décrite plus haut doit faire partie d'une approche cohérente au niveau de la politique économique et sociale qui englobe la protection sociale, l'éducation, et le renforcement du secteur public (cf. Chapitres 5, 8, 10, 11, 15 et 16 : *L'équité dès le départ ; Protection sociale tout au long de l'existence ; L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques ; Financement équitable ; Bonne gouvernance mondiale ; Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*).

Rôle des travailleurs et de la société civile pour assurer de meilleures conditions d'emploi

Les organisations ouvrières jouent un rôle central dans la protection des travailleurs du secteur non structuré et deviennent de plus en plus structurées. Par exemple, depuis 1988, les travailleurs du secteur non structuré ont été représentés au Sénégal par une fédération autonome, la Fédération Nationale des Travailleurs Ruraux et du secteur informel. Les syndicats en Equateur et au Panama ont mis en place des services pour les travailleurs ruraux et indigènes. Au Bénin et au Ghana, les fonctionnaires à plein temps sont responsables de l'économie informelle. Au Canada, les syndicats ont désigné des représentants syndicaux, hommes et des femmes, au sein du Special Project Union Representatives (SPUR) et les ont chargés d'organiser la situation des travailleurs atypiques. L'exemple des Etats-Unis (Encadré 7.7) montre comment l'action communautaire peut aider et donner de l'élan aux mesures gouvernementales. C'est surtout quand les travailleurs perdent tout pouvoir d'exercer une influence sur les employeurs et sur les questions relatives au marché que la société civile, de concert avec les syndicats, peut jouer un rôle efficace.

Améliorer les conditions de travail

Les améliorations apportées aux contrats d'emploi nécessitent un encadrement grâce à une approche plus proactive qui vise une meilleure qualité de l'emploi à travers une amélioration des conditions de travail.

La Commission recommande que :

7.5. La politique et les programmes relatifs à la santé et à la sécurité au travail (SST) touchent tous

ENCADRE 7.7 : FAIR-WEAR – ACTION DES TRAVAILLEURS ET DE LA SOCIETE CIVILE

Pendant la dernière décennie, le mouvement politique antisweatshop a été un important mouvement de contestation politique et a constitué un réseau militant à vocation transnationale. Les grandes sociétés de confection de vêtements sont les cibles vulnérables de l'activisme antisweatshop. Leur stratégie axée sur le client les a forcées à survivre dans des marchés extrêmement compétitifs. Pour réaliser des bénéfices, elles doivent concurrencer d'autres commerçants pour attirer des consommateurs de plus en plus capricieux (non fidèles à une marque particulière) à la recherche de vêtements de bonne qualité à des prix très abordables. Afin de maintenir voire d'améliorer leurs parts du marché et leurs marges de profit, ces grandes sociétés ont recours à l'externalisation de leur production vers des pays où la main d'œuvre n'est pas chère au moment où elles allouent des ressources considérables à la conception d'un logotype compétitif et à la commercialisation de leur image. Dans le contexte mal réglementé de la production en sous-traitance des vêtements, le bien-être du travailleur est en danger en raison de l'obligation qui lui est imposée de suivre un rythme de production rapide et flexible pour faire face à la demande des consommateurs avides d'articles à la mode.

Le mouvement antisweatshop a profité de l'image vulnérable et compétitive du monde des entreprises axées sur le client pour revendiquer l'amélioration des droits et de la justice sociale des travailleurs dans le secteur de la confection des vêtements. A l'affût de profits et de la promotion d'une bonne image auprès des consommateurs, les producteurs de vêtements de grande marque sont désormais forcés de résoudre les problèmes posés par les ateliers de la sueur (sweatshops).

Deux événements qui ont lieu en 1995 ont été décisifs en Amérique du Nord : l'instauration de UNITE ! (syndicat des employés du vêtement, textile et autres industries) qui est devenu aujourd'hui UNITE HERE ! (après l'adhésion du syndicat des employés des secteurs de l'hôtellerie et de la restauration) et la descente de police dans les sweatshop locaux à El Monte dans l'état de la Californie. Le syndicat UNITE ! a déclenché un nouvelle forme d'activisme syndical qui utilise le pouvoir du consommateur pour paver la voie aux efforts visant l'organisation de la situation des travailleurs. La rafle de police de El Monte visait à éveiller la conscience collective de la société civile et a fait sensation dans les médias tout en ayant des effets secondaires à long terme. Tout de suite après, le mouvement antisweatshop a pris son élan. Les groupes militants basés sur l'Internet, à l'instar de Global Exchange, ont profité de leurs talents médiatiques pour attirer l'attention du public et des médias sur les patrons célèbres des multinationales. La société civile ancienne et nouvelle s'est ralliée à la cause antisweatshop – organisations représentant des groupes d'église, des associations d'étudiants, des groupes de réflexion, des instituts de politique, des fondations, des organismes de consommateurs, des organisations internationales, des syndicats de travailleurs locaux et internationaux, des groupes axés sur le travail, des groupes spécifiques antisweatshop, des entreprises no-sweat, des investisseurs ainsi que des organisations, réseaux et groupes internationaux humanitaires et de défense de droits de l'homme. Force est de constater la coopération insolite qui s'est établie entre les syndicats et les consommateurs, telle que celle qui a eu lieu dans le cadre de la campagne Stop Sweatshop menée par le syndicat UNITE ! et la Ligue nationale des consommateurs qui a touché plus de 50 millions de consommateurs dans le monde. La campagne antisweatshop a été une réussite. Par exemple, en Indonésie, les producteurs de textiles et de chaussures exportateurs et étrangers ont augmenté les salaires de 20-25% plus tôt que d'autres producteurs.

Source: Micheletti & Stolle, 2007

PRATIQUES EQUITABLES EN MATIERE D'EMPLOI ET TRAVAIL DECENT : CHAMP D'ACTION 7.3

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

les travailleurs – des secteurs tant structuré que non structuré – et qu'ils couvrent aussi les agents stressants et les comportements associés au travail ainsi que l'exposition aux risques physiques (cf. Rec. 9.1).

Protection pour tous

Le secteur de santé a un rôle et une responsabilité pour diriger la mise au point d'une politique et d'un programme relatifs à la santé au travail dans les secteurs tant structuré que non structuré. Ils prévoiraient les actions suivantes :

- élaborer et renforcer des législations, politiques et services relatifs à la santé du travail afin d'assurer à tous les travailleurs une protection de base en matière de santé et de sécurité au travail (SST) ;
- élaborer des programmes de formation professionnelle à l'intention des travailleurs du secteur non structuré et des mouvements sociaux concernés ;
- intégrer la santé des travailleurs dans le système de soins de santé en tant que sa composante principale.

Il est nécessaire que le gouvernement national, les employés, les agences internationales et les travailleurs œuvrent pour inclure la composante SST dans les programmes de création d'emplois, les réglementations de la sous-traitance et de l'externalisation et les accords de commerce. Le contrôle de leur mise en œuvre, notamment à travers l'exécution stricte des législations et de l'inspection relatives à la santé au travail, serait un premier pas qui rendrait les politiques et les contrats d'emploi propices à la santé et à l'équité en santé au niveau international.

Portée de la santé et de la sécurité au travail (SST)

Plusieurs politiques et programmes de SST ciblent jusqu'à nouvel ordre l'exposition aux risques en milieu de travail traditionnel. Au Canada, par exemple, la Loi canadienne sur la protection de l'environnement de 1999 est la principale loi qui régit l'utilisation des substances chimiques au Canada. Quant au plan directeur des substances chimiques, annoncé en décembre 2006 et le cadre d'action actuellement en vigueur, ils visent à évaluer les risques encourus par l'homme et l'environnement sur le plan sanitaire à cause des substances chimiques nouvelles et existantes (cf. **www.chemicalsubstances.gc.ca**). Même si de telles politiques de SST demeurent d'une importance capitale, notamment dans les pays à revenu faible et moyen, les faits probants semblent indiquer qu'il est nécessaire d'en étendre la portée pour y inclure le stress professionnel et les comportements qui nuisent à la santé. L'exemple du Royaume-Uni (Encadré 7.8) montre comment les employeurs travaillant de concert avec les syndicats des travailleurs peuvent élaborer des normes relatives au milieu de travail en vertu desquelles l'environnement psychosocial devient légitimement une partie intégrante des conditions de travail.

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.

ENCADRE 7.8 : ACTION A L'ECHELLE NATIONALE POUR RESOUDRE LES PROBLEMES LIES AU STRESS PROFESSIONNEL

Le stress professionnel est l'une des principales priorités de la Commission santé et sécurité (« Health and Safety Commission », HSC) dans le cadre de la stratégie 2000 de la santé au travail au Royaume-Uni : Revitaliser la santé et la sécurité, qui s'est donné pour objectifs d'ici 2010 des réductions de 30% de l'incidence du temps de travail perdu suite aux maladies ou accidents professionnels ; de 20% de l'incidence des personnes en mauvaise santé à cause de leur travail ; et de 10% de la fréquence des accidents professionnels mortels et graves.

En 2004, le Health and Safety Executive – HSE (bureau britannique pour la santé et la sécurité) a mis en place des normes de gestion du stress professionnel. Ces normes couvrent six agents stressants en milieu de travail: demande, contrôle, soutien, relation interpersonnelle, rôle et changement. Un outil d'évaluation des risques a été mis à disposition en même temps que les normes de gestion; il comprend 35 points relatifs aux conditions de travail couvrant les six agents stressants du milieu du travail. Les normes de gestion du HSE ont adopté une approche axée sur la population pour résoudre les problèmes liés au stress en milieu de travail, et ce afin de réduire l'impact des agents stressants sur le plan organisationnel plutôt que de se limiter à identifier les employés qui souffrent, à titre individuel, d'un stress élevé. Au lieu de déterminer les critères de référence des conditions de travail acceptables sur le plan psychosocial que les employeurs doivent respecter, ces normes fixent des objectifs souhaités que les organisations peuvent tenter d'atteindre.

Les normes de gestion ne sont pas une nouvelle loi en tant que telles mais elles sont susceptibles de venir en aide aux employeurs pour qu'ils accomplissent leur devoir légal conformément aux réglementations de la gestion de la santé et de la sécurité au travail de 1999 pour évaluer les risques encourus à cause d'activités professionnelles qui sont à l'origine d'un mauvais état de santé lié au stress.

Dans le cadre de l'exécution du programme qui s'étend sur trois ans, le HSE a activement mis en œuvre, en 2006-2007, des normes de gestion dans 1 000 lieux de travail en assurant le soutien nécessaire pour entreprendre des évaluations de risque et apporter des changements tout en se basant sur les résultats de ces évaluations. Les évaluations menées sur les lieux de travail conformément aux normes de gestion ont été principalement, et jusqu'à nouvel ordre, d'ordre qualitatif, et des études de cas sur les bonnes pratiques sont disponibles sur le site du HSE (**www.hse.gov.uk/stress**). Une enquête nationale de surveillance a été menée en 2004 avant l'application des normes de gestion afin de constituer une base de référence qui servira ultérieurement pour observer l'évolution des conditions psychosociales au travail.

Source: EMCONET, 2007

CHAPITRE 8

Protection sociale tout au long de l'existence

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

Article 25(a) de la Déclaration Universelle des droits de l'homme (UN, 1948)

RAPPORT ENTRE PROTECTION SOCIALE ET SANTE

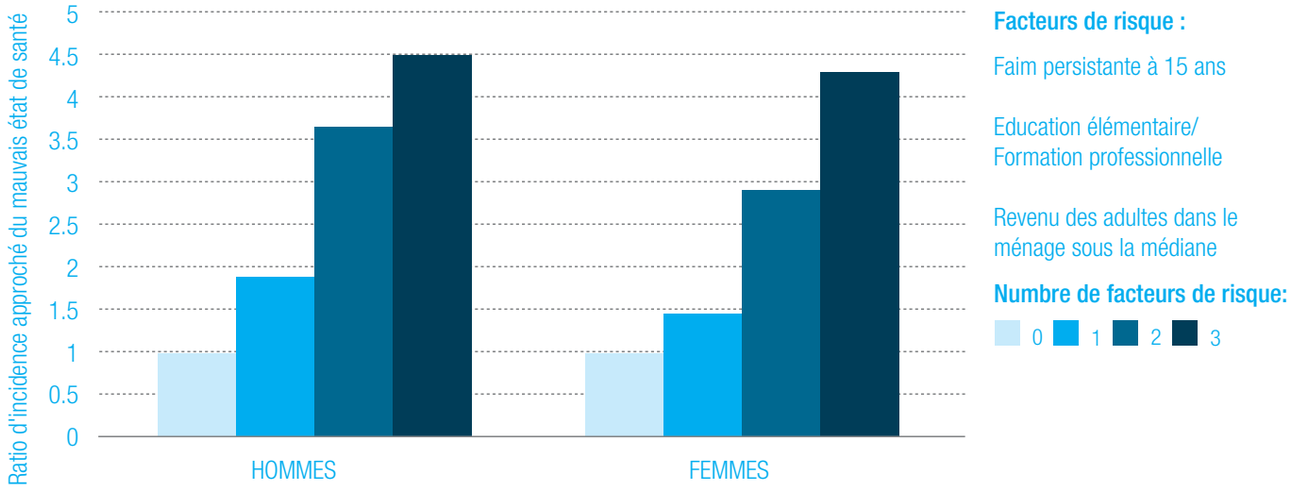
A l'échelle mondiale, quatre personnes sur cinq ne bénéficient pas de la sécurité sociale de base (ILO, 2003). L'extension de la protection sociale à tous, dans les pays et à l'échelle mondiale, sera un pas décisif vers l'instauration de l'équité en santé en l'espace d'une génération. Ce n'est pas seulement une question de justice sociale car les systèmes de protection sociale peuvent aussi aider à atteindre les objectifs de développement au lieu de dépendre de leur réalisation (McKinnon, 2007).

Les systèmes de protection sociale peuvent assurer un large éventail de services et de prestations, dont la sécurité du revenu de base, ainsi que le droit à des prestations non productives de revenus, à l'instar de la nourriture et d'autres besoins fondamentaux, et à des services tels que les soins de santé et l'éducation (Van Ginneken, 2003) et à la protection et aux prestations liées au travail telles que le congé maternité, le congé payé et la garde d'enfants. Nous nous concentrons, dans ce chapitre, sur l'aide sociale. En effet, l'aide sociale assure habituellement une protection dans des périodes de la vie au cours desquelles les individus sont les plus vulnérables (comme les enfants, quand ils ont besoin de soins, et les vieux) et suite à des événements ou accidents particuliers tels que le chômage, la maladie, l'incapacité et la perte du pourvoyeur principal du revenu familial. Le chapitre 7 (*Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*) passe en revue les prestations dans le domaine de la protection sociale et relatives à l'emploi alors que les chapitres 5 et 9 (*L'équité dès le départ ; Soins de santé universels*) examinent la fourniture de, et l'accès à, une éducation de qualité et des soins de santé.

Importance de la protection sociale tout au long de l'existence

La pauvreté et un niveau de vie bas sont des déterminants importants de la mauvaise santé et des inégalités en santé. Ils ont d'importantes retombées sur le parcours de la vie et sur le développement du jeune enfant, entre autres, et ce en raison des conditions de vie difficiles, du manque des commodités de base, de l'entourage dangereux, du stress parental et de l'absence de sécurité alimentaire. 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 (cf.

Figure 8.1 Mauvaise perception de la santé chez les plus de 50 ans et accumulation des facteurs de risques socio-économiques tout au long de l'existence chez les hommes et femmes russes en 2002.



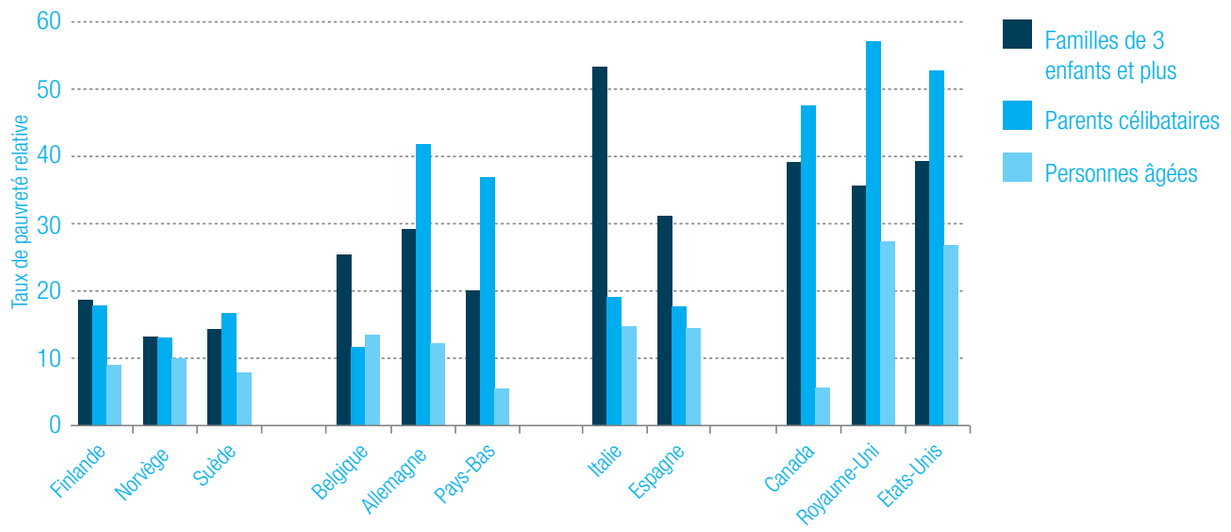
Source: Nicholson et al., 2005

Chapitre 5 : *L'équité dès le départ*). L'influence des niveaux de vie sur le parcours de la vie est visible, par exemple, dans l'impact qu'exercent les facteurs de risques socio-économiques tout au long de l'existence sur la perception de la santé chez les personnes âgées de plus de 50 ans (Fig. 8.1).

Les systèmes de protection sociale fonctionnant par redistribution ainsi que les possibilités offertes sur le marché de l'emploi permettant de gagner correctement sa vie exercent une influence sur les niveaux de pauvreté (Lundberg et al., 2007). Quoique les faits probants sur l'impact de ces systèmes ne proviennent que des pays à revenu élevé, où les données sont disponibles et les politiques mises en œuvre, il n'en demeure pas moins que les effets potentiels des politiques de protection sociale y sont perceptibles à grande échelle. Par exemple, dans les pays scandinaves, les taux de pauvreté avec impôts et transferts sont substantiellement plus bas que ceux du Canada, du Royaume-Uni et des Etats-Unis (quoiqu'ils soient similaires sans taxes et transferts) (cf. Fig. 3.2, Chapitre 3). Si l'on compare les niveaux de pauvreté dans les groupes vulnérables l'on remarque que les disparités entre les pays en termes de prévalence de la pauvreté sont encore plus prononcées. Comme le montre la figure 8.2, les taux de pauvreté relative chez les parents célibataires, les familles de 3 enfants et plus et les individus âgés de plus de 65 ans dans les pays scandinaves sont pratiquement bas. Il serait important d'insister sur le fait que la différence n'est pas simplement due à la redistribution pratiquée par l'Etat providence mais aux effets encore plus indirects du régime d'Etat providence, notamment la possibilité accordée au citoyen de mener une vie saine sur le marché du travail. Les systèmes de sécurité sociale sont vitaux ; il en est de même pour le revenu minimum suffisant pour mener une vie saine et pour garantir la protection des travailleurs (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*).

Les populations dans les pays qui offrent une protection sociale plus généreuse ont tendance à jouir d'un meilleur état de santé, du moins dans les pays à revenu élevé où les bases factuelles sont disponibles (Lundberg et al., 2007). Ainsi, des politiques familiales plus généreuses sont, par exemple, associées à un taux de mortalité infantile moindre (Fig. 8.3). De même, les pays qui offrent une plus grande couverture sociale et sont plus généreux en matière de pension de retraite, d'assurance-maladie, d'assurance-chômage et d'assurance accident de travail (toutes ensemble) ont une espérance de vie à la naissance plus élevée alors que les pays qui disposent de systèmes de pension plus généreux ont tendance à avoir un taux de mortalité sénile moindre (Lundberg et al., 2007). Cependant, les données relatives à la corrélation existante entre l'ampleur des inégalités dans les différents pays et les politiques de protection sociale demeurent rares, d'où la nécessité d'œuvrer pour rassembler des données comparables à ce sujet. Les données existantes sur les pays à revenu élevé montrent qu'au moment où les inégalités en termes de mortalité relative ne sont pas moins élevées dans les pays dotés de systèmes de protection sociale universelle plus généreuse, le taux de mortalité absolue dans les couches défavorisées semble, quant à lui, moindre (Lundberg et al., 2007).

Figure 8.2 Taux de pauvreté relative dans trois « catégories de risque social » dans 11 pays, vers 2000.



Seuil de pauvreté = 60% du revenu disponible d'équivalence médian. Echelle d'équivalence ; échelle OCDE.
Source des données : Luxembourg Income Study - LIS (Etude de Luxembourg sur le revenu).
Réimprimé avec l'autorisation des auteurs, tiré de Lundberg et al. (2007).

Protection dans la vie active

Un nombre plus important d'individus dans le monde seront protégés s'ils perçoivent un salaire décent, des protections et prestations liées au travail, dont les indemnités en cas d'incapacité, d'accident de travail et de maladie professionnelle, ainsi que le congé de maternité et les pensions de retraite (EMCONET, 2007). Cependant, une petite partie de la population active dans le monde jouit d'une telle protection. Par exemple, la plupart des travailleurs ne perçoivent aucun revenu s'ils s'absentent en cas de maladie. Les travailleurs qui souffrent d'incapacité à long terme pourraient aussi perdre des compétences essentielles et partant, faire face à des difficultés lorsqu'ils décident de rechercher du travail ultérieurement voire de poursuivre le travail pour lequel ils ont été formés. De même, les changements dans la composition de la population active, avec une proportion croissante de femmes qui travaillent souvent dans des emplois précaires et dans le secteur non structuré où elles sont privées de protection sociale, mettent en évidence l'importance de la protection sociale universelle (EMCONET, 2007;WGEKN, 2007).

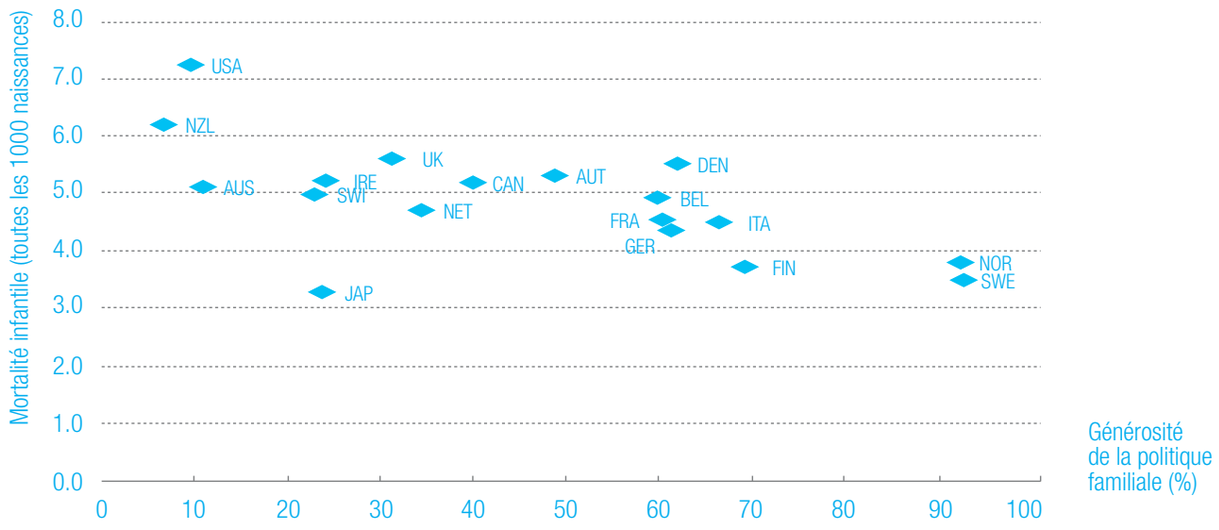
Vulnérabilité et personnes âgées

Le vieillissement de la population mondiale rend la satisfaction des besoins en matière de sécurité sociale un défi de plus en plus difficile à relever. Dans les prochaines 45 années, la population mondiale âgée de 60 ans et plus triplera. D'ici 2050, un tiers de la population européenne atteindra l'âge de 60 ans et plus (UNDESA, Population Division, 2006). Dans les pays à revenu faible et moyen, la proportion des personnes âgées évolue encore plus rapidement que dans les pays à revenu élevé. Dans ces pays, les régimes de retraite contributifs sont peu importants puisqu'une grande partie de la population travaille dans le secteur non structuré. En Afrique sub-saharienne et en Asie méridionale, moins de 19% des personnes âgées bénéficient d'un régime de retraite contributif (HelpAge International, 2006a). En parallèle, dans plusieurs de ces pays, les systèmes traditionnels de sécurité sociale deviennent de moins en moins efficaces (McKinnon, 2007). Les familles deviennent plus petites et les personnes âgées pourraient, par exemple, se retrouver sans enfant adulte encore en vie ou sans enfants désirant s'occuper d'elles ou étant en mesure de le faire, et ce en raison de la migration des zones rurales vers les zones urbaines. Les personnes âgées, notamment les grand-mères, assument souvent de lourdes tâches supplémentaires, comme par exemple, la prise en charge des enfants orphelins à cause du VIH/SIDA (McKinnon, 2007). Les femmes âgées sont souvent les plus durement touchées. Même s'il a été prouvé que les veufs sont moins capables de se prendre en charge et de gérer leur propre vie que les veuves, le nombre absolu de veufs a tendance à augmenter. La rude épreuve du veuvage se manifeste quand l'effet cumulateur de la position économique inférieure des femmes tout au long de leur existence se fait sentir. Les veuves ont tendance à être plus pauvres, accusant des taux plus élevés d'appauvrissement et de dénuement, que les veufs et que plusieurs autres couches de la population (WGEKN, 2007). A noter qu'un certain nombre de pays à revenu faible et moyen, dont ceux du continent africain, ont commencé à mettre en place des régimes de pension sociale.

Protection sociale dans un monde globalisé

Les régimes de pension sociale doivent être créés en tant que droit social pour tous les citoyens. Cependant, de plus en plus de personnes ne sont plus rattachées à un pays compte tenu de leur statut de migrants internationaux, de demandeurs d'asile ou de réfugiés. Les donateurs, les autorités locales et les organisations internationales doivent déployer des efforts concertés, sous la

Figure 8.3: 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. La mortalité infantile est exprimée en décès par 1000 naissances vivantes.
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).

houlette du Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (HCNUR), de l'Organisation internationale du travail (OIT) et de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), pour élaborer des solutions réalistes à ce problème qui s'aggrave.

La protection sociale est un moyen important pour atténuer certains effets négatifs de la mondialisation (Van Ginneken, 2003), tels que l'insécurité économique liée à la libéralisation des échanges et les chocs économiques à grande échelle (GKN, 2007; Blouin et al., 2007). Pour se soumettre aux conditions imposées pour intégrer le marché, les pays pauvres, en particulier, perdent d'importantes sources de revenus publics (GKN, 2007), ce qui met en doute l'impartialité du mode de financement mondial des ressources publiques des pays à revenu faible (cf. Chapitres 12 et 15 : *Responsabilité du marché ; Bonne gouvernance mondiale*). Même si la libéralisation des échanges et la compétition fiscale peuvent saper la capacité et/ou la volonté des instances gouvernementales de renforcer les systèmes de protection sociale universelle, ceci ne s'applique pas à l'échelle mondiale. En effet, certains pays de l'Asie orientale ont renforcé leurs politiques de protection sociale quand ils ont dû faire face à un déclin économique (Encadré 8.1). Les ressources disponibles pourraient être davantage réduites en raison de la libéralisation des échanges et de la compétition fiscale (GKN, 2007).

Il y a beaucoup à faire pour protéger les populations et les soutenir afin qu'elles soient en mesure de mener une vie prospère. Les politiques de protection sociale, notamment celles qui assurent la protection du revenu, peuvent être une source importante, voire la seule source de revenu monétaire dans beaucoup de ménages, tant dans les pays pauvres que dans les pays riches. Dans les pays pauvres, les rentrées d'argent même minimes assurées régulièrement peuvent avoir un effet positif important pour assurer le bien-être des populations et peuvent aider à combattre l'exclusion sociale (McKinnon, 2007). Il a été prouvé que la redistribution des revenus, à travers les impôts et les transferts – ces derniers étant essentiels pour assurer la protection sociale – contribue plus à résorber la pauvreté que la croissance économique seule (Paes de Barros et al., 2002; de Ferranti et al., 2004; Woodward & Simms, 2006a). Si l'insuffisance des infrastructures institutionnelles 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 (McKinnon, 2007).

ACTION VERS UNE PROTECTION SOCIALE UNIVERSELLE

La Commission recommande que :

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

Systèmes de protection sociale tout au long de l'existence

Il est essentiel pour sauvegarder la santé de la population, en général, et celle des groupes défavorisés socio-économiquement, en particulier, d'ériger des systèmes de protection sociale à portée universelle. L'universalité suppose que tous les citoyens jouissent de droits égaux au regard de la protection sociale. En d'autres termes, la protection sociale est un droit social (Marshall, 1950), et non pas une faveur accordée aux pauvres par pitié (Lundberg et al. 2007). Les approches universelles sont

ENCADRE 8.1 : RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE PROTECTION SOCIALE EN CAS DE CRISE ECONOMIQUE – LE CAS DE LA REPUBLIQUE DE COREE

Avant la crise économique, la République de Corée (Corée du Sud) disposait déjà d'un système de protection sociale qui était de loin plus avancé que celui des autres pays de l'Asie orientale. Pour faire face aux taux croissants de chômage suite à la crise économique, la Commission tripartite (entreprises – main d'œuvre – pouvoirs publics) a élaboré une loi en vertu de laquelle l'assurance-chômage couvre tous les groupes de la population active. L'adhésion à ce programme de protection des moyens d'existence (Temporary Livelihood Protection Program) offre quatre principaux avantages sociaux aux personnes qui viennent de perdre leur emploi : paiement direct en espèces (70$ US/mois), exemption des droits de scolarité et subvention des repas pour les enfants scolarisés et 50% de réduction sur les primes d'assurance médicale pour une durée de un an. Le succès de ce programme ainsi que le rôle important qu'il a joué pour amortir les effets du choc économique ont été concrétisés dans la Loi de garantie du niveau de vie (Living standards Security Act) votée en 2000. Cette loi a remplacé (voire intégré) le programme précédent et y a prévu des subventions pour la nourriture, les vêtements, le logement, l'éducation et les soins de santé, et ce par des paiements en espèces ou en nature versés aux ménages qui ne satisfont pas aux conditions de base. S'y ajoutent des prestations offertes suite à la participation aux programmes du travail tels que les travaux publics et la formation professionnelle.

Source : Blouin et al., 2007

PROTECTION SOCIALE : CHAMP D'ACTION 8.1

Elaborer et renforcer des politiques de protection sociale universelle et globale qui assurent un niveau de revenu suffisant pour garantir une vie saine pour tous.

importantes pour sauvegarder la dignité et le respect de soi de tous ceux qui ont le plus besoin de la protection sociale. Etant donné que tout le monde en bénéficie, et non pas un seul groupe qui fait l'objet d'un traitement spécial, il est possible que les systèmes de protection sociale universelle puissent consolider la cohésion sociale (Townsend, 2007) et l'inclusion sociale (SEKN, 2007), comme ils pourraient être politiquement plus acceptables. C'est en intégrant les classes moyennes grâce aux programmes universels qu'il est possible d'encourager de larges pans de la population à payer les impôts nécessaires pour soutenir les politiques universelles et généreuses (Lundberg et al. 2007). Le budget consacré à la protection sociale a tendance à être plus important, voire peut-être 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 (Korpi & Palme, 1988). Les systèmes de protection sociale universelle peuvent être financés par les impôts ou par les cotisations sociales ou par les deux à la fois.

Enfants

Les systèmes de protection sociale universelle doivent protéger tout le monde tout au long de l'existence – au stade de l'enfance, dans la vie active et à un âge avancé. Les femmes et les enfants sont souvent les moins protégés de la population. Les femmes assurent la plus grande partie du travail dans le monde et assument leur rôle de reproduction, mais dans la plupart des pays, elles travaillent jusqu'au moment de l'accouchement, sans pour autant avoir droit au congé de maternité ou aux avantages sociaux. Pour résoudre le problème de la pauvreté infantile, il est bien évidemment nécessaire de prendre des mesures fermes de protection sociale qui feront partie d'un ensemble plus large de politiques qui assurent la sauvegarde et la promotion d'un niveau de vie sain et de l'inclusion sociale de ces femmes dispensatrices de soins, y compris la protection et les droits du travail, le salaire minimum, la garde d'enfants et la possibilité de bénéficier d'un horaire flexible. L'encadré 8.2 décrit une stratégie destinée à l'éradication de la pauvreté infantile mise en place au Royaume-Uni et qui met en jeu certains de ces éléments.

Personnes en âge de travailler

La Commission insiste sur la nécessité d'assurer une protection contre toutes les répercussions financières résultant de l'incapacité de travailler et de la perte d'un emploi en assurant aux populations les moyens de mener une vie saine et prospère. Pour ce faire, les instances gouvernementales doivent, en coordination avec les employeurs, élaborer des plans pour offrir des prestations en cas de chômage, de maladie ou d'incapacité. Il faut aussi satisfaire les besoins des personnes souffrant d'incapacité et combattre toute discrimination pratiquée à leur égard par les employeurs. De plus, il faut prévoir la résolution des problèmes de santé physique et morale, y compris la toxicomanie, qui empêchent la recherche d'un emploi ou son maintien. Il faut enfin accorder aux personnes la chance de compléter leur éducation et de poursuivre leur formation tout au long de leur existence afin qu'ils restent à la hauteur des exigences en perpétuel changement du marché du travail (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). Les mesures de protection sociale destinées à ceux qui ne perçoivent pas de salaire peuvent revêtir différentes formes. Dans l'Union Européenne, par exemple, une grande partie des prestations sociales comprend des avantages censés remplacer ou compléter les rentrées que les individus ne peuvent pas obtenir sur le marché du travail pour des raisons temporaires ou plus durables. Les plans de remplacement du revenu se présentent souvent sous trois formes différentes de prestations : des prestations d'assurance-chômage (basées sur les revenus précédents), une assistance chômage et des prestations minimales garanties. Certains pays, à l'instar de l'Inde et de l'Afrique du Sud, ont élaboré des plans de garantie de l'emploi (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*).

Personnes âgées

Les pensions sociales universelles sont une composante importante de tout système de protection sociale. Elles peuvent améliorer le niveau de vie des personnes âgées. Les pensions sociales peuvent élever le statut social des personnes âgées au sein des ménages, promouvoir l'inclusion sociale et l'autonomisation et améliorer l'accès aux services. De plus, elles peuvent favoriser l'égalité entre les sexes, étant donné que les femmes ont tendance à vivre plus longtemps et ne disposent pas, souvent, de ressources matérielles ni de rentes contributives. Les systèmes de pension sociale peuvent aussi, et ce surtout dans les pays à revenu faible, améliorer le bien-être des autres membres de la famille, y compris les enfants : le revenu supplémentaire permettrait, par exemple, d'améliorer les conditions de scolarisation et d'alimentation dans le ménage qui en profite (McKinnon, 2007). Par conséquent, une pension sociale peut contribuer à rompre le cycle de transmission de la pauvreté de génération en génération. En effet, plusieurs pays à revenu faible et moyen ont déjà mis au point des plans de pension sociale (Encadré 8.3).

ENCADRE 8.2 : STRATEGIE NATIONALE POUR L'ERADICATION DE LA PAUVRETE INFANTILE AU ROYAUME-UNI DE GRANDE BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD

La stratégie nationale pour l'éradication de la pauvreté infantile, mise en place en 1997, comprend quatre moyens d'action : assurer le support financier aux familles, accorder des opportunités et offrir un soutien dans le domaine de l'emploi, affronter les difficultés matérielles par la promotion de l'inclusion financière et l'amélioration des conditions de logement et investir dans les services publics. La stratégie comprend des approches tant universelles que ciblées. Dans les dix-huit ans qui ont précédé l'accession du nouveau gouvernement travailliste au pouvoir, le nombre des enfants vivant dans des conditions de pauvreté relative au Royaume-Uni avait triplé pour atteindre le pourcentage de 43% soit 4,3 millions d'enfants – le troisième taux le plus élevé dans le monde industrialisé. La réduction du taux de pauvreté grâce à cette stratégie semble limitée, jusqu'à nouvel ordre, mais elle s'avère substantielle en termes absolus.

Source: SEKN, 2007

Elaborer, mettre en œuvre et évaluer des projets pilotes

Traiter la question de l'équité en santé dans le cadre des déterminants sociaux est un investissement à long terme. Il est impossible de s'attendre à ce que les pays à revenu faible et moyen mettent en œuvre un ensemble exhaustif de politiques de protection sociale universelle du jour au lendemain. Cependant, il est possible de développer progressivement ces systèmes en élaborant et en mettant en œuvre des projets pilotes. Plusieurs pays à revenu faible et moyen commencent à mettre en pratique les programmes de protection sociale. Ceux-là comprennent des plans de pension sociale et des programmes de transfert en espèces. Ces derniers ont été surtout mis en place en Amérique latine (Fernald, Gertler & Neufeld, 2008) et dans plusieurs pays africains (Bhorat, 2003; Schubert, 2005; UNICEF, 2007b). L'évaluation du processus et de ses effets est plutôt rarement pratiquée mais elle est décisive pour garantir le succès de toute mise en œuvre des projets pilotes à l'échelle nationale (McKinnon, 2007). Le programme Oportunidades, mis sur pied au Mexique, en est un exemple. En effet, ce programme de transfert en espèces (ciblé) a été efficacement évalué à travers des soins prodigués au hasard et par le recours à des groupes de contrôle (Encadré 8.6).

Les projets pilotes réussis peuvent être progressivement mis en œuvre à l'échelle nationale, en commençant, par exemple, par les régions les plus défavorisées. Le développement durable et la mise en œuvre de plans de protection sociale réussissent le plus quand ils sont intégrés dans les structures institutionnelles existantes (McKinnon, 2007).

Au Lesotho, par exemple, les pensions sont versées par l'intermédiaire du réseau postal qui dessert tout le pays (Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies, 2005).

Il est certain que la mise en œuvre des programmes de protection sociale à l'échelle nationale dépend de la capacité fiscale et de l'infrastructure institutionnelle. Ainsi, l'absence des infrastructures institutionnelles et de la capacité financière dans beaucoup de pays à revenu faible impose des limites strictes aux programmes visant à l'extension de la protection sociale (SEKN, 2007). Les donateurs et les organisations internationales, y compris l'OIT, ont un rôle important à jouer pour le renforcement des capacités en matière de protection sociale dans ces pays. L'instauration des systèmes de protection sociale universelle nécessitera des changements dans l'économie mondiale et dans les politiques économiques nationales, afin de permettre à tous les pays d'atteindre un niveau de développement qui rendra ce projet possible et durable à long terme (cf. Chapitres 11 et 15 : *Financement équitable ; Bonne gouvernance mondiale*).

Une fois que ces systèmes sont mis sur pied, la mise en application revêt une grande importance. Les organisations de la société civile peuvent jouer un rôle important en aidant la population à prendre conscience de leurs droits à revendiquer la protection sociale et à en tirer profit (HelpAge International, 2006a) (Encadré 8.4). Elles ont aussi un rôle important à assumer en plaçant la sécurité sociale parmi les priorités de l'agenda politique et veiller à ce qu'elle le reste et en contrôlant les progrès accomplis par les pouvoirs publics par rapport aux engagements pris en matière de protection sociale (HelpAge International, 2006a).

ENCADRE 8.3 : PENSION SOCIALE UNIVERSELLE – BOLIVIE

En Bolivie, 59% des personnes âgées vivent avec moins de 1$US par jour. Un seul versement annuel de 1800 bolivianos (217 $US) est accordé à tous les citoyens boliviens résidents de plus de 65 ans. Les bénéficiaires encaissent cette somme versée une fois annuellement en espèces auprès des banques affiliées qui se trouvent généralement dans des régions urbaines. Cette rente de retraite constitue 1,3 % du PIB. La moitié des bénéficiaires ont déclaré que cette pension sociale était leur seule source de revenu. Elle sert généralement à couvrir les dépenses du ménage, et aussi à acheter les médicaments de base. De plus, cette pension assure aux personnes âgées un capital qu'ils peuvent investir dans des activités génératrices de revenus ou au profit des plus jeunes. Cette pension n'a pas uniquement une valeur financière mais elle a aussi une valeur sociale, car elle consolide leur statut au sein de la famille.

En 2004, 77% des personnes éligibles à en profiter ont revendiqué leur droit. Cependant, cette couverture sociale est particulièrement insuffisante chez les femmes. Malheureusement, elles en ont le plus besoin. L'un des problèmes qui se pose est celui de la nécessité de produire des documents d'identification pour y souscrire au moment où 16% des personnes éligibles à ce plan de pension n'ont pas les papiers d'identité requis, et partant ne peuvent prouver leur éligibilité. Plusieurs personnes âgées dans les communautés rurales n'ont jamais détenu d'actes de naissance. HelpAge International, qui est une ONG, assure le soutien aux centres socio-juridiques à La Paz et El Alto qui aident les personnes âgées à obtenir un acte de naissance du Bureau gouvernemental d'enregistrement afin qu'elles soient en mesure de bénéficier de ladite pension.

Reproduit, avec des modifications éditoriales mineures, avec l'autorisation de HelpAge International, tiré de HelpAge International (2006a).

ENCADRE 8.4 : PROMOTION DE LA RESPONSABILISATION VIS-A-VIS DES PERSONNES AGEES ET ALLOCATION DE PENSIONS – BANGLADESH

« Au Bangladesh, le Resource Integration Centre (centre d'intégration de ressources), une ONG, a collaboré avec les personnes âgées dans 80 villages pour former des associations, qui ont élu des groupes de surveillance des droits des personnes âgées – les allocations aux personnes âgées, les allocations aux veuves et l'accès aux services de santé. Ils ont remarqué que le nombre des personnes qui bénéficiaient des droits à des prestations était nettement inférieur à celles qui étaient éligibles – moins de 1 sur 10 dans une seule région. Les associations des personnes âgées ont tenu des réunions régulières avec les autorités gouvernementales locales pour aider les gens à revendiquer leur droit à la pension ; par conséquent, le nombre des pensions allouées a quintuplé et les banques ont amélioré les procédures à suivre pour mieux servir les personnes âgées. »

Reproduit, avec l'autorisation de HelpAge International, tiré de HelpAge International (2006a).

Générosité des systèmes de protection sociale

La santé et l'équité en santé ne sont pas seulement influencées par leur degré d'universalité, mais aussi par le degré de générosité des politiques de protection sociale (Lundberg et al., 2007). Les pouvoirs publics sont encouragés à augmenter progressivement la générosité des systèmes de protection sociale jusqu'à un niveau suffisant pour garantir une vie saine. En parallèle, les salaires minimum doivent aussi être suffisants pour assurer une vie saine (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*), de telle sorte que les politiques de protection sociale et de travail se complètent.

Des méthodes permettent de calculer le coût minimum d'une vie saine. Une méthode, proposée par Morris et al. (2007) (Encadré 8.5), établit un budget standard basé sur un panier de produits de base considérés essentiels pour une vie saine. Quoique le montant nécessaire pour une vie saine dépende du contexte, une telle méthode, ou toute méthode similaire, pourrait être adaptée à tous les pays et utilisée pour déterminer les niveaux du salaire minimum et des prestations d'aide sociale.

Les pays à revenu faible disposent généralement de ressources financières limitées pour financer les programmes de protection sociale et d'une capacité restreinte pour collecter les fonds, étant donné qu'une grande partie de leur économie est informelle et/ou est dépendante de l'agriculture de subsistance. Les ressources disponibles pourraient être davantage réduites en raison de la libéralisation des échanges et la compétition fiscale (GKN, 2007). Les contraintes en matière de ressources sont souvent susceptibles de limiter la générosité des systèmes de protection sociale dans les pays à revenu faible. En effet, les avantages sociaux obtenus des plans universels existants dans les pays à revenu faible et moyen sont souvent (très) minimes (cf. Tableau 8.1). Toutefois, même si la somme allouée est insuffisante et nécessite une augmentation progressive, aussi minime soit-elle et quitte à ce qu'elle soit versée sur une base régulière, elle peut faire vraiment la différence en termes de bien-être dans les pays pauvres. (McKinnon, 2007; HelpAge International, 2006a). Les pays à revenu faible et moyen peuvent accroître progressivement la générosité de leur système afin d'atteindre un niveau suffisant pour garantir une vie saine, et ce en assurant graduellement la protection contre un ensemble plus étendu de risques, avec le concours des donateurs si nécessaire.

Ciblage

La Commission recommande que :

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

Quoique beaucoup de pays aient tendance à cibler les plus défavorisés dans leurs programmes de protection sociale, il n'en demeure pas moins que le fait d'ériger des systèmes de protection universelle est très justifiable, même dans les pays pauvres. Les approches universelles en matière de protection sociale ont tendance à être plus efficaces que les approches qui ciblent les pauvres. Le ciblage est souvent coûteux et difficile à appliquer sur le plan administratif (HelpAge International, 2006a; McKinnon, 2007); les systèmes universels requièrent moins de capacités administratives et d'infrastructures institutionnelles. Ceci revêt une importance capitale dans des contextes où une telle capacité et une telle infrastructure s'avèrent être les limites les plus contraignantes (à supposer que les donateurs contribuent aux coûts financiers voire les couvrent). Dans la plupart des pays pauvres, les fuites vers les riches coûtent moins cher que l'examen des moyens d'existence (World Bank, 1997). De plus, le ciblage ne donne pas souvent les résultats escomptés. Il pourrait, par exemple, exclure ceux qui se trouvent juste au-dessus du seuil de pauvreté (McKinnon, 2007). Parmi les problèmes qui se posent, force est de constater le faible nombre des personnes éligibles qui en tirent profit ainsi que les irrégularités dues à la complexité des systèmes administratifs nécessaires pour surveiller le respect des conditions, ce qui aboutit à des paiements irréguliers/erronés et à plus de pratiques frauduleuses (HelpAge International, 2006a; SEKN, 2007). De surcroît, l'expérience montre que la forme que revêtent les systèmes de protection sociale, qu'ils soient universels ou ciblés, a tendance a dépendre de la structure du système au départ : les pays qui commencent avec des systèmes ciblés ont tendance à suivre la même voie (Pierson, 2000; Pierson, 2001; Korpi, 2001). Pour ces raisons, il est préférable d'ériger des systèmes de protection universelle dès le départ.

Malgré ces inconvénients importants, les transferts en espèces sous conditions de ressources ou ciblés peuvent avoir des effets positifs significatifs sur la réduction de la pauvreté, le niveau de vie et les résultats obtenus en matière de santé et d'éducation. Oportunidades, le programme de transfert en espèces assorti de conditions au Mexique, par exemple, utilise une gamme de moyens de ciblage qui prend en considération la situation géographique et la situation du ménage et il a produit d'importants effets sur la santé (Encadré 8.6). Les programmes spécifiques basés sur l'examen des moyens d'existence vont souvent se poursuivre pour compléter les programmes à portée universelle (Lundberg et al., 2007). Il est conseillé de recourir au ciblage uniquement quand il faut assurer un soutien à ceux qui échappent au filet des systèmes universels (Lundberg et al., 2007; SEKN, 2007).

ENCADRE 8.5 : REVENU MINIMUM POUR UNE VIE SAINE

Le coût de la vie des célibataires indépendants de plus de 65 ans ne souffrant pas d'incapacité importante et vivant en Angleterre a fait l'objet d'une estimation. La valeur du panier des produits de base considérés essentiels pour une vie quotidienne saine a été fixée selon des preuves consensuelles. Ce panier comprend la nourriture et les activités physiques, le logement, le transport, les soins de santé et l'hygiène ainsi que les frais en relation avec les relations psychosociales/l'inclusion sociale (tels que les frais des appels téléphoniques, des journaux et des petits cadeaux offerts aux petits-enfants ou à d'autres personnes). Le coût total a été considéré comme un indicateur du revenu disponible de base qui est devenu désormais nécessaire pour jouir d'une bonne santé. Le coût minimum d'une vie saine pour cette tranche de la population a été estimé à 131,00 £/semaine (selon les prix en cours en Angleterre en avril 2007). Cette somme est de loin plus élevée que la pension publique de 87,30 £ allouée aux célibataires en avril 2000 et le crédit de pension de 119,05 £ (versé sous conditions de ressources).

Source : Morris et al., 2007

Au sein des systèmes de protection sociale universelle, les conditions posées servent souvent à stimuler certains comportements tels que l'utilisation des services de soins de santé et d'éducation. L'exemple de Oportunidades en est aussi une illustration. Des programmes de transfert en espèces sont appliqués dans plusieurs pays, dont le Brésil et la Colombie, et dans la ville à revenu élevé de New York (Office of the Mayor, 2007). Il en va de même, par exemple, des prestations en cas de chômage, d'incapacité et de maladie qui ne sont versées qu'à condition de s'inscrire à des programmes qui aident à rechercher un emploi. Ces conditions dépendent d'ailleurs de la disponibilité des emplois, en fonction du potentiel des personnes, qui assurent une sécurité à long terme grâce à un salaire qui est tout au moins suffisant pour mener une vie saine (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). Même si de tels programmes peuvent avoir des conséquences positives (sur la santé), il n'en demeure pas moins qu'il est impossible de prouver la valeur ajoutée intrinsèque de ces conditions (SEKN, 2007). En effet, un programme de transfert en espèces en Equateur a produit des effets positifs sur le développement physique, socio-émotionnel et cognitif des enfants, même en l'absence de conditions (Paxson & Schady, 2007).

Rendre les systèmes de protection sociale accessibles aux groupes exclus

La Commission recommande que :

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

Il est essentiel pour tous les pays, pauvres et riches, que les systèmes de protection sociale couvrent aussi les personnes habituellement exclues : travailleurs précaires, y compris dans le secteur non structuré, personnes effectuant un travail domestique ou gardant d'autres personnes (WGEKN, 2007). Ceci est particulièrement important pour les femmes, étant donné que les responsabilités familiales les empêchent souvent de cumuler les avantages sociaux adéquats dans le cadre des plans de protection sociale contributifs. Les systèmes de protection sociale, y compris les plans de pension, doivent être conçus de sorte à promouvoir l'égalité entre les sexes. Il est dès lors nécessaire de tenir compte des considérations d'équité entre les sexes en concevant et en réformant les systèmes de pension afin de ne pas perpétuer les inégalités entre les sexes à travers les politiques de protection sociale (WGEKN, 2007).

Assurer la couverture de tous à travers des systèmes de sécurité sociale basés sur les impôts et les aides

Dans plusieurs pays à revenu faible et moyen, la plupart des gens travaillent dans le secteur non structuré et sont généralement exclus des plans de protection sociale contributifs. Dans ces pays, les programmes de protection sociale basés sur les impôts s'avèrent de plus en plus intéressants (HelpAge International, 2007; McKinnon, 2007). Certains pays à revenu faible et moyen ont, par exemple, érigé des systèmes de pension sociale universels ou assortis de conditions de ressources (HelpAge International, 2006a) (cf. Tableau 8.1). Leur coût se situe entre 0,03 et 2% du PIB en fonction du montant du transfert et du nombre des personnes éligibles (HelpAge International, 2006a). Certains sont financés au niveau national alors que pour d'autres, le soutien des donateurs est nécessaire (à travers le soutien au budget général et/ou les programmes du secteur protégé de la protection sociale) (HelpAge International, 2006a). La mise en œuvre à grande échelle des systèmes de protection sociale sera possible pour tous les pays à condition que la protection sociale soit plus prioritaire dans les budgets publics et que l'aide officielle au développement s'accroisse (Mizunoya et al., 2006; Pal et al., 2005). Des mécanismes de financement à long terme et prévisibles sont nécessaires car l'imprévisibilité des financements des donateurs pourrait être un obstacle de taille susceptible d'entraver la création de systèmes de pension sociale

ENCADRE 8.6 : OPORTUNIDADES – TRANSFERT EN ESPECES SOUMIS A DES CONDITIONS

Le programme de transfert en espèces du Mexique Oportunidades (antérieurement Progressa) est un exemple de programme soumis à des conditions qui sert à stimuler des comportements spécifiques. Ce programme prévoit le transfert d'espèces aux familles à condition que leurs enfants âgés entre 0 et 60 mois soient vaccinés et visitent les cliniques pédiatriques où leur statut alimentaire est contrôlé. Ces enfants reçoivent des suppléments alimentaires alors que leurs parents suivent une éducation sanitaire. Les femmes enceintes bénéficient de soins prénataux et les femmes allaitantes de soins postnataux alors que les autres membres de la famille subissent des bilans de santé une fois par an (et suivent aussi en même temps une éducation sanitaire). Quant aux membres adultes de la famille, ils participent à des réunions régulières au cours desquelles les questions relatives à la santé, à l'hygiène et à la nutrition sont discutées. Une évaluation a révélé que le programme avait d'importants effets sur la santé. Les enfants nés durant la période de cette action, qui a été duré deux ans, ont connu dans les six premiers mois de leur vie 25% moins de maladies que les enfants dans le groupe de contrôle alors que les enfants âgés de 0 à 35 mois ont connu 39,5% moins de maladies que leurs semblables dans le groupe de contrôle. Les enfants du programme ont grandi en moyenne de 1 cm en plus et 25% d'entre eux couraient le risque d'être atteints d'anémie. En définitive, les effets de ce programme semblent cumulatifs, car ils augmentent tant que les enfants peuvent continuer d'en profiter.

Source: ECDKN, 2007b

PROTECTION SOCIALE : CHAMP D'ACTION 8.2

Faire profiter les personnes habituellement exclues des systèmes de protection sociale.

dans plusieurs pays pauvres (HelpAge International, 2006a) (cf. Chapitre 11: *Financement équitable*). Il est conseillé aux instances gouvernementales d'intégrer les politiques de sécurité sociale dans les stratégies visant la réduction de la pauvreté pour garantir le financement nécessaire en provenance des donateurs (HelpAge International, 2006a). Des plans déjà existants dans des pays tels que la Bolivie, le Lesotho, la Namibie et le Népal prouvent qu'il est possible d'ériger des systèmes de protection sociale de base sur les plans administratif et pratique dans les pays à revenu faible et moyen en dépit des défis évidents qu'ils doivent relever (McKinnon, 2007) (Encadré 8.7). La mise en place de tels systèmes nécessite un engagement à long terme tant à l'échelle internationale que nationale.

Le montant que les retraités perçoivent grâce à des plans pareils diffère considérablement d'un pays à l'autre ; il varie de 2 $US/mois au Bangladesh et au Népal à 140 $US/mois au Brésil. Peu de pays allouent une pension supérieure au seuil de pauvreté absolue de 1 $US/jour ; mais ceux qui le font sont plus des pays à revenu moyen que des pays à revenu faible (Tableau 8.1). Il est possible d'améliorer plus rapidement les systèmes de protection et leur générosité grâce au soutien externe (ILO, 2007b). .

Assurer la couverture de tous à travers des systèmes de sécurité sociale contributifs

Le financement basé sur les impôts n'est pas le seul moyen pour ériger des systèmes de protection sociale universelle dans des pays où le secteur non structuré est bien développé. L'encadré 8.8 décrit une initiative innovante lancée en Inde pour ériger un système de sécurité sociale contributif. Le système proposé dépend des contributions des employeurs à travers une taxe imposée à leurs entreprises, des travailleurs qui sont au-dessus du seuil de pauvreté et des instances gouvernementales.

Les systèmes de sécurité sociale universelle sont un élément essentiel des politiques qui visent à assurer une vie saine à tous tout au long de leur existence – tant dans les pays pauvres que dans les pays riches. La capacité administrative et l'infrastructure institutionnelle demeurent un obstacle de taille dans plusieurs pays pauvres. Il n'en demeure pas moins que les pays pauvres peuvent graduellement ériger de tels systèmes en lançant des projets pilotes et en accroissant progressivement la générosité du système, et ce, si nécessaire avec le concours des donateurs.

ENCADRE 8.7 : SYSTEME DE PENSION SOCIALE UNIVERSELLE AU LESOTHO

Depuis 2004, le Lesotho offrait un plan de pension sociale universelle à tous les résidents âgés de 70 ans et plus. Ce plan est financé grâce aux ressources domestiques et ses frais représentent 1,43% du PIB. Les prestations sont approximativement équivalentes au seuil de pauvreté national (environ 21 $US/mois). Les versements mensuels ont lieu à travers le réseau postal qui existe tant dans les régions rurales que dans les régions urbaines (McKinnon, 2007). L'âge d'éligibilité fixé à 70 ans et plus pour réduire les frais du programme signifie qu'un nombre limité de personnes en profite. Cependant, le gouvernement du Lesotho a l'intention de baisser la limite d'âge à 65 ans et plus, ce qui donnerait la possibilité de profiter du système à un plus grand nombre de personnes.

Source: Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies, 2005

ENCADRE 8.8 : MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE SECURITE SOCIALE CONTRIBUTIF EN INDE

Une proportion de 93% de la population active en Inde travaille dans le secteur non structuré. Ces travailleurs ne bénéficient d'aucune sécurité de l'emploi et de revenu et ne disposent pas d'un système de sécurité sociale prévu par la loi. La Self Employed Women's Association (SEWA) (Association des Femmes Indépendantes), une coopérative de 1 million de travailleuses en Inde, a mené une campagne nationale revendiquant une sécurité sociale de base pour les travailleurs du secteur non structuré. Elle a élaboré un avant-projet de loi qui accorde aux travailleurs du secteur non structuré le droit à la sécurité sociale et prévoit, au moins, une assurance, une pension et des prestations de maternité. Plusieurs syndicats nationaux se sont ralliés à cette campagne. Les instances gouvernementales nationales ont formé une commission chargée d'élaborer des lois et des politiques destinées aux travailleurs du secteur non structuré. Ladite commission a mis au point une loi qui prévoit une couverture de base – assurance de santé, assurance-vie et assurance contre les accidents, prestations de maternité et pension – aux 380 millions de travailleurs du secteur non structuré. Une fois complètement mises en œuvre, ces prestations coûteront moins de 0,5% du PIB indien. Les contributions apportées par les pouvoirs publics, par les employeurs en tant que groupe (à travers une taxe imposée à leurs entreprises) et par les travailleurs qui se trouvent au-dessus du seuil de pauvreté serviront à financer le plan de sécurité sociale proposé par la commission. Les travailleurs qui se trouvent au-dessous du seuil de pauvreté ne sont pas tenus d'apporter une contribution. Au moment de la rédaction de ce rapport, le projet de loi faisait l'objet d'une révision et il est prévu qu'il soit soumis au Parlement lors de la tenue de sa prochaine session.

Tableau 8.1 : Pensions sociales dans les pays à revenu faible et moyen

Pays	Age d'éligibilité (en années)	Universelles (U) ou sous conditions de ressources (R)	Montant versé mensuellement (US$/ monnaie locale)	% de la population âgée de 60 ans et plus	% de personnes de 60 ans et plus bénéficiant d'une pension sociale	Coût en % par rapport au PIB	Pays à revenu faible (F) et moyen (M)
Argentine	70+	M	US$ 88 273 pesos	14%	6%	0.23%	M
Bangladesh	57+	M	US$ 2 165 taka	6%	16%*	0.03%	L
Bolivie**	65+	U	US$ 18 150 bolivianos	7%	69%	1.3%	M
Botswana	65+	U	US$ 27 166 pula	5%	85%	0.4%	M
Brésil (Beneficio de Prestacao Continuada)	67+	M	US$ 140 300 reais	9%	5%	0.2%	M
Brésil (Previdencia Rural)	60+ hommes 55+ femmes	M	US$ 140 300 reais	9%	27%***	0.7%	M
Chili	65+	M	US$ 75 40 556 pesos	12%	51%	0.38%	M
Costa Rica	65+	M	US$ 26 13 800 colones	8%	20%	0.18%	M
Inde	65+	M	US$ 4 250 rupees	8%	13%	0.01%	L
Lesotho	70+	U****	US$ 21 150 loti	8%	53%	1.43%	L
Maurice	60+	U	US$ 60 1978 rupees	10%	100%	2%	M
Moldavie	62+ hommes 57+ femmes	M	US$5 63 lei	14%	12%	0.08%	L
Namibie	60+	M	US$ 28 200 dollars	5%	87%	0.8%	M
Népal	75+	U	US$ 2 150 rupees	6%	12%	inconnu	L
Afrique du Sud	65+ hommes 58+ femmes	M	US$ 109 780 rand	7%	60%	1.4%	M
Tadjikistan	63+ hommes 58+ femmes	M	US$ 4 12 somoni	5%	inconnu	inconnu	L
Thaïlande	60+	M	US$ 8 300 baht	11%	16%	0.00582%	M
Uruguay	70+	M	US$ 100 2499 pesos	17%	10%	0.62%	M
Vietnam	60+	M	US$ 6 100 000 dong	7%	2%	0.022%	L
Vietnam	90+	U	US$ 6 100 000 dong	7%	0.5%	0.0005%	L

*Pourcentage des personnes âgées de 57 ans et plus bénéficiant d'une pension sociale; **pensions payées annuellement; ***y compris les femmes de 55 ans et plus; ****pension universelle avec quelques exceptions, notamment les personnes qui bénéficient déjà d'une aide gouvernementale substantielle (environ 4% de ceux-là auraient autrement été éligibles).

Reproduit avec l'autorisation de HelpAge International, tiré de Help Age International (s.d.).

CHAPITRE 9

Soins de santé universels

"Nul ne doit être privé de l'accès à toute intervention susceptible de lui sauver la vie ou d'améliorer son état de santé pour des raisons injustes, y compris celles d'origine économique ou sociale"

Margaret Chan, Directeur général de l'OMS (Chan, 2008)

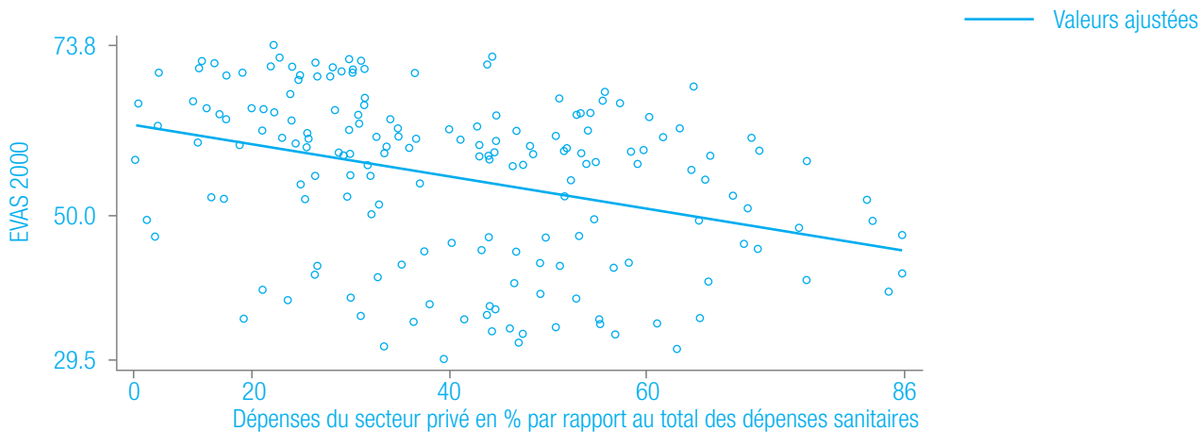
RAPPORT ENTRE SOINS DE SANTE ET EQUITE EN SANTE

Les systèmes de soins de santé [8] sont un déterminant vital de la santé. Cependant, ces systèmes, excepté ceux des pays riches industrialisés, manquent fréquemment de ressources et sont profondément inéquitables. Plus d'un demi million de femmes meurent chaque année pendant la grossesse, ou au cours de l'accouchement, ou tout de suite après, et presque toutes vivent dans des pays à revenu faible et moyen (WHO, 2005b). Le manque d'accès et le non recours aux soins de maternité sont des facteurs importants à l'origine de ce chiffre effroyable. Dans beaucoup de pays, tant pauvres que riches, les dépenses consacrées aux soins de santé peuvent mener à un appauvrissement désastreux. Aux Etats-Unis, une personne déclare faillite, toutes les 30 secondes, suite à un grave problème de santé (National Coalition on Health Care, 2008). Le système de santé doit être conçu et financé de sorte à assurer une couverture équitable universelle et disposer de ressources humaines adéquates. Les systèmes de santé doivent se baser sur le modèle des soins de santé primaires qui associe une action au niveau local sur l'ensemble des déterminants sociaux et le renforcement des soins primaires et met l'accent autant sur la prévention et la promotion de la santé que sur le traitement. Dans ces conditions, les systèmes de santé peuvent être plus bénéfiques que le traitement de la maladie quand ils existent. Ils assureraient des programmes et des services de grande qualité, intégrés, adaptés aux besoins locaux et visant à la promotion d'une santé équitable et du bien-être pour tous. Ils peuvent de même assurer une plate-forme commune de sécurité et de cohésion sociale entre les différentes sociétés et communautés.

Répartition inéquitable des soins de santé

Les soins de santé sont inégalement répartis à travers le monde. L'inégalité en termes de recours aux soins est prononcée dans les pays à revenu faible et moyen mais elle prévaut aussi dans les pays à revenu élevé. Aux Etats-Unis, il est plus probable que les minorités se retrouvent avec un cancer du sein et un cancer colorectal à un stade avancé, que les blancs. Quant aux patients appartenant aux couches socio-économiques inférieures, ils ont moins de chances de recevoir les soins nécessaires pour le diabète et sont par conséquent plus exposés au risque d'être hospitalisés à cause du diabète et des complications qui en résultent (Agency for Health Care Research and Quality, 2003). Les inégalités dans l'accès aux soins de santé dépendent d'une multitude de facteurs socio-économiques et culturels, y compris le revenu, l'appartenance ethnique, le sexe, et le lieu de résidence urbain/rural. Cette situation est inacceptable compte tenu du fait que les soins de santé sont un élément essentiel de l'aide sociale dans chaque pays.

Figure 9.1: Espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS) et dépenses du secteur privé en pourcentage par rapport au total des dépenses de santé en 2000.



Réimprimé, avec l'autorisation de Palgrave Macmillan, tiré de Koivusalo & Mackintosh (2005).

[8] C'est le système de santé qui « regroupe les interventions préventives, curatives et palliatives, qu'elles s'adressent à des individus ou à des populations» (WHR, 2000).

Le système de santé – plus que le traitement d'une maladie

Les soins de santé absorbent environ 10% du PIB mondial qui profite plus aux pays à revenu élevé qu'aux pays à revenu faible et moyen. En tant qu'employeurs, les systèmes de santé assurent des emplois à environ 59 millions de personnes (GKN, 2007). Les systèmes de santé offrent des prestations qui vont au-delà du traitement de la maladie – surtout quand ils sont intégrés dans les programmes de développement du jeune enfant (ECDKN, 2007a). Ils peuvent assurer une protection contre la maladie, conférant ainsi un sentiment de sécurité, comme ils peuvent promouvoir l'équité en santé en satisfaisant les besoins des groupes socialement désavantagés et marginalisés (HSKN, 2007). Les systèmes de santé contribuent le plus à l'amélioration de la santé et de l'équité en santé là où les institutions et les services sont organisés selon le principe de la couverture universelle (l'ensemble de la population a accès à la même gamme de services de bonne qualité selon les besoins et les préférences de chacun, indépendamment de sa capacité à pouvoir payer), et là où le système dans son ensemble est organisé selon le modèle des soins de santé primaires (y compris le modèle des soins de santé primaires qui privilégie une action locale englobant l'ensemble des déterminants sociaux et qui met l'accent sur le niveau de soins primaire, avec un bon système d'orientation vers les niveaux de soins plus spécialisés).

Réforme du secteur de santé

Cependant, les grandes tendances à l'échelle mondiale qui ont marqué les changements survenus dans les politiques sur le plan macroéconomique ont fortement influencé les réformes apportées au secteur de santé durant les dernières décennies de manière à miner de telles prestations. Ces réformes prévoient l'encouragement du paiement direct par les usagers, la rémunération liée aux performances, la séparation entre les fonctions de fournisseur de soins et d'acheteur des services, la mise en place d'un forfait qui privilégie les interventions médicales rentables aux dépens des interventions prioritaires pour l'action sur les déterminants sociaux et un rôle plus important confié aux agents du secteur privé. Ce sont les agences internationales, les agents commerciaux et les groupes médicaux tous ensemble qui ont vivement encouragé la mise en place de ces réformes qui sont de nature à renforcer leur pouvoir (Bond & Dor, 2003 ; Homedes & Ugalde, 2005 ; Lister, 2007). Par conséquent, ceci a abouti d'une part, à une commercialisation accrue des soins de santé et, d'autre part, à des études et des actions centrées sur les questions médicales et techniques qui ont entravé le développement de systèmes complets de soins de santé primaires susceptibles de réduire les inégalités dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé (Rifkin & Walt, 1986 ; Ravindran & de Pinho, 2005).

En ouvrant le secteur de santé au commerce, ces réformes ont favorisé la séparation entre les acheteurs et les fournisseurs et ont abouti à une segmentation et à une fragmentation accrues des systèmes de santé. L'augmentation des dépenses du secteur privé (par rapport à toutes les dépenses de santé) est associée à une dégradation de l'espérance de vie ajustée sur la santé (Fig. 9.1) au moment où l'augmentation des dépenses sanitaires grâce aux prestations publiques et à l'assurance sociale (par rapport au PIB) est associée à une amélioration de l'espérance de vie ajustée sur la santé (Koivusalo & Mackintosh, 2005). De plus, les dépenses consacrées par le secteur public aux soins de santé s'avèrent plus étroitement associées à des niveaux inférieurs de mortalité chez les pauvres de moins de 5 ans par rapport aux riches (Houweling et al., 2005). La Commission considère les soins de santé comme un bien commun et non comme un produit commercial.

Derrière ces réformes, se cache un revirement d'un engagement pris à assurer une couverture universelle vers une mise en valeur de la gestion individuelle des risques. Les soins de santé, au lieu d'assumer un rôle de protection, peuvent, avec de telles réformes, favoriser l'exclusion et l'appauvrissement des personnes. En effet, près de 100 millions de personnes sombrent chaque année dans la pauvreté à cause de dépenses de santé catastrophiques engagées pour couvrir les frais d'accès aux services (Xu et al., 2007).

La réification incontrôlée de la santé et la commercialisation des soins de santé sont toutes deux liées à un accroissement de la médicalisation des conditions humaines et sociétales et à une divergence totale et accrue entre la surconsommation et la sous-consommation des services de santé chez les riches et les pauvres dans le monde entier. La viabilité des systèmes de santé est au centre des préoccupations des pays à tous les niveaux de développement socio-économique. Reconnaître ce problème de viabilité dans un contexte où un appel est lancé pour assurer des soins de santé équitables est un premier pas crucial vers l'élaboration d'une politique plus rationnelle au même titre que toute action encourageant la participation du public à la conception des systèmes de santé et à la fourniture des soins. La loi des soins inversés (inverse care law) (Tudor-Hart, 1971), en vertu de laquelle les pauvres profitent radicalement moins que les plus nantis des services de santé, est visible dans chaque pays à travers le monde. Une approche basée sur les déterminants sociaux de la santé constitue une alternative pour les systèmes de santé – celle qui offre des opportunités pour atteindre une plus grande efficacité et équité.

ENCADRE 9.1: THAÏLANDE – ASSURER DES SOINS DE SANTE UNIVERSELS

Vers le début de 2002, la Thaïlande a pu assurer une couverture universelle des soins de santé qui comprend un ensemble complet de services à visée curative pour les patients externes et hospitalisés, les accidents et les urgences, les soins à prix élevé, la fourniture des médicaments en conformité avec les listes de médicaments essentiels de l'OMS, ainsi que les services personnels de prévention et de promotion de la santé, mis à part quelques exceptions minimes (p.ex. les chirurgies esthétiques, les transplantations rénales en cas d'insuffisance rénale terminale). Le plan de couverture universelle – qui s'est d'abord concentré sur le volet financier – était caractérisé par des objectifs politiques clairs, une participation définie, de fortes capacités institutionnelles et une mise en œuvre très rapide (12 mois). Le programme de la couverture universelle a été lancé par le Premier ministre après la victoire électorale de 2001 ; la mise au point de la politique a été dirigée par des fonctionnaires soutenus par des réformateurs et des chercheurs qui ont proposé des options qui établissent des liens entre la recherche et la politique. S'inspirant d'une expérience antérieure basée sur différents plans de couverture sanitaire, la nouvelle politique de couverture universelle a adopté les principes suivants :

- rejeter le modèle de couverture basé sur la rémunération à l'acte;
- adopter le système de paiement par capitation (cotisations prélevées des impôts et versées aux fournisseurs de soins de santé) ;
- mettre l'accent dans la couverture universelle sur un meilleur usage des soins primaires accompagné d'un système adéquat d'orientation vers d'autres niveaux de soins.

Source: HSKN, 2007

ACTIONS POUR DES SOINS DE SANTE UNIVERSELS

La Commission recommande que :

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

Soins de santé primaires à vocation universelle

Presque tous les pays à revenu élevé organisent leurs systèmes de santé autour du principe de la couverture universelle (tant pour le financement que pour la fourniture des soins). Cependant, ce ne sont pas les pays à revenu élevé seuls qui s'engagent à assurer une couverture universelle. La Thaïlande, par exemple, a été pionnière et a réussi son plan (Encadré 9.1).

Les soins de santé primaires (qui fournissent des soins de santé primaires visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé tout en mettant l'accent sur le niveau de soins primaire, avec un bon système d'orientation vers les niveaux de soins plus spécialisés) supposent des soins complets, intégrés et appropriés qui mettent l'accent sur la prévention des maladies et la promotion de la santé. Les données factuelles qui prouvent l'efficacité des approches basées sur les soins de santé primaires couvrent un large éventail de pays à revenu élevé, moyen et faible (Encadré 9.2).

Au Costa Rica, le renforcement des soins de santé primaires (offrant un meilleur accès aux soins et mettant en place des équipes de santé multidisciplinaires) a abouti à une réduction du taux national de mortalité infantile qui est passé de 60 pour 1000 naissances vivantes en 1970 à 19 pour 1000 en 1985. Cinq ans après l'introduction des réformes, la mortalité infantile a diminué de 13% par an alors que la mortalité chez les adultes a accusé une baisse de l'ordre de 4%, et ce, indépendamment des améliorations apportées aux autres déterminants de la santé (PAHO, 2007; Starfield, 2006; Starfield et al., 2005). Le succès des services de soins primaires a été aussi confirmé par des données factuelles provenant de l'Afrique (République démocratique du Congo ex-Zaïre, Libéria, Niger), de l'Asie (Chine, Inde (état du Kerala), Sri Lanka), et de l'Amérique latine (Brésil, Cuba) (De Maeseneer et al., 2007; Doherty & Govender, 2004; Halstead et al., 1985; Macinko et al., 2006; Starfield et al., 2005; Levine, 2004).

Soins de santé primaires – Engagement et autonomisation sur le plan communautaire

Les soins de santé primaires (SSP) mettent l'accent sur la participation de la communauté et l'autonomisation sociale,

SOINS DE SANTE UNIVERSELS : CHAMP D'ACTION 9.1

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

ENCADRE 9.2: SOINS DE SANTE PRIMAIRES, NIVEAU DE SOINS PRIMAIRE ET SANTE DE LA POPULATION

Les données factuelles, notamment celles qui concernent les pays à revenu élevé, montrent que les systèmes de santé qui sont organisés autour du niveau de soins primaire donnent de meilleurs résultats sanitaires (Starfield et al., 2005).

La santé de la population est meilleure dans les régions géographiques où se trouve un plus grand nombre de médecins en soins primaires.

Il existe une corrélation entre les spécificités du niveau de soins primaire (les soins de prévention de la maladie, par exemple) et l'amélioration de l'état de santé des individus qui profitent de ces services.

Ce dernier point montre que le niveau de soins primaire est efficace non seulement parce qu'il améliore l'accès aux soins curatifs mais aussi parce qu'il incorpore les principes de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

Source: HSKN, 2007

ENCADRE 9.3 : EXEMPLES DE STRATEGIES D'AUTONOMISATION SOCIALE

Les stratégies d'autonomisation sociale comprennent les actions suivantes :

accroître l'accès des citoyens à l'information et aux ressources et rehausser la visibilité des questions de santé ignorées auparavant (le programme radiophonique communautaire Panchayat Waves en Inde; la campagne participative de recherche et de plaidoyer destinée aux personnes atteintes du cancer du sein au Royaume-Uni ; le groupe de travail communautaire pour la santé au Zimbabwe) ;

développer la prise de conscience, l'actualisation de soi et la cohésion qui soutiennent l'action sociale (l'étude entreprise par l'Afrique du Sud sur la formation à la micro-finance et sur les actes de violence perpétrés contre les femmes pauvres par leurs proches dans les zones rurales) ;

inciter les populations à s'engager dans la définition des priorités des projets de planification (le théâtre local au Royaume-Uni a servi de lieu pour identifier les solutions de remplacement des politiques existantes par des plans locaux qui visent l'amélioration des conditions de santé).

Source: HSKN, 2007

même s'il faut faire face à un déséquilibre du pouvoir local, à des contraintes au niveau des ressources et à un soutien limité des niveaux plus élevés du système de santé (Baez & Barron, 2006; Goetz & Gaventa, 2001; Lopez et al., 2007;Vega-Romero & Torres-Tovar, 2007). Les stratégies d'autonomisation sociale peuvent accroître la prise de conscience de la société des questions relatives à la santé et aux systèmes de santé afin de renforcer les compétences en matière de santé et de mobiliser les actions en faveur de la santé (Goetz & Gaventa, 2001; Loewenson, 2003;Vega-Romero & Torres-Tovar, 2007) (Encadré 9.3).

Le projet SSP urbain au Bangladesh (Encadré 9.4) montre à quel point la sensibilisation du public aux besoins en matière de santé et le partenariat entre autorités locales et société civile sont susceptibles de soutenir une conception et une gestion efficaces des soins de santé prodigués aux communautés urbaines marginalisées.

Les pouvoirs publics peuvent agir pour promouvoir la reddition des comptes dans les systèmes de santé (Murthy, 2007) (Encadré 9.5).

Les données factuelles dans toute la documentation relative au SSP confirment l'intérêt de faire participer tous les groupes de bénéficiaires concernés dans tous les aspects de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques et des programmes. Les campagnes de plaidoyer – menées par la société civile – sont nécessaires pour accorder une attention particulière aux services qui répondent aux besoins de santé des femmes pauvres et pour leur assurer un soutien continu. Il faut prendre en considération les besoins spécifiques à chaque sexe au niveau des conditions de santé pour assurer le traitement tant aux hommes qu'aux femmes d'une manière impartiale (WGEKN, 2007;Thorson et al., 2007; Bates et al., 2004; Huxley, 2007).

Compte tenu du vieillissement démographique dans plusieurs régions, les systèmes de santé doivent s'intéresser aux personnes âgées afin de leur assurer le soutien nécessaire qui leur permet de jouir de bonnes conditions sanitaires. Il est prévu que l'espérance de vie à la naissance à l'échelle mondiale poursuive son ascension tant dans les pays développés que dans les pays en développement de telle sorte que le pourcentage de la population de plus de 65 ans passe de 7,4% en 2005 à un niveau qui se situe entre 13,7% et 19,1% en 2050 (Musgrove, 2006). Il est aussi prévu que la plus grande partie de la croissance ait lieu dans les pays les moins développés. Les données factuelles indiquent que l'incapacité, normalement due à une maladie chronique, est un important problème de santé publique pour les plus de 45 ans. Les principales causes de l'incapacité liée à l'âge sont les troubles neuropsychiatriques (compte tenu de l'augmentation de la prévalence des maladies telles que l'Alzheimer), les déficiences de la vue et de l'ouïe, l'ostéoporose, l'arthrite, le diabète et les atteintes. C'est l'action visant à la sauvegarde des déterminants nécessaires pour assurer une vieillesse en bonne santé qui constitue le cadre social auquel les services de santé doivent s'adapter (NAS Panel on Aging, 2006).

Prévention et promotion

Les soins de santé peuvent apporter plus qu'un simple traitement de la maladie quand ils sont disponibles. Les recherches ont prouvé à quel point une proportion importante du fardeau des maladies tant transmissibles que non transmissibles pourrait être allégée grâce à l'amélioration de l'action préventive (Lopez et al., 2006). Les professionnels de la santé et les médecins praticiens exercent une grande influence sur la manière selon laquelle la société perçoit les soins de santé et les assure. Ils peuvent, avec d'autres militants

ENCADRE 9.4: SOINS DE SANTE PRIMAIRES SUR LE PLAN URBAIN – BANGLADESH

Le projet SSP urbain du Bangladesh est un partenariat conclu entre les autorités municipales et la société civile dans le but d'assurer des services sanitaires aux populations vivant dans les bidonvilles. Les autorités municipales œuvrent en collaboration avec 14 ONG qui construisent des centres de santé grâce au financement de la BAD, du PNUD, du DFID, de l'ACDI et de l'UE. Les femmes et les enfants les plus démunis vivant dans ces bidonvilles bénéficient de services subventionnés de soins de santé primaires de bonne qualité et représentent 75% de tous les bénéficiaires. Les ultra-pauvres reçoivent des services gratuits. La couverture des services de soins primaires a augmenté car le nombre des bénéficaires est passé de 400 000 personnes en 2001 à 5 millions en 2004 qui ont désormais accès à 124 établissements de soins primaires.

Source: KNUS, 2007

ENCADRE 9.5: ACTION GOUVERNEMENTALE POUR UNE REDDITION DES COMPTES DANS LES SOINS DE SANTE

Les actions gouvernementales qui renforcent la reddition de comptes publics en matière de soins de santé comprennent ce qui suit :

Législation sur le droit à la santé et sur les droits des citoyens à l'information et à la participation à l'élaboration des politiques et des budgets du secteur public (cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*)

Législation sur le droit des citoyens de participer à la gestion des hôpitaux et à la fourniture des services de santé ainsi qu'à l'évaluation de la qualité des cliniques des fournisseurs et des fournisseurs eux-mêmes ; établissement de mécanismes d'auto-réglementation pour les professionnels de la santé et de protection des droits des patients ;

Renforcement de la reddition des comptes des systèmes de santé en matière d'équité entre les sexes à travers, d'une part, des centres de médiation spécialisés dans les questions sanitaires et les droits sexuels et génésiques et, d'autre part, des comités, aux niveaux national et étatique, chargés de surveiller les programmes de santé sexuelle et génésique.

Source: HSKN, 2007

Tableau 9.1 : Santé mentale – déterminants et interventions

Eléments différentiels	Determinant	Intervention
Accès différentiel aux soins de santé	Manque de services	Améliorer la disponibilité des services de santé mentale par leur intégration dans les soins de santé générale
	Services inacceptables	Veiller à ce que le personnel des services de santé mentale ait un niveau linguistique et culturel acceptable
	Obstacles économiques aux soins	Assurer des services abordables sur le plan financier
Conséquences différentielles	Conséquences financières de l'effet de la dépression sur la productivité	Soutien aux fournisseurs de soins pour protéger les ménages des conséquences financières de la dépression ; programmes de réhabilitation
	Conséquences sociales de la dépression	Campagnes anti-stigmates; promotion de réseaux familiaux et sociaux de soutien
	Conséquences financières du traitement de la dépression	Réduire les coûts
	Conséquences de la dépression sur le mode de vie	Promotion de la santé mentale, y compris la prévention de l'abus d'alcool ou d'autres drogues
Vulnérabilité différentielle	Risques sur le développement des jeunes enfants	Promouvoir les programmes de DJE
	Risques sur le développement des enfants, maladie mentale de la mère, liens fragiles mère - enfant	Interventions mères-enfants, y compris l'allaitement
	Risques sur le développement des adolescents	Programmes de prévention de la dépression ciblant les adolescents
	Risques sur le développement des personnes âgées	Programmes d'éducation et de gestion de stress; mécanismes de soutien par les pairs
	Inaccessibilité aux facilités de crédit et d'épargne	Améliorer l'accès des pauvres aux facilités de crédit et d'épargne
Exposition différentielle	Violence/crime	Programmes de prévention de la violence et du crime
	Fragmentation sociale	Promotion de programmes pour rétablir la cohésion familiale et élargir la cohésion sociale
	Désastres naturels	Programmes de soutien aux personnes en situation de traumatisme et de stress
	Prévention des atteintes	Cibler les conditions de privations multiples
	Logement inadéquat	Amélioration des conditions de logement
	Voisinage malsain	Programmes de relogement
	Chômage	Programmes d'emploi, acquisition de nouvelles compétences
Contexte socio-économique et statut	Absence de politique gouvernementale et de législation ; cadre des droits de l'homme	Renforcement de la politique relative à la santé mentale; législation et infrastructure des services
	Abus d'alcool ou d'autres drogues	Politiques relatives à la consommation de l'alcool et des drogues
	Stigmates	Programmes de promotion de la santé mentale
	Chômage	Politiques économiques afin de promouvoir la stabilité et la sécurité financières et d'assurer le financement adéquat pour une gamme de services publics (santé, services sociaux, logement)
	Insécurité financière	Politiques d'aide sociale qui assurent un réseau de sécurité financière
	Stress professionnel	Politiques de protection de l'emploi (p.ex. restrictions sur le travail par relais excessif, protection des droits des travailleurs, sécurité de l'emploi)
	Manque d'éducation	Education de base obligatoire, mesures incitatives, soutien financier

Source: PPHCKN, 2007d

dans les différents domaines politique, économique, social et culturel, témoigner tant de la nécessité éthique que de l'efficacité de n'importe quelle action qui s'attaque aux causes sociales de tout mauvais état de santé et de tout risque de s'y exposer, ainsi que de n'importe quelle action en amont de cet objectif (PPHCKN, 2007c; voir aussi le document de l'OMS : *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*). Le Priority Public Health Conditions Knowledge Network-PPHCKN (qui est un réseau de connaissances sur les conditions prioritaires de santé publique) expose, dans les publications de ses différents départements, les moyens de mieux concevoir, fournir et surveiller les programmes pour identifier les inégalités sanitaires et agir sur les déterminants sociaux de la santé. Les options proposées pour agir sur les déterminants de la santé mentale (Tableau 9.1) en sont un exemple.

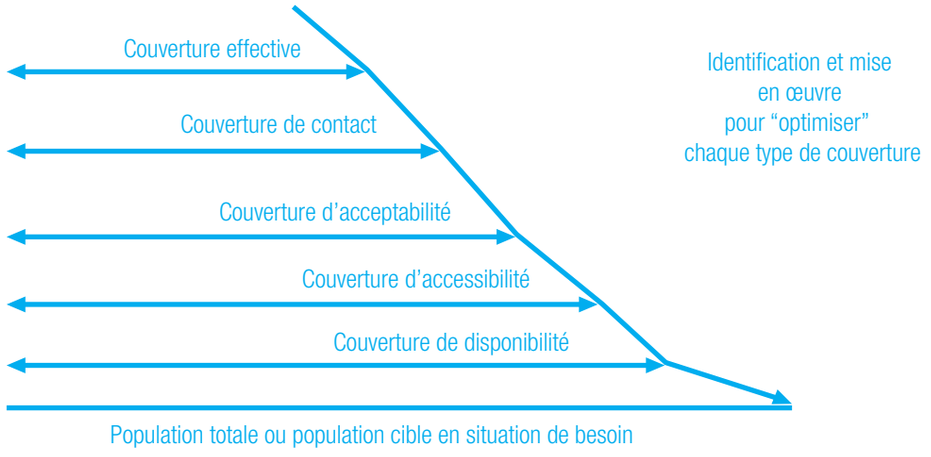
Recours aux soins de santé ciblés[9] pour instaurer une couverture universelle

La couverture n'est pas seulement une question de disponibilité de médicaments et de services. Elle suppose l'accès à des services adéquats et de qualité et leur utilisation par tous ceux qui en ont besoin. Le modèle de Tanahashi (Fig. 9.2) montre les cinq niveaux ou étapes que les individus, groupes ou populations en situation de besoin doivent traverser pour obtenir des services ou des interventions efficaces comme il montre aussi comment la proportion de ceux qui sont capables d'accéder aux soins diminue à chaque étape. Les programmes traditionnels de couverture des maladies mettent l'accent sur la couverture effective et le contact réel établi entre la population cible et le service. Le PPHCKN est en train d'identifier les points d'entrée pour franchir les obstacles, en vue d'améliorer les programmes nationaux à chaque étape (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*).

Dans les pays à revenu faible, où le financement public est limité et où les dépenses publiques sont habituellement réservées aux riches, d'aucuns considèrent que la couverture universelle ne peut être réalisée à court terme et, en tant qu'objectif politique, elle détourne l'attention du besoin urgent de mettre en œuvre d'autres moyens pour étendre la couverture des soins de santé afin d'inclure les plus démunis (Gwatkin et al., 2004). Quoiqu'il soit essentiel que tous les pays instaurent un système de santé universelle, il n'en demeure pas moins que la stratégie intéressante, à court terme, serait de veiller à ce que les groupes et les régions défavorisés bénéficient préférentiellement des services de santé. Le ciblage géographique ou spécifique à un groupe donné et l'accès universel ne sont pas des approches contradictoires. Le Brésil et la République bolivarienne du Venezuela (Encadré 9.6) montrent comment des programmes nationaux à grande échelle de soins de santé ciblés peuvent paver la voie à l'universalisation – par l'établissement et l'élargissement du droit d'accès, par la promotion de l'utilisation des services et par la canalisation des prestations, au départ, vers les groupes les plus défavorisés de la population.

Cependant, il est nécessaire de prendre des précautions en recourant au ciblage. L'expérience montre qu'il est difficile d'étendre la portée des projets à petite échelle, initialement conçus pour favoriser les pauvres, pour en faire une action à grande échelle visant à combattre les inégalités (Ranson et al., 2003; Simmons & Shiffman, 2006).

Figure 9.2: Services effectifs de la couverture universelle.



Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Tanahashi (1978).

9 Le qualificatif « ciblé » désigne des options de la politique sociale – y compris les soins de santé – dont l'objectif central est de canaliser les ressources rares des soins de santé – immédiatement ou à moyen terme – vers les groupes et les régions défavorisés, de préférence.

La Commission recommande que :

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

Financement des soins de santé – impôts et cotisations

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 (quoique la gamme des prestations varie selon les contextes) comme elle prévoit dans ses objectifs une répartition équitable des fonds versés, la protection financière (Encadré 9.7) et un accès équitable à des services acceptables.

Le financement des systèmes de santé peut revêtir plusieurs formes, en commençant par l'imposition générale pour arriver aux programmes d'assurance communautaires et aux paiements directs par l'usager tout en passant par l'assurance universelle obligatoire. Afin d'assurer l'équité en santé, la Commission prône l'adoption des méthodes de financement basées sur le prépaiement à travers l'imposition générale et/ou l'assurance universelle obligatoire (HSKN, 2007).

En Asie, les dépenses de santé publique s'avèrent procéder d'une redistribution dans 10 à 11 pays, au moment où quatre autres pays ont pu réaliser une répartition des prestations de santé favorable aux pauvres ou équitable (O'Donnell et al., 2007 ; O'Donnell et al., 2005). Dans cinq des sept pays de l'Amérique latine, les dépenses de santé publique étaient soient proportionnellement distribuées aux groupes riches et pauvres ou favorisaient les pauvres (PAHO, 2001). Même en Afrique, où les inégalités dans les dépenses de santé publique étaient inquiétantes, il s'est avéré que ces dépenses procédaient d'une redistribution dans les 30 pays étudiés (Chu et al., 2004). Les dépenses de santé publique ont en effet profité aux personnes appartenant aux catégories qui perçoivent le revenu le plus bas (Kida & Mackintosh, 2005).

ENCADRE 9.6: BRESIL – LE PROGRAMME DE SANTE FAMILIALE (PSF)

Mis en place dans les années 1990, le PSF prévoit un accès universel gratuit aux soins primaires qui ouvre la voie au système de santé unifié financé par les fonds publics. C'est dans le cadre de ce système que les équipes de santé familiale (ESF) ont été formées et ont assuré chacune la couverture de 3000 à 4000 personnes. Elles comprenaient un médecin généraliste, une infirmière, une infirmière assistante et un 'agent de la communauté' choisi par la population locale. Certaines ESF comprenaient aussi des équipes de santé orale. Le PSF a concentré ses efforts, au départ, sur les zones pauvres mais à partir de 1988, cette approche a été suivie par le gouvernement fédéral en tant que stratégie visant à apporter des changements au modèle national existant d'assistance sanitaire ; il a alors encouragé les municipalités à adopter ce programme en leur consentant un soutien financier.

En 2006, la couverture était assurée à 82 millions de personnes (46% de la population) ; la couverture ayant augmenté substantiellement dans les régions pauvres du Nord et du Nord-Est et ayant été plus importante dans les villes les plus pauvres.

Entre 1998 et 2006, le programme a créé 330 000 nouveaux emplois.

Entre 1998 et 2003, parmi les villes à l'indice de développement humain bas, celles qui bénéficiaient d'une couverture PSF élevée ont enregistré une diminution du taux de mortalité de l'ordre de 19% alors que ce taux a accusé une augmentation dans les villes où la couverture PSF était réduite.

REPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU VENEZUELA – 'BARRIO ADENTRO'

Le programme Barrio Adentro (« au centre du quartier ») vise la transformation du système de santé et sert de catalyseur aux initiatives ayant pour objectif un développement à plus grande échelle sur les plans politique, culturel et économique. Le programme a commencé avec la mise en place de centres de soins primaires gratuits dans les bidonvilles de Caracas puis a étendu ses activités en devenant une initiative d'envergure nationale assurant les soins de santé primaires à plus de 70% de la population en 2006. Au départ, le personnel de Barrio Adentro s'est fixé comme principales priorités l'analphabétisme et la malnutrition pour son action de promotion de la santé publique. En guise de réponse, les instances gouvernementales ont annoncé la mise en place de 'missions sociales' pour faire valoir les droits à la terre, à l'éducation, au logement et aux ressources culturelles, et pour promouvoir la reconnaissance des droits des indigènes.

En 2006, la couverture était assurée à 19,6 millions de personnes (73% de la population).

Entre 2003 et 2005, le taux de mortalité infantile et les maladies infantiles prévalentes ont accusé une diminution rapide au moment où les procédures d'identification et de suivi des maladies chroniques ont été améliorées.

Source: SEKN, 2007

SOINS DE SANTE UNIVERSELS : CHAMP D'ACTION 9.2

Veiller à ce que le financement du système de santé soit équitable.

Les données factuelles sur l'impact des dépenses de santé publique sur la mortalité, qui est plus prononcé chez les pauvres que chez les non-pauvres, dans les pays à revenu faible et moyen, montrent aussi la capacité des systèmes de santé procédant d'une redistribution à assurer l'équité en santé (Bidani & Ravaillon, 1997; Gupta, Verhoeven & Tiongson, 2003; Wagstaff, 2003). Par conséquent, même quand les pauvres profitent moins des subventions gouvernementales que les riches, ils peuvent en tirer relativement un plus grand profit que les groupes les plus nantis (O'Donnell et al., 2005; Wagstaff et al., 1999). Il est possible d'expliquer en partie ce phénomène par le constat qui montre que l'utilisation des soins de santé par les pauvres dépend davantage des dépenses de la santé publique que l'utilisation qu'en font les riches (Houweling, 2005). Il est évident que le renforcement des soins de santé basés sur les régimes d'imposition progressive est tributaire de la capacité à obtenir des revenus domestiques adéquats (et/ou une aide internationale appropriée) (cf. Chapitre 11 : *Financement équitable*).

Quand la capacité d'imposition et/ou les sources d'impôts existantes sont déficientes, il est possible de recourir à une autre option de prépaiement qui prend la forme d'un programme national d'assurance maladie obligatoire. Cependant, et plus particulièrement dans les pays à revenu faible, un tel financement peut être excessivement dépendant de fonds externes, du moins au départ, compromettant ainsi sa viabilité à long terme. L'exemple du Ghana (Encadré 9.9) montre des signes de dépendance tout en démontrant aussi la possibilité de mener une action audacieuse en vue d'instaurer le prépaiement universel.

Les programmes d'assurance à plus petite échelle pourraient être utiles afin d'accroître les services de santé dans les communautés et les ménages très pauvres. Cependant, le nombre réduit des bénéficiaires et la possibilité de fragmentation en raison de la multiplication des programmes pourraient négativement affecter l'équité en santé. Un partage des risques renforcé est associé à une meilleure espérance de vie à la naissance et à des taux de survie plus équitables chez les enfants (HSKN, 2007). L'étude de cas thaïlandaise (Encadré 9.10, Fig. 9.3) montre comment la couverture financière s'est étendue aux groupes à revenu inférieur à travers le programme de couverture universelle financé par des fonds publics, qui, au départ, complétait d'autres programmes d'assurance maladie, tout en offrant la possibilité de recueillir des fonds provenant de différents programmes à travers l'agence nationale d'assurance.

ENCADRE 9.7: EQUITE ET PROTECTION

Les mesures liées au financement de la couverture universelle visent essentiellement à assurer à tous une couverture des frais encourus en raison d'un mauvais état de santé. Dans les pays à revenu faible et moyen, le financement de la couverture universelle suppose essentiellement la réduction des montants souvent très élevés payés directement par l'usager pour couvrir les soins de santé et l'augmentation substantielle de la part des impôts et/ou de l'assurance maladie contributive. Les conséquences de tels changements dépendent pour celui qui paye et celui qui en profite de(s) la source(s) de financement, de la portée des mesures afférentes à la mutualisation des risques, des modes d'acquisition des services et des déterminants qui président à leur utilisation, y compris l'effet de tout mécanisme ciblant les prestations accordées à des groupes spécifiques.

Source: HSKN, 2007

ENCADRE 9.8: FINANCEMENT PROGRESSIF DES SOINS DE SANTE – DONNEES FACTUELLES DES PAYS A REVENU MOYEN

Les zones, où l'imposition générale constitue la plus grande partie du financement (p.ex. Hong Kong SAR, le Sri Lanka et la Thaïlande), semblent bénéficier d'un modèle plus progressif pour le financement du secteur de santé que celles qui sont plus dépendantes d'un financement basé sur une assurance sociale maladie obligatoire (p. ex. la Corée).

Source: HSKN, 2007

ENCADRE 9.9: ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU GHANA

Au moment où un nombre croissant de pays africains envisagent ou sont sur le point d'introduire une assurance maladie obligatoire, le gouvernement ghanéen a entrepris une action dans ce sens qualifiée comme étant la plus audacieuse en Afrique jusqu'à nouvel ordre. Les instances gouvernementales se sont engagées clairement à mettre en place une couverture universelle grâce à l'assurance maladie nationale (National Health Insurance – NHI). Elles ont toutefois reconnu que cette couverture sera élargie progressivement afin d'atteindre 60% des résidents du Ghana dans les 10 ans qui suivent le lancement de l'assurance maladie obligatoire. Fidèle à une longue tradition ghanéenne de plans d'assurance maladie communautaires, le programme NHI du Ghana couvrait explicitement dès le début les secteurs tant structuré que non structuré. Par ailleurs, quoique les sources de financement soient différentes pour les secteurs structuré et non structuré, elles font partie d'un seul programme unifié. A noter que le programme ghanéen d'assurance maladie connaît des graves difficultés financières car il dépend du soutien apporté par des fonds externes.

Source: HSKN, 2007

Malgré l'intérêt porté récemment à l'assurance sociale maladie (Encadré 9.11), le financement basé sur le régime d'imposition progressif offre des avantages particuliers (Mills, 2007;Wagstaff, 2007). Le Canada, la Suède et le Royaume-Uni servent d'exemples de régimes d'imposition. Dans certains cas, où il y a baisse de l'emploi, il pourrait être difficile d'étendre l'assurance obligatoire. De plus, même dans les systèmes d'assurance, le financement par imposition doit être utilisé complètement ou partiellement pour subventionner les frais des soins prodigués aux groupes difficilement accessibles à travers l'assurance, tels que les travailleurs du secteur non structuré ou ceux travaillant à leur propre compte.

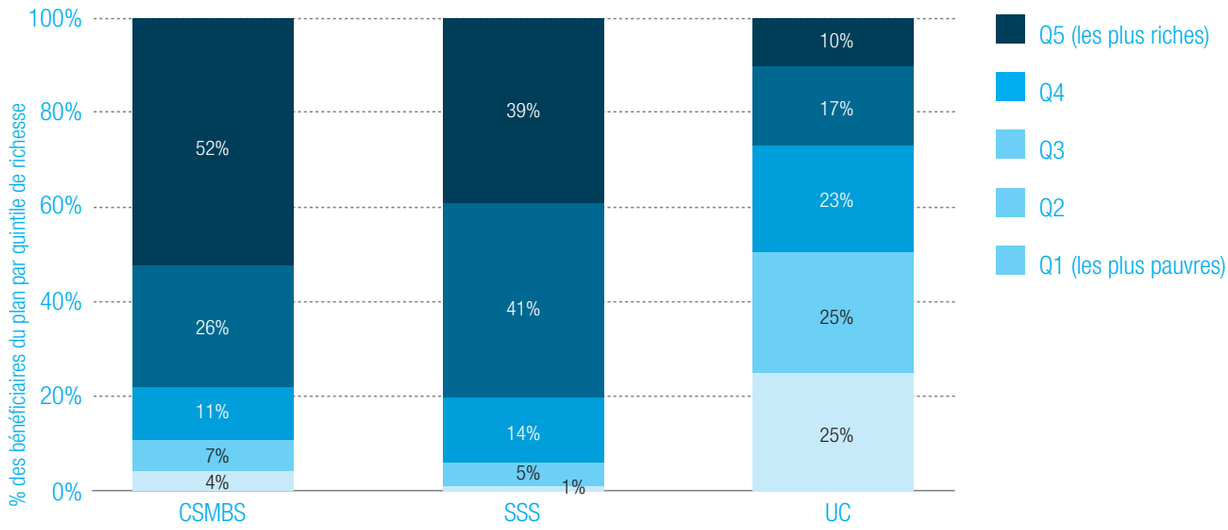
Les programmes d'assurance communautaires ont joué un rôle important dans l'évolution de la couverture universelle en Europe et au Japon (Ogawa et al., 2003), ainsi qu'en Thaïlande, et ils sont actuellement en plein essor en Chine et dans certains pays africains (Carrin et al., 2005) et à économie en transition (Balabanova, 2007). Quoique de tels programmes puissent offrir une protection financière à certains pauvres, les données factuelles transnationales montrent qu'une couverture limitée, une exclusion fréquente des plus pauvres parmi les pauvres et les faibles capacités peuvent limiter leur impact sur l'équité et compromettre leur viabilité (Lagarde & Palmer, 2006; Mills, 2007). Il a été démontré que les plans de micro-assurance maladie font face aux mêmes problèmes car, bien qu'ils puissent offrir des possibilités immédiates d'étendre la portée de la couverture pour y inclure ceux qui sont normalement incapables de bénéficier d'une assurance plus formelle, ils doivent être dûment réglementés et surveillés (Siegel et al., 2001). Il est de même difficile que les programmes d'assurance séparés assurent une large couverture à la population cible (Mills, 2007). Par conséquent, les plans d'assurance santé communautaire ou de type micro doivent être mis en œuvre avec précaution et des efforts doivent être déployés pour en assurer l'accès aux groupes socialement désavantagés.

ENCADRE 9.10: THAILANDE – SOINS DE SANTE UNIVERSELS FINANCES PAR LES IMPOTS

Au cours du processus de mise en place des réformes du système de santé en Thaïlande, un modèle de couverture universelle a été instauré à partir de plans d'assurance maladie préexistants, y compris le Plan de prestations médicales financé par les fonds publics (Civil Service Medical Benefits Scheme – CSMBS) et le Plan de sécurité sociale (Social Security Scheme - SSS). Le régime d'imposition directe a été adopté pour le financement pour des raisons pragmatiques – favoriser une mise en œuvre rapide. Ce modèle de financement a été depuis lors jugé équitable par rapport à l'assurance sociale et d'autres plans à type contributif. Les données factuelles de l'enquête « Santé et Protection Sociale » dirigée par le Bureau national de statistiques montrent que, par rapport aux plans CSMBS et SSS, le plan de couverture universelle a assuré plus de prestations aux pauvres. En effet, au moment où 52% des bénéficiaires du CSMBS appartenaient au quintile des plus riches, 50% des bénéficiaires du plan de couverture universelle font partie des deux quintiles les plus pauvres. Ce plan a eu pour résultat la réduction de l'incidence des dépenses de santé catastrophiques de 5,4% à 2,8-3,3%.

Source: HSKN, 2007

Figure 9.3 Extension des prestations aux pauvres grâce au plan de couverture universel.



CSMBS = Plan de prestations médicales financé par les fonds publics; SSS = Plan de sécurité sociale; UC = Plan de couverture universelle; Q = quintile de richesse.
Source: HSKN, 2007

Dans certaines circonstances, les usagers des soins de santé, tant dans les pays riches que dans les pays pauvres, payent directement les frais des services reçus. Dans les situations où ce mode de paiement direct n'exacerbe pas les inégalités, il pourrait contribuer au financement des soins de santé. Cependant, quand les frais payés par l'usager ont un impact négatif sur les inégalités sociales, ou sur l'équité de l'accès aux soins de santé, de leur utilisation et/ou de leurs prestations, ils doivent être annulés. Les analyses systématiques des données factuelles disponibles montrent clairement que l'introduction de la politique de paiement direct par l'usager dans les pays à revenu faible ou moyen s'est traduite par une diminution de l'utilisation des soins (Lagarde & Palmer, 2006; Palmer et al., 2004) (Encadré 9.12). Les paiements directs par l'usager causent des inégalités au niveau de l'utilisation des services et appauvrissent les femmes ainsi que les groupes socialement marginalisés et percevant le revenu le plus faible (Encadré 9.13).

La Commission recommande que :

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

Les professionnels de la santé sont souvent inégalement répartis géographiquement dans les pays, ce qui affecte l'équité des services de santé. Une répartition plus équitable du personnel de la santé nécessiterait des mesures à l'échelle nationale pour améliorer la disponibilité des ressources humaines en général ainsi qu'une mise en œuvre à caractère différentiel dans les différentes zones géographiques pour satisfaire les besoins des régions mal desservies.

ENCADRE 9.11: ASSURANCE SOCIALE MALADIE

Le concept d'assurance sociale maladie (ASM) est profondément enraciné dans les systèmes de santé de l'Europe de l'Ouest. L'ASM en assure l'organisation et la plus grande partie du financement dans sept pays – Autriche, Belgique, France, Allemagne, Luxembourg, Pays-Bas et Suisse. Depuis 1995, l'ASM est devenue la base juridique pour l'organisation des services sanitaires en Israël. Auparavant, les ASM jouaient un rôle prépondérant dans plusieurs autres pays qui ont opté ultérieurement, dans la seconde moitié du vingtième siècle, pour des régimes basés principalement sur les impôts – au Danemark (1973), en Italie (1978), au Portugal (1979), en Grèce (1983) et en Espagne (1986).

De plus, certaines tranches du financement des soins de santé basés sur l'ASM sont toujours en vigueur dans les pays qui adoptent principalement le régime d'imposition comme la Finlande, la Suède, et le Royaume-Uni, ainsi que la Grèce et le Portugal. Par ailleurs, un nombre considérable de pays de l'Europe centrale et de l'Europe de l'Est ont adopté des modèles adaptés d'ASM – dont la Hongrie (1989), la Lituanie (1991), la République tchèque (1992), l'Estonie (1992), la Lettonie (1994), la Slovaquie (1994), et la Pologne (1999).

Modifié, avec la permission de l'éditeur, tiré de Saltman et al. (2004).

ENCADRE 9.12: OUGANDA – IMPOSITION ET ABOLITION DES FRAIS PAYES PAR L'USAGER

L'Ouganda a introduit le régime de paiement direct par les usagers sur une base universelle en 1993. Malgré le fait que les revenus générés étaient minimes (moins de 5% des dépenses en général), ils constituaient une importante source de financement pour compléter les salaires des professionnels de la santé et assurer l'entretien des installations et l'achat de médicaments supplémentaires. Cependant, l'utilisation des services de santé a connu un déclin dramatique inquiétant compte tenu de l'effet d'une telle chute sur les pauvres. Les paiements directs par l'usager dans les établissements du secteur public ont été abolis en mars 2001, sans pour autant que cette abolition ne s'applique aux services privés. L'utilisation des services de santé a alors enregistré une augmentation immédiate et spectaculaire.

Ce sont les pauvres qui ont profité tout particulièrement de cette annulation. L'utilisation des services de santé (pourcentage des personnes ayant eu recours aux soins des professionnels) a augmenté en passant de 58% à 70% dans le quintile des plus pauvres et de 80% à 85% dans le quintile des plus riches. Quant à la couverture vaccinale nationale elle a augmenté en passant de 41% en 1999/2000 à 84% en 2002/3. Ceci n'aurait pas été possible sans le soutien financier substantiel des pouvoirs publics. Il est aussi nécessaire de prendre en considération les autres dépenses, telles que les frais des médicaments et de transport, et la suppression des paiements officieux.

Source: HSKN, 2007

Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 (WHO, 2006) a conclu que les moyens d'action - qui semblent les mieux à même d'accroître la disponibilité du personnel existant- sont ceux qui ont trait aux salaires et aux mécanismes de rémunération, qui visent à fournir le matériel nécessaire pour faire le travail requis et qui laissent une certaine marge d'indépendance et de flexibilité pour la gestion des tâches à accomplir. L'expérience en Afrique de l'Est et en Afrique australe montre aussi que les incitations non financières (p.ex. la formation, l'aide sociale, les perspectives de carrière, le soutien et l'encadrement) peuvent jouer un rôle considérable en motivant les professionnels de la santé à choisir entre travailler et assurer des services à un niveau particulier du système ou bénéficier d'un avancement, comme elles pourraient avoir un effet plus durable dans des circonstances d'inflation élevée et d'instabilité économique (Caffery & Frelick, 2006 ; Dambisya et al., 2005) (Encadré 9.14).

Les ressources humaines, tant dans le secteur structuré que dans le secteur non structuré, font partie intégrante des systèmes de santé. La majorité du personnel de santé sont des femmes dont la contribution aux systèmes de santé formel et informel est significative mais demeure sous-estimée et méconnue. Cet état de fait est partiellement dû à l'absence de données désagrégées selon le sexe, propres au secteur de la santé (WGEKN, 2007).

Les femmes qui assurent des services sanitaires informels et auxiliaires doivent être fortement soutenues par le système de santé et entretenir d'étroites relations avec les niveaux les plus élevés de soins.

Dans tout le système de santé, les personnels de santé constituent un groupe de pression puissant qui favorise une meilleure intégration des soins de santé et des déterminants sociaux de la santé. Les travailleurs de santé communautaire, qui sont loin d'être la « solution miracle » pour les systèmes de santé, offrent un nombre important d'avantages potentiels qui favorisent la viabilité et le développement des ressources humaines dans le secteur de la santé. En effet, dans la plupart des cas, la formation de ces travailleurs de santé communautaire nécessite moins d'argent et de temps; leurs prestations dans les services de santé locaux ont une valeur significative et ils sont moins exposés au risque d'exode des compétences à l'étranger. De plus, en ce qui concerne les conditions de recrutement, ils sont souvent plus disposés à occuper des postes dans les zones rurales (ou ils en sont issus effectivement) comme ils sont souvent plus familiarisés avec les normes, les traditions et les besoins en matière de santé des communautés au service desquelles ils travaillent (Canadian Health Services Research Foundation, 2007).

ENCADRE 9.13: DEPENSES DIRECTES ET EQUITE EN SANTE

Les paiements directs versés par les patients au moment de la prestation des services ont une influence négative sur les conditions d'accès aux soins.

En Asie, les dépenses pour les soins de santé ont propulsé 2,7 % de la population totale de 11 pays à revenu faible et moyen au-dessous du seuil d'extrême pauvreté de 1$ US/ jour.

Une étude entreprise à travers l'Afrique sub-saharienne a révélé que « plus le quintile est pauvre, plus le taux d'usage des installations privées [pour traiter les infections respiratoires aiguës (IRA)] est élevé, plus le taux des personnes traitées pour l'IRA est bas, plus le taux d'enfants privés totalement d'immunisation est élevé et le taux de mortalité infantile atteint alors son pire niveau. »

Aux Etats-Unis, la contribution moyenne des employés à l'assurance-maladie offerte par la compagnie a augmenté de l'ordre de 143% en 2000. Quant à la moyenne des dépenses directes, des participations aux coûts des médicaments et des frais de co-assurance pour les consultations de médecins et les visites à l'hôpital, elle a augmenté de l'ordre de 115% au cours de la même période.

La moyenne des dettes médicales directes contractées par ceux qui ont fait faillite aux Etats-Unis était de 12000 $US ; 68% des personnes en faillite avaient contracté une assurance-maladie et 50% de toutes les faillites étaient partiellement causées par les dépenses médicales (http://www.nchc.org/facts/cost.shtml).

Source: HSKN, 2007

ENCADRE 9.14: JUGULER LA FUITE INTERNE DES CERVEAUX EN THAILANDE

La fuite interne des cerveaux en Thaïlande a pu être jugulée grâce :

aux mesures incitatives à la fois financières et non financières pour encourager le travail dans les zones rurales : changement du statut du médecin qui de simple fonctionnaire devient un employé contractuel du secteur public, dispose d'un logement et bénéficie d'une reconnaissance ;

au soutien assuré dans le cadre d'un programme de plus grande envergure de développement rural durable.

La disponibilité différentielle des médecins entre la région rurale du Nord-Est et la capitale Bangkok a chuté de 21 en 1979 à 8,6 en 1986.

Source: HSKN, 2007

SOINS DE SANTE UNIVERSELS : CHAMP D'ACTION 9.3

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

Aide aux personnels de santé

Les augmentations qui vont être apportées aux aides et à l'allègement de la dette sont censées contribuer au renforcement des systèmes de santé ainsi qu'au financement des charges récurrentes comme le recrutement et la formation des ressources humaines. Cependant, ce n'est toujours le cas. Les pays qui présentent une demande d'allègement de leurs dettes dans le cadre de l'initiative en faveur des Pays pauvres très endettés (PPTE) doivent élaborer un document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) - un plan de développement national – qui est l'une des conditions à remplir pour être qualifié. Chaque DSRP (qui ouvre plus généralement la voie aux flux d'aides destinés à un bénéficiaire donné) s'inscrit dans un cadre plus restreint, celui d'un plan de contrôle des dépenses à délai d'exécution limitée – le cadre de dépenses à moyen terme (MTEF). Quoique ce cadre n'impose pas explicitement une limite budgétaire aux charges récurrentes à l'instar de celles relatives au recrutement et aux salaires destinés aux personnels de santé dont ces pays ont tant besoin, il semble cependant qu'il décourage de telles dépenses, menant à un sous-investissement dans les ressources humaines qui sont pourtant essentielles pour les systèmes de santé (Encadré 9.15).

Les initiatives mondiales pour la santé (GHI) – telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), Halte à la tuberculose (Stop TB), l'initiative « Roll Back Malaria » (en français « Faire reculer le paludisme »), et le programme multi-pays sur le SIDA (MAP) – ont apporté de nouvelles ressources considérables pour le développement et la santé à l'échelle internationale. Cependant, il y aurait un risque que de nouvelles lignes de financement substantielles circulant parallèlement au budget national ne viennent fausser les priorités nationales au niveau des dépenses à engager et des actions à entreprendre (Encadré 9.16). De même, ces initiatives mondiales de santé – offrant souvent des salaires plus élevés que ceux du secteur public – pourraient alors attirer les personnels de santé en les arrachant aux systèmes de santé, ce qui est de nature à aggraver le problème de manque de personnel.

La Commission recommande que :

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

Il est nécessaire que le nombre des professionnels de santé qualifiés soit suffisant à l'échelle locale pour étendre la couverture sociale, améliorer la qualité des soins et instaurer des partenariats réussis avec la communauté et d'autres secteurs (Kurowski et al., 2007). Cependant, dans maintes régions du monde, les salaires bas ainsi que l'absence d'infrastructures et les mauvaises conditions de travail poussent les ressources humaines qualifiées et expérimentées à émigrer (GKN, 2007). Certains pays à revenu élevé recrutent activement des médecins et du personnel infirmier en Afrique et en Asie. Une action à l'échelle internationale peut aider à redresser cette situation (Encadré 9.17).

ENCADRE 9.15: ALLEGEMENT DE LA DETTE, REDUCTION DE LA PAUVRETE ET SALAIRES DES PERSONNELS DE SANTE

La finalisation d'un cadre de dépenses à moyen terme (MTEF) fait partie du processus d'approbation de plusieurs DSRP (il est une condition dans tout accord ou allègement de la dette dans le cadre de l'initiative en faveur des PPTE). Les MTEF sont élaborés suite à des négociations engagées entre les ministères des Finances et le FMI, et donnent la priorité aux actions qui visent à diminuer au maximum les taux d'inflation, pour éviter tout déficit financier, plutôt qu'aux actions qui ont pour but de lutter contre la pauvreté ou de satisfaire des besoins sanitaires. Ce processus restreint le volume du budget total alors que la priorité tend à être accordée dans le budget aux dépenses obligatoires, comme le remboursement des dettes, limitant ainsi les budgets alloués aux différents secteurs. Une étude entreprise dans quatre pays africains a révélé que les ministres de la Santé ont de la difficulté à exercer leur influence sur le processus d'élaboration du budget. Quoique le FMI précise que des plafonds ne sont pas imposés aux charges récurrentes, telles que la masse salariale du secteur de la santé, il a été prouvé en pratique que le processus MTEF avait un effet suppresseur sur les allocations budgétaires destinées aux investissements consacrés au personnel de santé.

Source: GKN, 2007

ENCADRE 9.16: INITIATIVES MONDIALES POUR LA SANTE

Au moment où les initiatives mondiales pour la santé ont rapporté de nouveaux fonds aux systèmes de santé dans les pays à revenu faible et moyen (8,9 milliards de dollars en 2006 pour la lutte contre le HIV/SIDA seulement), il y a lieu de s'inquiéter du potentiel de ces programmes gérés verticalement à dérégler la manière selon laquelle la population gère les systèmes de santé et à exacerber les inégalités sanitaires. Etant donné que les initiatives mondiales pour la santé assurent, d'après les estimations, 90% du total de l'aide au développement pour la santé, elles jouent désormais un rôle important dans l'élaboration des politiques mondiales de santé. Toutes les initiatives mondiales pour la santé sont tenues de planifier, de financer et de s'occuper de l'impact exercé sur les systèmes de santé tout en portant un intérêt particulier à l'exode possible des personnels de santé à l'échelle tant locale que nationale.

Source: HSKN, 2007

Les systèmes de santé sont un important déterminant social de la santé. Il est vital de porter un intérêt particulier au niveau de soins primaire et de mener une action de plus grande envergure afin d'instaurer des soins de santé primaires à l'intérieur du système de santé tout en encourageant l'engagement de la communauté à évaluer les besoins. Il est aussi nécessaire, à l'intérieur des pays, d'allouer plus de fonds aux soins de santé dans presque toutes les structures concevables – les besoins étant les plus pressants dans les pays à revenu faible. Il est toutefois encore plus important d'assurer des modes de financement équitables, d'annuler tous les frais à payer directement qui sont de nature à dissuader tout usager potentiel ou à l'empêcher d'avoir accès et de tirer profit équitablement des soins de santé. Ceci implique le recours du secteur public, accessoirement, aux méthodes de pré-paiement dans le cadre de projets à plus petite échelle. Pour assurer un nombre suffisant de professionnels de la santé, il est non seulement nécessaire d'engager des investissements pour leur recrutement et leur formation – dont une meilleure formation et sensibilisation aux questions de déterminants sociaux de la santé au sein des programmes d'enseignement dans les domaines de la médecine et de la santé – mais il faut aussi agir pour arrêter l'hémorragie massive du personnel résultant de l'émigration des professionnels de la santé des pays à revenu faible et de certains pays à revenu moyen.

ENCADRE 9.17: OPTIONS POLITIQUES POUR METTRE UN TERME A LA FUITE DES CERVEAUX DES PERSONNELS DE SANTE

Certaines options politiques existent pour lutter contre – voire pour juguler – la fuite des cerveaux des personnels de santé des pays les plus pauvres. Elles comprennent :

programmes de retour de migrants (coûteux et en grande partie inefficaces) ;

restrictions face à l'émigration (faibles, retardant souvent la migration) ou l'immigration (succès modestes, quoique critiquées pour avoir ciblé les professionnels de la santé plutôt que les autres migrants) ;

accords bi/multilatéraux pour gérer les flux migratoires entre les pays d'émigration et les pays d'accueil (succès relatif) ;

renforcement des capacités des ressources humaines locales dans le secteur de la santé des pays d'émigration (option très appréciée dans la documentation mais discutable pour les pays d'émigration dans le contexte des marchés mondiaux) ;

restitution (y compris le flux dans les deux sens des personnels de santé et une plus grande contribution des pays d'accueil à revenu élevé aux systèmes de santé et aux systèmes de formation dans le secteur de la santé des pays d'émigration à revenu faible).

Il y a une préférence pour les accords bilatéraux et la restitution qui s'avèrent être des options politiques prometteuses.

Source: GKN, 2007

LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS DANS LA RÉPARTITION DU POUVOIR, DE L'ARGENT ET DES RESSOURCES

Le deuxième des trois principes d'action de la Commission est de :

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.

Que certains individus vivent dans l'abondance alors que d'autres se suffisent de peu ; que certains puissent mener une vie aisée pendant longtemps alors que d'autres ont droit à une vie courte voire souvent cruelle – et que ces différences soient perceptibles tant à l'échelle mondiale qu'à l'intérieur même des pays – n'est en aucun cas un phénomène naturel. Il n'est pas non plus un fait du hasard. L'inégalité dans les conditions de vie quotidienne 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.

Les chapitres suivants exposent les aspects sous-jacents de la façon dont la société est organisée qui exercent une influence sur l'équité en santé – normes sociales et choix politiques qui se dégagent des processus d'élaboration de politiques, menant alors aux conditions inéquitables de développement, de vie et de travail décrites dans le chapitre 3. C'est à travers tous ces éléments que la valeur collective de l'équité en santé, le rôle vital de l'action publique et partant l'importance capitale du rôle directeur renforcé des pouvoirs publics s'imposent obligatoirement.

Cependant, il ne faut pas se faire des illusions compte tenu de la réalité des instances gouvernementales dans le monde actuel. Elles ne sont pas toujours favorables, ni engagées à garantir la justice sociale. Dans plusieurs circonstances, même quand leur engagement est fort, leurs capacités (qu'elles soient institutionnelles, financières, techniques ou humaines) sont faibles et insuffisantes. Même quand leur engagement et leurs capacités sont forts, le contexte mondial plus large peut, de plus en plus, freiner ou accélérer la mise en place des conditions nécessaires pour assurer de bonnes conditions de santé, équitablement. La construction de la volonté politique et des capacités institutionnelles est essentielle pour la réalisation des recommandations de la Commission. 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.

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

" Si les questions de santé sont présentes dans toutes les dimensions de la vie, ceci implique aussi que le risque est partout. Cet état de fait a des conséquences considérables sur la manière que nous adoptons pour formuler les politiques de santé et sur les choix que nous faisons pour confier les responsabilités en matière de santé au sein de la société."

Illona Kickbusch (2007)

L'EQUITE EN SANTE : PLUS ETENDUE QUE LE SECTEUR DE LA SANTE

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 (Marmot, 2007). Quoique les politiques dans ces secteurs ne placent pas la santé parmi leurs principaux objectifs, il n'en demeure pas moins qu'elles ont une étroite corrélation avec la santé et l'équité en santé. Un agenda politique qui a pour objectif de soutenir l'action sur les déterminants sociaux de la santé et qui favorise l'équité doit nécessairement établir un rapport entre la santé et les autres secteurs (Vega & Irwin, 2004) aux niveaux mondial, national et local.

Cohérence des politiques

Les politiques gouvernementales, en fonction de leur nature, 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 (NHE, 2007).

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 commerciale 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 (Elinder, 2005). La mise en place d'un processus qui vérifie l'action cohérente de l'ensemble du gouvernement, à tous les niveaux, est indispensable pour une plus grande équité en santé.

Le secteur de la santé est un point de départ crucial de toute approche visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. Riche en ressources et bien organisé, ce secteur peut offrir des prestations qui vont au-delà du simple traitement des maladies (cf. Chapitre 9 : *Soins de santé universels*). Il peut promouvoir l'équité en santé en accordant une attention particulière aux circonstances et aux besoins des groupes socialement défavorisés et marginalisés (HSKN, 2007) tout comme il peut endosser un rôle de tutelle pour promouvoir la cohérence des politiques gouvernementales (PPHCKN, 2007c).

Reconnaître le rôle de l'action intersectorielle en faveur de la santé et les obstacles qui l'entravent

L'action intersectorielle (AIS) en faveur de la santé – qui se traduit par une coordination des politiques et par une action au sein et en dehors du secteur sanitaire – peut être une stratégie essentielle pour réaliser la cohérence des politiques et pour agir, plus généralement, sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé (PHAC, 2007). La Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue en 1978 à Alma Ata (WHO & UNICEF, 1978), la première Conférence internationale sur la promotion de la santé tenue à Ottawa en 1986 (WHO & UNICEF, 1986), la Conférence mondiale de l'OMS sur l'action intersectorielle en faveur de la santé de 1997, et, plus récemment, la Conférence sur la promotion de la santé tenue à Bangkok en 2005 (WHO, 2005d) ainsi que le thème retenu par la présidence finlandaise de l'UE appelant à l'intégration de la santé dans toutes les politiques (Stahl et al., 2006), ont reconnu que les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous profiter ou nuire à la santé. Ils ont aussi reconnu et autorisé l'expansion de l'influence de la santé et proposé des actions à mener dans tous les secteurs de la société.

Malgré le fait que l'action intégrée sur les facteurs sociaux fait l'objet d'un intérêt croissant à l'échelle mondiale, il n'en demeure pas moins qu'elle n'a pas encore été systématiquement traduite par des approches politiques ni même par une politique intégrée favorable à l'équité. Les pays ne disposent pas tous des ressources nécessaires pour adopter une telle politique en faveur de l'équité en santé. En effet, plusieurs pays à revenu faible et moyen, en diminuant avec le temps le volume de leurs investissements consacrés à l'infrastructure et aux ressources humaines, suite aux politiques d'ajustement adoptées dans les années 1980 et 1990, ont réduit la capacité de l'Etat. Cette situation a été davantage aggravée par le double fardeau sans précédent des infections et des maladies chroniques (Epping-Jordan et al., 2005). D'autres pays ont soutenu que des raisons d'ordre pratique et des limitations fiscales ont favorisé le maintien exclusif des approches « centrées sur les maladies », ce qui a eu peu d'effets sur le fardeau des maladies dans les pays à revenu faible et moyen (Magnussen et al., 2004). On reconnaît aussi que l'AIS en faveur de la santé entretient des relations essentiellement tendues avec le cadre structurel à l'intérieur duquel les pouvoirs publics mènent leur action (Vincent, 1999). De plus, les différents départements gouvernementaux ont non seulement des mandats qui se font concurrence mais ils pourraient avoir, et ont souvent, des intérêts et des idéologies rivaux et bénéficient d'une protection territoriale (Logie, 2006).

Même si les progrès réalisés semblent lents, les systèmes de santé subissent des changements en passant des interventions directes qui s'occupent de maladies spécifiques à des réformes de plus grande envergure, sur les plans social, culturel et économique, qui s'attaquent aux causes profondes de la mauvaise santé (Baum, 2008; Gostin et al., 2004; Locke, 2004). Les politiques cohérentes et l'AIS ont été utilisées à l'échelle mondiale pour relever un grand éventail des défis posés par la politique publique sur les plans sanitaire et socio-économique, y compris l'action sur des déterminants de santé bien précis et des populations, communautés, maladies et comportements sanitaires spécifiques (CW, 2007). L'épidémie mondiale d'obésité est un bon exemple de résultat sanitaire suivant un modèle social qui est la conséquence des changements apportés dans une pléiade de facteurs sociaux. Les causes de l'obésité de nature multi-factorielle ont donné lieu à une AIS qui a souvent compris des remèdes sectoriels cohérents et une action à l'échelle de la communauté (Encadré 10.1).

Dans une moindre mesure, les cadres politiques plus larges qui s'intéressent explicitement à la santé – par exemple, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni (Stahl et al., 2006) – ont mis

l'accent sur l'AIS considérée comme une stratégie essentielle (PHAC, 2007).

Au-delà des pouvoirs publics

La santé peut être un point de ralliement pour différents secteurs et acteurs - par exemple, quand la communauté locale conçoit un plan de santé pour elle-même (Dar-es-Salaam, le programme ville-santé de la Tanzanie), accorde aux citoyens la possibilité de voter pour les priorités lors de l'allocation des ressources locales au secteur de la santé (budget participatif à Porto Alegre au Brésil), œuvre pour réduire l'incidence de la dengue (Programme Marikina Healthy Cities aux Philippines), ou encore quand l'ensemble de la communauté participe à la conception d'espaces qui encouragent les déplacements à pied et en vélo (Healthy by Design, Victoria, Australie) (Mercado et al., 2007). Engager des personnes et des institutions clés et sortir du cadre du gouvernement pour impliquer la société civile sont des pas essentiels vers une action intégrée pour l'équité en santé.

Il va sans dire qu'il est nécessaire d'adopter une approche cohérente pour l'équité en santé en engageant une action sur les déterminants sociaux dans tous les contextes socio-culturels et socio-économiques. Cependant, il n'y a pas d'approche uniformisée mais des principes qui peuvent être adaptés à l'action à entreprendre dans une variété de contextes. Dans certains contextes, l'action dans un seul secteur peut avoir un impact considérable sur l'équité en santé. Dans d'autres cas, l'approche intégrée intersectorielle peut être vitale.

CONSTRUIRE UNE APPROCHE COHERENTE POUR L'EQUITE EN SANTE

Une action cohérente est nécessaire à l'intérieur des secteurs et entre eux à tous les niveaux de la gouvernance, de la mondiale à la locale. Les recommandations formulées dans ce chapitre se basent sur les leçons tirées du travail entrepris par la Commission à l'intérieur des pays (CW, 2007 ; PHAC, 2007 ; PHAC & WHO, 2008b) et s'intéressent particulièrement aux instances gouvernementales nationales tout en se référant parfois aux données mondiales en provenance de l'OMS et au rôle joué par la société civile aux niveaux national et local. Consulter le chapitre 15 (Bonne gouvernance mondiale) pour obtenir de plus amples détails sur l'AIS et la cohérence des politiques à l'échelle internationale et le chapitre 12 (*Responsabilité du marché*) qui traite de la cohérence des contributions du secteur privé.

Equité en santé en tant qu'indicateur de progrès sociétal

La Commission recommande que :

10.1. L'autorité législative et les organismes de contrôle équivalents se fixent pour objectif l'amélioration de l'équité en santé à travers une action sur les déterminants sociaux de la santé en l'incluant dans les critères de performance du gouvernement (cf. Rec. 13.2 ; 15.1).

Faire de l'équité de santé un indicateur du progrès de la société nécessite son adoption et sa direction par les plus hautes instances des pouvoirs publics d'une nation. L'autorité législative, ou tout autre organisme directeur, est l'institution clé capable de promouvoir l'équité en santé grâce à ses différents rôles représentatif, législatif et de contrôle (Mususka & Chingombe, 2007). Comme le montre l'expérience du Royaume-Uni, la participation du cabinet à la direction politique est cruciale. En effet, pendant les années 1980 et 1990, les données factuelles compilées dans le « Rapport noir » (« Black Report ») ont peu influencé la politique du gouvernement. Depuis 1997, après le nouveau regard jeté sur les inégalités sanitaires dans le Rapport Acheson, le gouvernement britannique, grâce à la volonté politique, a placé la justice sociale parmi les priorités de sa politique socio-économique en mettant en place une stratégie gouvernementale pour réduire les inégalités sanitaires (cf. Encadré 10.3).

Le secteur de la santé est le protecteur de la santé, le défenseur de l'équité en santé et le négociateur qui appelle à l'adoption d'objectifs sociaux de plus grande envergure. Il est, par conséquent, important que les ministres de la Santé, soutenus par leurs ministères, soient bien équipés pour jouer ce rôle de tutelle au sein du gouvernement, comme ce fut le cas au Royaume-Uni. C'est en permettant à tous les acteurs politiques de mieux comprendre les déterminants sociaux de la santé qu'il est possible

ENCADRE 10.1: ACTION INTERSECTORIELLE SUR L'OBESITE

L'obésité devient un vrai défi de santé publique dans les pays en transition comme elle l'est déjà dans les pays à revenu élevé. La prévention de l'obésité et l'amélioration des niveaux de prévention déjà existants nécessitent des approches qui garantissent un approvisionnement de vivres écologiquement durable, adéquat et nutritif; une sécurité matérielle ; un habitat construit qui se prête à l'adoption de choix alimentaires plus sains et à la participation à des activités physiques organisées ou non ; et un environnement familial, éducatif et de travail qui renforce la vie saine et rend les individus capables de faire des choix sains. Une infime partie de cette action fait partie des compétences et des responsabilités du secteur de la santé. Des progrès positifs ont été réalisés dans les actions menées par les secteurs de la santé et les autres secteurs – par exemple, les habitations citadines saines conçues conjointement par des urbanistes et des professionnels de la santé et l'interdiction des publicités sur les aliments riches en matières grasses, en sucre et en sel pendant les programmes télévisés destinés aux enfants. Cependant, un défi de taille doit encore être relevé si nous comptons vraiment résoudre le problème de l'épidémie mondiale de l'obésité : il faut mener une action en collaboration avec plusieurs secteurs, à part celui de la santé, dans des domaines où il est nécessaire d'intervenir, tels que le commerce, l'agriculture, l'emploi et l'éducation.

Source: Friel, Chopra & Satcher, 2007

EQUITE EN SANTE DANS TOUS LES SYSTEMES : CHAMP D'ACTION 10.1

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

de préparer le terrain sur le plan politique (cf. Chapitre 16 : *Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*). De même, la présentation stratégique des informations relatives à la situation de l'équité en santé qui met en évidence les frais encourus à cause des inégalités sanitaires tout en mettant l'accent sur les synergies entre les secteurs et les occasions d'intervention, est une action cruciale qui encourage le pouvoir politique à s'engager et qui peut être menée par les ministres de la Santé.

Cohérence des politiques – mécanismes pour soutenir la mise en œuvre de l'équité en santé dans toutes les politiques

La réalisation de l'équité en santé à travers une politique à tous les niveaux du gouvernement nécessite, en plus d'un fort soutien et d'une direction solide sur le plan politique, la mise en place ou le renforcement des processus et des structures au sein du gouvernement et d'autres organismes. D'où la nécessité d'avoir l'accès en toute transparence à des informations et des ressources dans les différents services administratifs

La Commission recommande que :

10.2. Les instances gouvernementales nationales mettent en place un mécanisme à l'échelle de l'ensemble de l'administration dont elles sont tenues de rendre compte devant le Parlement et qu'elles en confient la direction, autant que possible, aux plus hautes instances politiques (cf. Rec. 11.1; 11.2; 11.5; 12.2; 13.2; 16.6).

Tout mécanisme à l'échelle de l'ensemble du gouvernement concerné par la santé et l'équité en santé peut revêtir diverses formes. Par exemple, des pays faisant partie de la Communauté pour le Développement de l'Afrique Australe (SADC) ont formé des comités de portefeuille parlementaires chargés de surveiller les activités des différents secteurs du gouvernement, à savoir la santé, l'éducation, l'exploitation minière, l'agriculture et le transport. Certains programmes de réforme en Afrique orientale et australe ont bénéficié du soutien de spécialistes professionnels et de budgets spécifiques destinés aux activités des comités de portefeuille. L'exemple du Comité zambien de portefeuille parlementaire pour la santé, le développement communautaire et l'aide sociale est une illustration de l'approche globale adoptée qui a encouragé la participation active de tous les secteurs pour traiter le problème du VIH/SIDA (Encadré 10.2).

Identifier les solutions politiques bénéfiques à tous

Pour que le mécanisme à l'échelle de l'ensemble du gouvernement soit efficace, il est essentiel que les organismes gouvernementaux et les acteurs de l'administration conjuguent leurs efforts, disposent de mandats qui leur confèrent de larges pouvoirs et puissent déterminer clairement les avantages tirés par chaque secteur. Il serait aussi utile d'identifier les priorités dans les différents secteurs et de fixer des objectifs à court et long terme pour instaurer l'équité en santé ainsi que les objectifs qui permettent l'intégration des éléments propres à la politique de l'équité en santé dans les programmes de chaque secteur (CW, 2007). C'est en effet en trouvant des solutions politiques qui peuvent satisfaire aux besoins des différents secteurs tout en menant à une vision commune qu'il serait possible d'aboutir à un engagement sur les plans politique et administratif. L'initiative « Health in All Policies » (La santé dans toutes les politiques) lancée dans l'état de l'Australie du Sud constitue un exemple du travail entrepris récemment dans un pays à revenu élevé afin de mettre à profit le Plan stratégique existant et de développer les compétences et les mécanismes nécessaires pour mettre en œuvre une approche à l'échelle de l'ensemble du gouvernement en faveur de la santé et de l'équité en santé (**cf. http://www.dh.sa.gov.au/pehs/publications/ public-health-bulletin.htm**).

ENCADRE 10.2: COMITE ZAMBIEN DE PORTEFEUILLE PARLEMENTAIRE POUR LA SANTE, LE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE ET L'AIDE SOCIALE

Le Comité zambien de portefeuille parlementaire pour la santé, le développement communautaire et l'aide sociale s'est chargé de mener une étude analytique sur la situation du virus HIV et du SIDA en 1999, et ce en collaboration avec les instances gouvernementales et les parties prenantes dans les ONG. L'augmentation du taux de prévalence du VIH/SIDA, ayant suscité l'inquiétude du Comité, l'a poussé à évaluer la performance de la politique gouvernementale à l'égard du HIV/SIDA en 2000. Le Comité a aussi entrepris une visite au Sénégal pour mener une étude comparative sur le HIV et le SIDA. En se basant sur ces études, le Comité a émis des recommandations qui appelaient à une plus grande participation des parlementaires dans les affaires sanitaires en relation avec le VIH/SIDA. Ces recommandations figurant dans le rapport du Comité soumis au Parlement en novembre 2002 prévoyaient, entre autres, les AIS suivantes :

Les instances gouvernementales doivent envisager d'aider à la mise en œuvre d'activités sur la santé génésique couvrant la prévention et le contrôle du VIH/SIDA et des maladies sexuellement transmissibles (MST) dans toutes les circonscriptions.

Afin de sensibiliser la main-d'œuvre, il est nécessaire que les syndicats, conjointement avec la Fédération zambienne des employeurs et la Chambre du Commerce et de l'Industrie, incluent les activités de prévention et de contrôle du VIH/SIDA dans leurs programmes sur les lieux de travail.

Afin de sensibiliser les écoliers aux dangers du VIH/SIDA, les instances gouvernementales doivent envisager l'introduction dans les programmes scolaires de l'éducation sexuelle qui traitera entre autres des sujets relatifs au VIH/SIDA.

Les instances gouvernementales doivent réglementer les activités sociales qui sont soupçonnées d'encourager la dissémination du VIH, à l'instar de la vente des boissons alcooliques et les heures d'ouverture et de fermeture des bars et des boîtes de nuit.

Les instances gouvernementales, les ONG ainsi que les organisations au sein des communautés doivent travailler conjointement pour mettre en place une assistance téléphonique 24h/24 et fournir gratuitement des informations et des conseils au public.

Les instances gouvernementales et toutes les parties prenantes doivent urgemment entreprendre des démarches auprès des sociétés pharmaceutiques internationales et des agences de financement pour négocier une réduction substantielle des prix des médicaments antirétroviraux pour les rendre plus accessibles aux personnes qui en ont besoin.

Les parlementaires et les autres décideurs doivent approfondir leurs connaissances sur la situation du VIH/SIDA en Zambie et doivent prendre conscience des principales possibilités qui sont offertes au pays et des grands défis auxquels il fait face.

Source: Musuka & Chingombe, 2007

S'adapter au contexte

Différentes approches sur les plans politique et sectoriel sont plus ou moins réalisables pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et dépendent de la marge de soutien fournie par les contextes politiques (PHAC, 2007). Par exemple, dans les contextes où l'équité figure parmi les priorités des agendas tant politique que social et là où les ressources et l'infrastructure existantes soutiennent l'action menée, l'équité en santé pour toute la population est souvent un objectif à atteindre et se prête à des approches à l'échelle de l'ensemble du gouvernement dans lesquelles la santé occupe une place dans toutes les politiques – c'est le cas de Cuba, de la Norvège, du Royaume-Uni (Angleterre) (Encadré 10.3), de la Finlande (Stahl et al., 2006) et de la Nouvelle-Zélande.

Dans d'autres contextes, l'AIS pourrait être irréalisable. Dans ce cas-là, et afin d'assurer de meilleures conditions de santé et une plus grande équité en santé, il serait opportun de prêter attention à la nature des politiques et des actions menées à l'intérieur des secteurs et d'œuvrer en vue d'élaborer des politiques cohérentes. L'exemple du Sri Lanka (Encadré 10.4) en est une bonne illustration. En effet, malgré le fait que le Premier ministre du Sri Lanka a reconnu l'AIS et s'y est engagé, les structures et les capacités existantes n'étaient pas adaptées pour la soutenir. Cependant les résultats ont été concluants puisque grâce à l'action cohérente et efficace qui a été menée dans les différents secteurs, le modèle de soins de santé primaires a été la principale approche adoptée dans le système de santé.

Il est essentiel de continuer à soutenir les modèles innovateurs de

ENCADRE 10.3: ACTION INTERGOUVERNEMENTALE SUR LES INEGALITES SANITAIRES AU ROYAUME-UNI

Le rapport Acheson sur les inégalités sanitaires a passé en revue les limites des agendas individuels relatifs à la justice sociale et aux inégalités sanitaires tout en mettant en évidence l'importance de l'action conjointe. En 2002, dans le cadre des négociations sur les dépenses menées officiellement par le gouvernement, le Département de la santé et le ministère britannique des Finances (Treasury) ont dirigé les débats qui ont eu lieu entre 18 départements en vue d'élaborer un plan d'action pour atteindre les objectifs visés et pour identifier la contribution attendue de chaque partie dans le gouvernement. L'autorité financière et politique du ministère des Finances a été utile car ce dernier a incité les départements à s'engager en faveur d'un objectif transsectoriel. Ainsi, un accord a été facilement conclu entre les départements pour mettre l'expertise et les ressources existantes au service des priorités gouvernementales.

Le Programme d'action 2003 a identifié 82 engagements disposant des fonds nécessaires et relevant de 12 départements gouvernementaux qui, pendant les trois années suivantes, étaient susceptible de jeter les bases nécessaires pour atteindre les objectifs fixés pour 2010 et assurer un impact durable sur les déterminants de la santé en général. Le Programme d'action a fourni un cadre stratégique qui oriente toutes les actions vers un seul objectif. Ceci requiert une coordination gouvernementale, tant nationale que locale, et une performance sans faille des systèmes de gestion pour diriger l'action. Un processus ouvert de vérification régulière, de transmission de données et de révision permet de comprendre la trajectoire suivie pour atteindre l'objectif et de peaufiner l'approche. Des rapports d'étape ont été publiés en 2005 et 2008.

L'objectif visé a forcé le gouvernement à assurer la coordination des activités. Pour cela, une bonne communication était nécessaire entre les départements et la direction du ministère des Finances. Les plans nationaux placent désormais les inégalités sanitaires au premier rang des priorités des planificateurs des services de santé et des autorités locales, au moment où les directives et le soutien du pouvoir central ciblent les secteurs les moins performants et promeuvent les meilleures pratiques. L'actuel ministre britannique de la Santé a fait des inégalités sanitaires sa priorité, incitant le Service de santé nationale, qui a célébré son 60ème anniversaire en 2008, à mettre en pratique ses principes fondateurs d'universalité et d'équité.

Source: Hayward, 2007

ENCADRE 10.4: SRI LANKA – UNE APPROCHE SECTORIELLE COHERENTE EN FAVEUR DE LA SANTE

Le Sri Lanka a connu une rapide transition dans le secteur de la santé, de 1950 à 1975, qui a favorisé une meilleure espérance de vie et a réduit la mortalité et la fertilité. Cette amélioration dans les conditions de santé a eu lieu en concomitance avec l'amélioration des conditions de bien-être dans d'autres états. Chaque secteur a poursuivi ses objectifs simultanément afin d'améliorer les conditions dont il assumait la responsabilité. Les processus intersectoriels n'ont pas abouti à des programmes clairement formulés de l'AIS en faveur de la santé dans le cadre desquels les secteurs, autres que ceux de la santé, étaient censés identifier leur contribution à la santé et coordonner consciencieusement leurs activités pour produire le résultat sanitaire désiré. Cet échec est attribué aux structures de décision existantes, à la culture administrative prévalente et à l'incapacité d'identifier et de dynamiser les liens intersectoriels.

Le cas du Sri Lanka montre que les processus, dans leur majeure partie, agissent indépendamment les uns des autres mais ont un effet simultané sur l'amélioration du bien-être en général dont la santé est un composant essentiel. Ces processus nécessitent (1) une stratégie globale de développement social, (2) un processus politique qui permet de dégager un large consensus pour une telle stratégie, (3) une attitude qui accorde, autant que possible, la même importance et le même engagement à chacun des indicateurs clés et (4) un partage des responsabilités à l'égard du programme au niveau des plus hautes instances gouvernementales.

Source: PHAC & WHO, 2008

gestion gouvernementale et les structures stimulantes susceptibles d'encourager la coopération intersectorielle, comme l'action sur les objectifs prioritaires entre le ministère de la Santé et un autre ministère. A titre d'exemple, au Mozambique, le ministère de la Santé a travaillé avec le ministère des Travaux publics pour améliorer l'accès à l'eau et aux équipements sanitaires afin de réduire la mortalité infantile. Au Brésil, la collaboration entre le ministère de la Santé et le ministère chargé des affaires familiales a permis l'élaboration du Plan National pour l'Alimentation et la Nutrition (Encadré 10.5).

Il existe des structures de planification basées sur l'AIS en faveur de la santé, comme l'approche Stepwise de surveillance de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques (Encadré 10.6) que les pays peuvent adapter à leurs propres besoins.

Financer l'action intersectorielle

Les infrastructures et les actions intergouvernementales munies des ressources adéquates et utilisant une panoplie de mécanismes financiers sont l'élément essentiel des efforts qui soutiennent l'AIS au sein du gouvernement (cf. Chapitre 11 : *Financement équitable*). Il est possible d'exiger l'AIS comme condition de financement. Le gouvernement canadien a recours à cette approche pour son Fonds pour la santé de la population (FSP) qui consent des subventions et des dons aux organismes académiques, communautaires et bénévoles afin d'atteindre les objectifs fixés dans les politiques et les programmes en relation avec les enfants, les personnes âgées et les autres groupes de la population et afin d'augmenter la capacité de la population à agir sur les déterminants sociaux de la santé grâce à des approches basées sur l'AIS. Pour soutenir des objectifs communs, les secteurs dont l'action est freinée par les contraintes imposées par les accords de financement sur les ressources non financières (par ex. les personnes, les informations, l'expertise, l'espace physique et la technologie) ont eu recours aux ressources en nature. Ces dispositions de paiement en nature conclues entre les organisations donne une plus grande flexibilité qui permet de s'adapter aux besoins changeants du travail intersectoriel au cours des différentes étapes d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques.

Impact de la politique gouvernementale sur l'équité en santé

Afin de déterminer si les politiques gouvernementales ont réussi à améliorer les conditions de santé et d'équité en santé, il est nécessaire que les différents départements gouvernementaux fixent des objectifs à court et moyen terme accompagnés des indicateurs qui leur sont associés en fonction desquels le progrès peut être mesuré. Pour les politiques en voie d'élaboration, une évaluation préliminaire de leurs effets potentiels à court et long terme sur l'équité en santé aiderait à apporter les changements nécessaires avant leur mise en œuvre.

La Commission recommande que :

10.3. Le contrôle des indicateurs relatifs aux déterminants sociaux et à l'équité en santé soit institutionnalisé et que les études d'évaluation de l'impact sur l'équité en santé soient utilisées pour

ENCADRE 10.5: PLAN NATIONAL BRESILIEN POUR L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION (PNAN)

Le PNAN garantit à tous les citoyens les conditions nécessaires pour accéder en permanence à une alimentation suffisante, saine et satisfaisante sur le plan nutritionnel sans pour autant compromettre l'accès aux autres besoins essentiels. Il a été mis en œuvre parallèlement au Programme de santé familiale.

Ces deux politiques ont contribué, par exemple, à promouvoir l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de la vie et la réglementation des publicités consacrées aux aliments pour enfants dans les médias.

Source : Buss & Carvalho, 2007

ENCADRE 10.6: APPROCHE STEPWISE DE SURVEILLANCE DE L'OMS POUR LA PREVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

L'approche Stepwise offre une approche flexible et pratique en matière de santé publique pour aider les ministères de la Santé à établir un équilibre entre les différents besoins et priorités tout en mettant en œuvre des interventions basées sur des données factuelles telles que celles qui ont été recommandées dans le cadre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (Cclat) et la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'activité physique et la santé

Cette approche est régie par un ensemble de principes basés sur une approche de santé publique pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques :

Les instances gouvernementales au niveau national assurent le cadre fédérateur pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques de telle sorte que toutes les actions menées à tous les niveaux et par toutes les parties prenantes se soutiennent mutuellement.

L'AIS est nécessaire à toutes les étapes de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques car les principaux déterminants du fardeau des maladies chroniques se trouvent à l'extérieur du secteur de la santé.

Les politiques et les programmes se concentrent sur les facteurs de risque fréquents et transcendent certaines maladies.

Les interventions individuelles et à l'échelle de la population sont combinées.

Des jalons clairs et pertinents sur le plan local sont posés pour chaque étape et à chaque niveau de l'intervention tout en accordant un intérêt particulier à la nécessité de réduire les inégalités sanitaires.

Etant donné que la plupart des pays ne disposeront pas des ressources nécessaires pour mettre en œuvre dans l'immédiat tout ce qui est prévu par le programme politique dans son ensemble, les activités qui sont immédiatement réalisables et susceptibles d'avoir l'impact le plus important pour les investissements sont mises en œuvre en premier. Ce principe réside au cœur de l'approche Stepwise.

Source: WHO, 2005c

toutes les politiques gouvernementales, y compris celles des finances (cf. Rec. 12.1, 15.1, 16.2, 16.7).

Le fait d'alimenter un système national de surveillance de la santé en informations quotidiennes sur les aspects associés à l'équité en santé dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé de la population peut servir non seulement de mécanisme pour orienter les politiques sanitaires favorables à l'équité mais peut aussi servir d'instrument pour soutenir l'action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé (Encadré 10.7) (cf. Chapitre 16 : *Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*).

L'évaluation de l'impact sur l'équité en santé est un nouvel instrument de soutien qui favorise la cohérence des politiques en matière d'équité en santé. Il est utilisé, d'une part, pour évaluer les conséquences potentielles des politiques sur l'équité en santé qui sont prises en compte dans le processus de prise de décision et, d'autre part, pour encourager les ministères concernés et les parties prenantes à engager un dialogue (Douglas &

ENCADRE 10.7: CONTROLER LES INEGALITES SANITAIRES EN NOUVELLE-ZELANDE

La Nouvelle-Zélande a lancé une approche à l'échelle de l'ensemble du gouvernement pour réduire les inégalités sanitaires, notamment ce qui concerne les moyens d'interaction entre les inégalités ethniques et socio-économiques. Les principaux documents sur la politique publiés en 2000 et 2002 ont intégré les inégalités sanitaires au cœur de tous les niveaux de l'action menée dans le secteur de la santé et ont fourni un modèle (Reducing Inequalities in Health Framework) sur les moyens de réduire les inégalités sanitaires. La Nouvelle-Zélande s'est distinguée par une performance particulièrement bonne puisqu'elle a contrôlé les inégalités avec ténacité et en a rendu compte de manière à faciliter au mieux l'action à entreprendre. Ceci a été rendu possible à travers un certain nombre de mécanismes, dont l'importance extrême accordée à la mention de l'appartenance ethnique dans le secteur de la santé, l'appariement routinier entre les données du recensement et les taux de mortalité et l'utilisation à grande échelle de l'Indice de défavorisation de la Nouvelle-Zélande (New Zealand Deprivation Index), qui mesure les désavantages subis par les petites régions selon les résultats du recensement. Ces approches ont suscité l'intérêt intersectoriel à l'égard des inégalités, ont favorisé les débats dans les cercles académiques et politiques sur les causes profondes des inégalités et ont fourni aux agences sociales des données factuelles à partir desquelles elles peuvent élaborer des programmes et des politiques visant à réduire les inégalités sanitaires dans leurs secteurs respectifs.

Source: WHO & PHAC, 2007

ENCADRE 10.8: EVALUATION DE L'IMPACT SANITAIRE (EIS) DE LA STRATEGIE POUR LA SANTE DE LONDRES

En 2000, la London Health Commission (LHC) a été formée par le Maire de Londres en tant que commission indépendante dans le cadre de la mise en œuvre de la première stratégie pour la santé de Londres. Son principal objectif était de réduire les inégalités sanitaires dans la capitale et d'améliorer les conditions de santé et de bien-être de tous les Londoniens grâce à une prise de conscience des inégalités sanitaires et à la promotion d'une action coordonnée pour améliorer les déterminants de la santé partout à Londres. La LHC a atteint ses objectifs en influençant les principaux décideurs et praticiens en santé publique, en supportant l'action locale et en traitant des questions prioritaires précises à travers des programmes conjoints. La LHC a achevé l'étude d'évaluation de l'impact sanitaire (EIS) sur toutes les stratégies municipales règlementaires et sur certaines stratégies non règlementaires. L'approche adoptée à cet égard a compris les démarches suivantes :

- Formation d'un groupe directeur ;
- Examen initial d'un projet de stratégie et définition de son ampleur;
- Evaluation rapide des données factuelles ;
- Participation des parties prenantes à un atelier de travail consacré à l'évaluation des politiques;
- Compte rendu des recommandations au Maire ;
- Mise en œuvre des recommandations en stratégies finales ;
- Contrôle et évaluation
- Publication d'études analytiques sur les données factuelles et de rapports sur le processus d'EIS

Une évaluation indépendante a montré que le processus d'EIS de la LHC a apporté un plus aux stratégies londoniennes et que l'approche est rentable. Le processus d'EIS a mieux sensibilisé les parties prenantes à l'impact des politiques à plus grande échelle sur la santé. Ceci a favorisé la prise en considération de la santé plus tôt lors de l'élaboration des stratégies et a contribué à faire avancer le développement des méthodes et des instruments du processus d'EIS et de la base des données factuelles.

Source: NHS, 2000

EQUITE EN SANTE DANS TOUS LES SYSTEMES : CHAMP D'ACTION 10.2

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

Scott-Samuel, 2001). L'instrument le plus fréquemment utilisé actuellement, à savoir l'évaluation de l'impact sanitaire (EIS), pourrait être adapté aux objectifs visés par l'évaluation de l'impact sur l'équité en santé (Encadré 10.8) (cf. Chapitre 16: Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation pour de plus amples détails sur la manière de mener une étude d'évaluation de l'impact sur l'équité en santé).

Action au sein du secteur de la santé

En fin de compte, une action sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé est nécessaire à l'échelle de l'ensemble du gouvernement ainsi qu'à celle des autres principales parties prenantes. Cependant, le secteur de la santé est en lui-même une place de choix où il est possible de commencer à édifier le soutien et les structures nécessaires pour encourager une telle action. Quant au ministre de la Santé, soutenu par le pouvoir exécutif, il est tenu de renforcer son rôle de tutelle pour l'AIS en faveur de la santé et de l'équité en santé. Pour se faire, il doit consacrer du temps et des ressources financières au renforcement des compétences et des capacités requises du personnel de santé et mettre en place des structures de récompense pour tout travail intersectoriel entrepris.

La Commission recommande que :

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

Compétences et capacités

L'adoption de l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé au sein du ministère de la Santé nécessitera non seulement une volonté politique mais aussi des ressources financières et humaines au sein même de ce ministère. Il est probablement nécessaire d'approfondir les compétences et les connaissances du personnel chargé du programme compte tenu :

- De la nécessité de diversifier et de cibler l'ensemble des interventions afin de satisfaire les besoins et de s'adapter aux circonstances spécifiques aux différents groupes ;
- De l'éventail de plus en plus large des interventions en amont nécessaires pour agir sur les déterminants sociaux de la santé avant qu'ils ne manifestent des vulnérabilités et des résultats sanitaires différentiels ;
- Des conditions à satisfaire pour engager le dialogue politique et public, pour assurer la coordination entre les programmes et les secteurs et pour comprendre et gérer les processus de changements complexes sur les plans social, économique et politique.

C'est en établissant des liens plus étroits entre une panoplie de disciplines complémentaires, telles que la santé publique, la promotion de la santé, l'urbanisme, l'éducation et les sciences sociales qu'il serait alors possible de développer les moyens conceptuels et pratiques de toute action commune dans le cadre de l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé. Il est aussi nécessaire d'étendre la formation régulière et professionnelle pour qu'elle couvre une large gamme de déterminants sociaux de la santé (cf. Chapitre 16 : Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation). L'exemple de Cuba montre comment l'AIS s'est développée progressivement dans le pays, en intégrant le développement des compétences qui est devenu le fer de lance de l'AIS en faveur de la santé (Encadré 10.9).

Support financier pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé

Afin d'assurer une application réussie de l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé dans le cadre des fonctions politiques et programmatiques du ministère de la Santé, il est crucial d'allouer les ressources nécessaires qui font la différence (cf. Chapitre 11 : *Financement équitable)*. Il est possible de s'inspirer des méthodes adoptées par d'autres pays pour lever les fonds nécessaires aux activités de promotion de la santé (IUHPE, 2007). Ainsi, les impôts hypothéqués, comme les taxes sur le tabac, par exemple, seraient affectés durablement à l'action qui se base sur l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé. Un autre moyen possible pour l'affectation des ressources serait de consacrer un certain pourcentage des fonds de l'assurance-maladie nationale à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Cependant, pour soutenir la génération et l'affectation des ressources, il est nécessaire d'instaurer des structures motivantes au sein du ministère de la Santé, dont des primes financières et départementales pour renforcer la reddition des comptes sur les questions relatives aux déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé tout en garantissant le contrôle des effets de l'équité dans le cadre des programmes mis en œuvre par le secteur de la santé.

Renforcement des institutions

Afin d'institutionnaliser, de mettre en œuvre et de gérer l'équité en santé dans toutes les politiques, les systèmes et les

ENCADRE 10.9: CUBA – OUTILS POUR CONTROLER ET EVALUER L'EFFICACITE DE L'ACTION INTERSECTORIELLE

Le développement du système cubain de santé publique a traversé trois phases qui ont été ponctuées par un intérêt croissant pour la collaboration intersectorielle. L'accent qui a été mis, dans les années 1960, sur la médecine curative et l'extension de la couverture sociale a permis d'accorder une plus grande importance à la prévention, à la réglementation et aux groupes à risque dans les années 1970 et 1980 qui ont été marquées, à leur tour, par le recours croissant aux commissions de planification intersectorielle et par le développement des polycliniques qui ont favorisé des approches globales pour le traitement des maladies. Dans les années 1990, le développement a aussi touché la santé familiale et communautaire tout en mettant davantage l'accent sur l'AIS à travers la création de conseils locaux de santé et la consécration de l'AIS comme l'un des principes essentiels de la fourniture des soins de santé publique. Des programmes de formation ont été élaborés et mis en œuvre pour renforcer les compétences des professionnels de la santé publique et des décideurs dans le domaine de la collaboration intersectorielle. Une équipe de l'école nationale de santé avait mené une évaluation systématique des activités intersectorielles en ayant recours à un questionnaire et à une méthodologie standardisés qui abordent certaines dimensions intersectorielles importantes dont le niveau de connaissances sur l'AIS chez les acteurs du secteur de la santé et d'autres secteurs et la présence de l'AIS dans les objectifs stratégiques des municipalités et des conseils municipaux de santé.

Source: WHO & PHAC, 2007

programmes, il est nécessaire, entre autres, d'assurer les capacités et les connaissances techniques relatives aux déterminants sociaux de la santé. Certaines compétences sont rarement enseignées dans les institutions de santé publique, de gestion et de politique. En effet, les personnels de santé dans les ministères de la Santé de plusieurs pays n'ont pas reçu la formation nécessaire dans des domaines déterminants pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé, à savoir l'épidémiologie sociale, la planification et l'élaboration des politiques au niveau intersectoriel ainsi que le contrôle/évaluation lié au secteur de la santé et à l'AIS. A noter que les ministères de la Santé dans quelques pays ont acquis une expérience dans le développement des arguments économiques et politiques nécessaires pour mener l'action sur les déterminants sociaux de la santé ; dans le soutien qu'ils ont apporté aux agendas établis par les différents secteurs sur une base consensuelle et conjointe ; et dans la gestion des intérêts et processus intersectoriels. Bien qu'il soit possible d'enseigner les compétences de base avec une rapidité relative, il n'en demeure pas moins que les pays ont besoin de mécanismes pour institutionnaliser l'éducation permanente et pour encourager le développement de nouvelles compétences déterminantes pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé (CW, 2007).

La Commission recommande que :

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

L'OMS est une agence spécialisée de l'ONU chargée d'encourager mondialement l'action en faveur de la santé et de l'équité en santé. Son rôle a été fondamental pour le travail de la Commission et sera crucial pour assurer la continuité de l'action sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. L'OMS est, entre autres, responsable d'assurer le renforcement des capacités et connaissances techniques relatives aux déterminants sociaux de la santé dans les Etats Membres. Les activités de la Commission dans les pays visaient, avec le concours de l'OMS, à promouvoir et expliquer les connaissances et à les relier aux politiques et à la mise en œuvre afin de combler des inégalités sanitaires socialement déterminées.

L'OMS a formé un groupe pivot formé de gouvernements intéressés de toutes les régions du monde pour travailler avec lui afin d'ériger la base propice au changement futur et d'identifier les nouveaux moyens par lesquels l'OMS peut agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé lors de l'élaboration et la planification des politiques. Il est crucial que l'OMS mette à profit le travail dans les pays, en supportant les pays partenaires déjà engagés et en encourageant l'action sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans de nouveaux pays (cf. Partie 6).

Le chapitre 16 (*Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*) expose les grandes lignes des différentes recommandations de l'OMS. Il est essentiel pour l'AIS que l'OMS diffuse les données factuelles et les enseignements recueillis par la Commission dans les pays et les utilise pour aider les ministères de la Santé à jouer un rôle de tutelle en :

1. défendant une telle approche et en améliorant la visibilité des questions relatives aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé ;
2. créant des structures institutionnelles aux niveaux national et local pour faire progresser l'agenda relatif aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé ;
3. élaborant un plan d'action national à cet effet ;
4. développant les compétences adéquates du personnel grâce à des programmes à court et long terme.

L'OMS a déjà pris l'initiative de changer certaines de ses structures organisationnelles pour mieux soutenir les ministères de la Santé qui s'efforcent d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques relatives aux déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. En plus des points focaux régionaux qui assurent la coordination de l'action sur les déterminants sociaux de la santé, les bureaux régionaux ont lancé une action en vue d'enrichir la base des données factuelles, de défendre les politiques et les programmes fondés sur les déterminants sociaux de la santé, d'encourager les partenariats entre les pays et de soutenir l'AIS. Il est nécessaire aussi que les actions stratégiques menées par les bureaux régionaux et nationaux de l'OMS soient cohérentes afin de promouvoir la cohérence entre les différents départements gouvernementaux dans les Etats Membres.

La Commission a mis en place le PPHCKN (réseau de connaissances sur les conditions prioritaires de santé publique)

ENCADRE 10.10: ENGAGEMENT ACTIF DE LA COMMUNAUTE TOUCHEE – TRAVAILLEUSES DU SEXE DE CALCUTTA

Au début des années 1990, le All India Institute of Hygiene and Public Health (AIIHPH) a lancé un programme conventionnel de traitement et de prévention des MST dans un quartier réservé du nord de Calcutta. Le Sonagachi HIV/AIDS International Project (SHIP) a été mis en œuvre grâce à un partenariat intersectoriel conclu entre l'OMS, le AIIHPH, le British Council et un certain nombre de ministères et ONG locaux. Les travailleuses du sexe de ce quartier étaient pauvres et marginalisées. Le projet a rapidement progressé au-delà des modalités traditionnelles de traitement et de sensibilisation pour se tourner essentiellement vers le renforcement de l'autonomie des travailleuses du sexe. Au nombre des interventions clés mises en œuvre au cours des cinq premières années, mentionnons les services de vaccination et de traitement pour les enfants des travailleuses du sexe, les programmes d'alphabétisation offerts aux femmes, l'activisme politique et la défense d'intérêts politiques, les plans de microfinancement et les programmes culturels. Les travailleuses du sexe ont créé leur propre association mutuelle, le comité Durbar Mahila Samanwaya, qui a réussi à s'entendre avec les surveillantes et les propriétaires des maisons closes et les autorités pour bénéficier d'un meilleur traitement. En 1999, ce comité a assumé la gestion du SHIP et, à partir de ce moment-là, il a étendu ses activités puisque quarante quartiers réservés de l'ouest du Bengale en font désormais partie. Le nombre de travailleuses du sexe qui sont des membres actifs de ce comité s'établit à 2000. En outre, le comité a établi une coopérative financière. L'importance toute particulière attachée à l'hygiène professionnelle de même que les efforts visant à assurer aux travailleuses du sexe un meilleur contrôle sur leur corps et leurs conditions de vie et de travail expliquent la diminution des taux d'infections par le VIH et les MST à Sonagachi, par rapport au reste du pays.

Source: WHO & PHAC, 2007

basé au sein du siège de l'OMS (cf. Chapitre 9 : Soins de santé universels). Ce réseau s'est surtout intéressé aux programmes de l'OMS et aux conditions de santé et s'est fixé pour objectif l'extension des définitions et des pratiques relatives aux actions et interventions de santé publique, pour qu'elles englobent les déterminants sociaux de la santé, et au mode d'organisation des programmes de santé publique. Les principales connaissances recueillies grâce à ce réseau mettent en évidence la nécessité de formuler et de fournir les données factuelles relatives à la relation existante entre le statut socio-économique et les résultats sanitaires ; de plaider en faveur de changements sociaux et économiques ; d'enrichir la base des données factuelles concernant les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé ; et de revendiquer avec insistance la nécessité de mener des interventions sociales et d'en relever les avantages pour prévenir l'augmentation de la prévalence du VIH, du tabagisme, de la malnutrition, du diabète, de l'alcoolisme, des relations sexuelles risquées, de la pollution de l'air intérieur et des effets intergénérationnels de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. L'OMS doit à présent transmettre aux ministères de la Santé dans les Etats Membres et à d'autres institutions mondiales les leçons tirées de l'introduction innovatrice d'un cadre fondé sur les déterminants sociaux de la santé dans les programmes axés sur les résultats sanitaires.

Secteur de la santé : un catalyseur au-delà du gouvernement

La participation accrue de la société réside au cœur de l'AIS dans les processus politiques (cf. Chapitre 14 : Emancipation politique – participation et possibilité de s'exprimer). Les ministères de la Santé peuvent agir en tant que catalyseur pour impliquer les personnes et les institutions clés et mener une action au-delà du gouvernement afin de faire participer ceux qui sont affectés par ces politiques.

Bien qu'un contrôle au niveau des plus hautes instances gouvernementales soit nécessaire pour assurer l'avancement et la coordination de l'AIS et en assurer la continuité, il n'en demeure pas moins que la participation des autorités locales et l'engagement communautaire sont des conditions préalables pour garantir des résultats durables. La collaboration entre les pouvoirs publics et les ONG peut augmenter la portée de l'action et aboutir à des résultats précoces (Encadré 10.11). Il existe une panoplie de programmes et de cadres intersectoriels, à l'instar de Healthy Cities, Municipalities and Islands, qui ont adopté l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé et il serait possible d'en étudier l'applicabilité à des contextes différents.

Le secteur privé assume une lourde responsabilité, celle de favoriser les inégalités sanitaires tout en contribuant à leur trouver des solutions. L'engagement effectif du secteur privé en faveur de l'équité en santé est crucial. Il est développé en détail dans les chapitres 7, 12 et 15 (Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent ; Rôle du marché ; Bonne gouvernance mondiale). La Stratégie de l'OMS pour l'alimentation et l'activité physique est un exemple de la reconnaissance mondiale du rôle du secteur privé. En effet, cette stratégie a demandé, surtout aux entreprises, d'être plus engagées dans la lutte contre la mauvaise santé liée à l'alimentation et à l'activité physique. Une étude entreprise par Lang et al. (2006) sur les pratiques suivies par 25 des plus grandes firmes alimentaires mondiales a montré que seules quatre firmes avaient adopté une politique bien définie sur la publicité alimentaire et que seules six d'entre elles avaient adopté des politiques spécifiquement destinées aux enfants.

Faire de la santé et de l'équité en santé une valeur commune à tous les secteurs est un défi politique mais nécessaire à l'échelle mondiale. Les recommandations résumées dans ce chapitre montrent la nécessité d'un engagement au niveau des plus hautes instances gouvernementales en faveur de la santé et de l'équité en santé à travers un cadre fondé sur les déterminants sociaux. Il est primordial que les secteurs sanitaires et non sanitaires veillent à ce que leurs politiques, de par leur nature, n'aient pas de répercussions négatives sur la santé et l'équité en santé. De plus, une action intégrée, au sein du gouvernement et en coordination avec le secteur privé et le secteur du bénévolat, est un élément essentiel pour une action concertée en faveur de l'équité en santé.

ENCADRE 10.11: MOUVEMENT A GERBANGMAS DANS LE DISTRICT DE LUMAJANG EN INDONESIE – RELANCE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES DANS LE NOUVEAU CONTEXTE ECONOMIQUE DE L'INDONESIE

Suite à la déclaration de Alma Ata sur les soins de santé primaires, l'Indonésie a lancé les postes intégrés de santé (connus sous le nom de Posyandus) en 1986. Même si ces postes, avec 254154 Posyandus opérationnels en 2004, ont pu assurer une couverture impressionnante, la qualité des soins et le niveau de performance ont varié d'une région à l'autre et se sont considérablement détériorés. Cet échec était dû en partie à la démission des bénévoles de santé en raison de la transition sur les plans économique et idéologique que le pays a connue et qui a réduit le bénévolat et le collectivisme.

Pour redresser la situation, le District Health Office (bureau de la santé du district) a lancé et a dirigé une action visant à assurer la coordination des interventions multisectorielles afin de relancer le développement de la santé communautaire. Il a mobilisé les plus hautes instances politiques dans le district et a fait appel à une ONG. En janvier 2005, le chef élu du district de Lumajang a lancé le projet GERBANGMAS, une stratégie qui a pour objectif d'assurer l'autonomisation de la communauté. Quant aux autorités locales, elles ont déterminé les trois fonctions que les Posyandus doivent assumer : la sensibilisation de la communauté, l'autonomisation de la communauté et la prestation de services à la communauté.

Les autorités locales allouent un budget général aux équipes multisectorielles du village GERBANGMAS que la communauté utilise pour organiser des activités ou offrir des primes aux personnels de santé. Afin de diriger les activités d'investissement et de développement, 21 indicateurs ont été définis. Seul un tiers de ceux-là sont des indicateurs traditionnels de santé, tel que le recours à la planification familiale. Les indicateurs restants concernent les déterminants de la santé, y compris la réduction de la pauvreté, l'alphabétisation, la gestion des déchets, le logement et la mobilisation des jeunes et des personnes âgées. Le bon fonctionnement de l'équipe du village est prouvé par le fait que c'est par son intermédiaire que 12 organismes sectoriels, dont ceux de la pêche, des travaux publics, du travail et de la transmigration, de l'agriculture et des offices religieux, assurent un soutien au budget. Tous les indicateurs se sont améliorés, tant ceux qui sont spécifiques à la santé que ceux qui concernent les déterminants de la santé en amont.

Source: PPHCKN, 2007c

CHAPITRE 11

Financement équitable

"L'équité vient compléter toute quête d'une prospérité à long terme. Une meilleure équité est doublement favorable à la réduction de la pauvreté. Elle a tendance à soutenir un développement général durable et offre plus d'opportunités aux groupes les plus démunis de la société. " François Bourguignon (2006)

RAPPORT ENTRE FINANCEMENT EQUITABLE ET EQUITE EN SANTE

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. Pour ces pays, il est fondamental que les ressources financières adéquates, obtenues progressivement, soient investies proportionnellement dans l'action sur tous les déterminants sociaux de la santé et soient réparties équitablement entre les régions géographiques et les groupes sociaux. Compte tenu des limites strictes imposées au financement intérieur dans les pays à revenu faible, les flux financiers officiels qui prennent la forme d'aides ou d'allègement de la dette sont indispensables pour lutter contre les inégalités sanitaires considérables à l'échelle mondiale. En 1970, les pays riches se sont engagés à consacrer 0,7% de leur PIB à l'aide publique au développement (APD). Trente-cinq ans plus tard, ils ont réussi à maintenir leur contribution à 0,33% en moyenne. A noter que les besoins mondiaux annuels en aides pour la santé – c'est-à-dire l'aide au développement pour la santé (ADS) qui est définie comme l'aide consentie aux activités ayant la santé comme principal objectif – étaient estimés à 27 milliards de $US en 2007 mais ils ont juste financé les services de santé de base nécessaires à la survie. En 2005, la dette extérieure de ces pays en développement a atteint un total de 2,7 billions de $US avec une facture du service de la dette de 513 milliards cette même année. Nous devons, comme le suggère Sachs, « reconnaître les lois d'airain de l'extrême pauvreté… Le revenu annuel d'un individu dans un pays type de l'Afrique subsaharienne serait de 350 $US… Le gouvernement pourrait mobiliser 15% de ces 350 $US sous forme d'impôts provenant de l'économie intérieure. Ainsi, chaque individu aura droit annuellement à un peu plus de 50 $US du total des recettes publiques (et beaucoup moins dans plusieurs pays). Cette modeste somme doit être répartie entre les différentes instances gouvernementales : les pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire ; la police ; la défense ; l'éducation et ainsi de suite " (Sachs, 2007).

Importance des finances publiques

L'équité en santé dépend de la qualité du mode adopté pour assurer les ressources matérielles et les services, les conditions de vie et de travail en faveur de la promotion de la santé et les opportunités dans les domaines de l'éducation, des loisirs et de l'emploi. Néanmoins, ce mode nécessite à son tour des investissements publics et des niveaux adéquats de financement public et/ou la réglementation des marchés où les dotations privées peuvent être un moyen effectif et efficace d'accès équitable. D'où la nécessité de formes de financement public plus variées et plus équitables. L'importance accordée aux fonds publics résulte du rôle crucial que jouent tant les biens publics dans toute action portant sur les déterminants sociaux de la santé que les investissements publics qui permettent d'atteindre tous les groupes socio-économiques. Il est normalement prévu que les pouvoirs publics jouent un rôle actif en assurant les biens publics. Laissés à la merci du marché, de tels biens ne sont pas suffisants (GKN, 2007). Même si les biens et les services sont assurés efficacement et équitablement par le truchement du secteur privé, il est crucial que les pouvoirs publics assurent le contrôle effectif et les capacités nécessaires pour gérer la réglementation du marché (cf. Chapitre 12 : *Rôle du marché*). Une action nationale cohérente sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé requiert l'adoption – le financement – de l'initiative « Santé dans toutes les politiques » (Stahl et al., 2006 ; cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*).

Il est nécessaire de supprimer les inégalités économiques – dont celles du financement public – pour réaliser des progrès vers l'équité en santé. L'expérience montre que les services publics à vocation universelle et les infrastructures ont joué un rôle vital dans le développement des pays actuellement riches (Szreter, 2004). Cependant, des inégalités substantielles subsistent dans le financement des services publics au sein des pays. En effet, quand il s'agit de soins de santé, d'infrastructures nécessaires au transport ou de protection sociale, les investissements publics sont souvent les plus réduits proportionnellement pour les groupes sociaux et les régions géographiques qui en ont le plus besoin. Les avantages en termes d'investissements publics dont bénéficient largement les zones urbaines se traduisent dans les zones rurales par une dégradation des résultats sanitaires et une diminution de l'utilisation des soins, notamment dans les pays à faible et moyen revenu.

ENCADRE 11.1: CROISSANCE ECONOMIQUE MONDIALE ET REPARTITION FAVORABLE AUX PAUVRES

On a estimé, récemment, que « pour chaque réduction de la pauvreté de l'ordre de 1 $US … il était nécessaire de prévoir une augmentation additionnelle de la production et de la consommation à l'échelle mondiale de l'ordre de 166 $US, avec tous les effets sur l'environnement qui en résultent et qui entraînent les répercussions les plus graves sur les plus démunis. Compte tenu des contraintes sur la croissance mondiale associées au changement climatique qui résultent d'une telle mesure et compte tenu des effets du changement climatique qui affectent les pauvres d'une manière négative et disproportionnée, il y a lieu de mettre en doute sérieusement la tendance prévalente qui considère que la croissance mondiale est le moyen par excellence de réduction de la pauvreté. En effet, les politiques et le système économique mondial sont tenus de s'intéresser directement, non à la croissance, mais à la réalisation d'objectifs sociaux et environnementaux.

La Commission ne sous-estime pas l'importance vitale de la croissance économique. Par contre, elle fait remarquer que les modèles de croissance qui ne prévoient pas la répartition des bénéfices tirés de la croissance ont de graves conséquences potentielles sur l'environnement et un effet moindre sur la réduction de la pauvreté.

Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Woodward & Simms (2006b).

Croissance économique et répartition

Le point de vue qui considère que seule la croissance peut résoudre le problème de la pauvreté à l'échelle mondiale a été largement débattu – par Szreter (2004), Sachs (2005) et UN-HABITAT (2006), entre autres. En contrepartie, il s'avère nécessaire tant d'assurer une répartition plus équitable des ressources dans les pays que d'augmenter les transferts financiers internationaux pour réduire la pauvreté et améliorer les conditions de santé, non seulement en raison d'un impératif éthique qui impose le soulagement d'une souffrance évitable mais aussi afin de suivre le rythme de croissance expressément souhaité par les gouvernements pour favoriser la réalisation des OMD (KNUS, 2007). Compte tenu de la répartition extrêmement inégale des recettes et des richesses dans la plupart des pays d'Amérique latine, les études entreprises ont vivement recommandé une redistribution des revenus, à travers une imposition progressive et des programmes sociaux ciblés, car, aussi modeste soit-elle, cette redistribution contribue bien davantage à résorber la pauvreté qu'une croissance économique solide s'étendant sur plusieurs années (Paes de Barros et al., 2002; de Ferranti et al., 2004; Woodward & Simms, 2006b) (Encadré 11.1).

Recettes intérieures

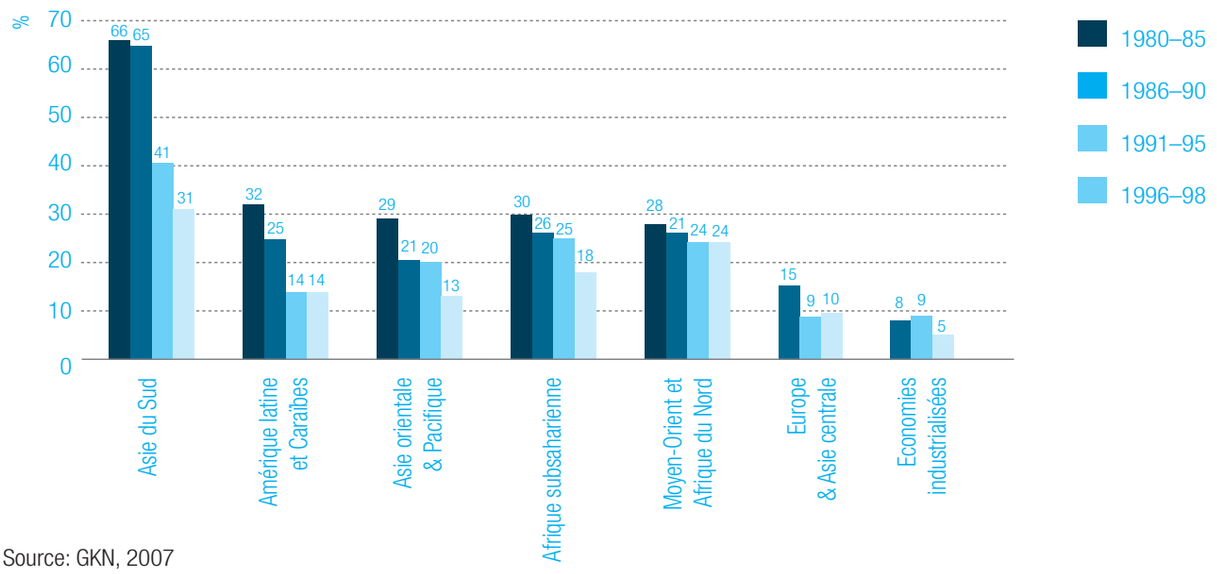
Le financement public souffre actuellement de faiblesses critiques à l'échelle tant locale qu'internationale – notamment dans les pays en développement. Les pays à revenu faible pâtissent souvent de la faiblesse de leurs institutions fiscales et de leurs services fiscaux au moment où la majorité de la population active travaille dans le secteur non structuré. Ces pays dépendent relativement plus des taxes à l'importation pour alimenter les recettes publiques. La libéralisation du commerce a sérieusement réduit la disponibilité de telles recettes douanières depuis les années 1970 (GKN, 2007) (Fig. 11.1).

Plusieurs pays ont été incapables de compenser ces pertes en les remplaçant par d'autres sources de recettes publiques ou d'imposition. Par conséquent, la majorité des pays à revenu faible ont enregistré un net déclin de leurs recettes publiques en général (quoique cette tendance ait été jugulée, voire inversée, depuis 1998, dans plusieurs pays à revenu faible). Quant aux pays à revenu moyen, ils ont tenu le coup un peu mieux mais la libéralisation du commerce s'est traduite par la diminution de la capacité des autorités nationales à soutenir les dépenses publiques consacrées à la santé, à l'éducation et à d'autres secteurs (Baunsgaard & Keen, 2005; Glenday, 2006). Les pays à revenu élevé, déjà dotés de systèmes d'imposition bien établis et d'infrastructures publiques bien en place, ont pu se passer des recettes douanières tout en essuyant des pertes minimes dans leur capacité fiscale. Cependant, la capacité fiscale nationale, même dans les pays à revenu élevé, a subi les effets négatifs de l'augmentation inexorable de la concurrence fiscale (réelle ou perçue) à l'échelle mondiale (Tanzi, 2001; Tanzi, 2002; Tanzi, 2004; Tanzi, 2005).

Aide et allègement de la dette

Le renforcement d'un système adéquat de financement public intérieur destiné à l'action sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé sera un processus à moyen et long terme. A plus court terme, plusieurs pays pauvres en ressources continueront de dépendre du financement extérieur à travers les aides et l'allègement de la dette. Il a été prouvé que l'aide peut favoriser, en général, la croissance économique des pays bénéficiaires (McGillivray et al., 2005) et peut contribuer plus directement à l'amélioration de la situation sanitaire (Mishra & Newhouse, 2007). Cependant, le volume total de l'aide demeure très insuffisant par rapport aux besoins et, en ce qui concerne la majorité des donateurs, par rapport à l'engagement que les Pays Membres de l'OCDE ont pris en 1969 de consacrer environ 0,7% de leur produit intérieur brut (PIB) à l'aide au développement. Les donateurs continuent d'adopter une attitude ambiguë à l'égard du volume des aides car ils ne tiennent pas toujours leur engagement de consacrer 0,7% de leur produit intérieur brut (PIB) à l'aide au développement et ils maintiennent un écart entre les engagements et les décaissements effectifs de fonds. En 2005, 70% des aides promises ont été effectivement déboursées. Une partie considérable des aides demeurent liée aux intérêts commerciaux et sécuritaires des pays donateurs car il a été prouvé que les aides allouées dépendaient autant – voire plus – de leurs intérêts géostratégiques que des besoins réels à l'échelle mondiale (Encadré 11.2).

Figure 11.1 Proportion des recettes douanières par rapport au revenu total par région, 1980-1998.



Source: GKN, 2007

Il a aussi été prouvé qu'il existe ce qu'on qualifierait d'un manque de confiance entre les donateurs et les bénéficiaires, menant à des conditions d'aide multiples et astreignantes qui augmentent les frais de transaction pour les bureaucraties souvent faibles des pays bénéficiaires et limitent le libre choix des priorités en matière de développement et de financement. Les effets évidents qui en résultent sont des réductions périodiques des flux d'aide qui prennent effectivement la forme de sanctions, causant ainsi une volatilité (Fig. 11.2, Encadré 11.3) dont les effets néfastes sur la santé ont été prouvés (Bokhari, Gottret & Gai, 2005).

Aide au développement pour la santé

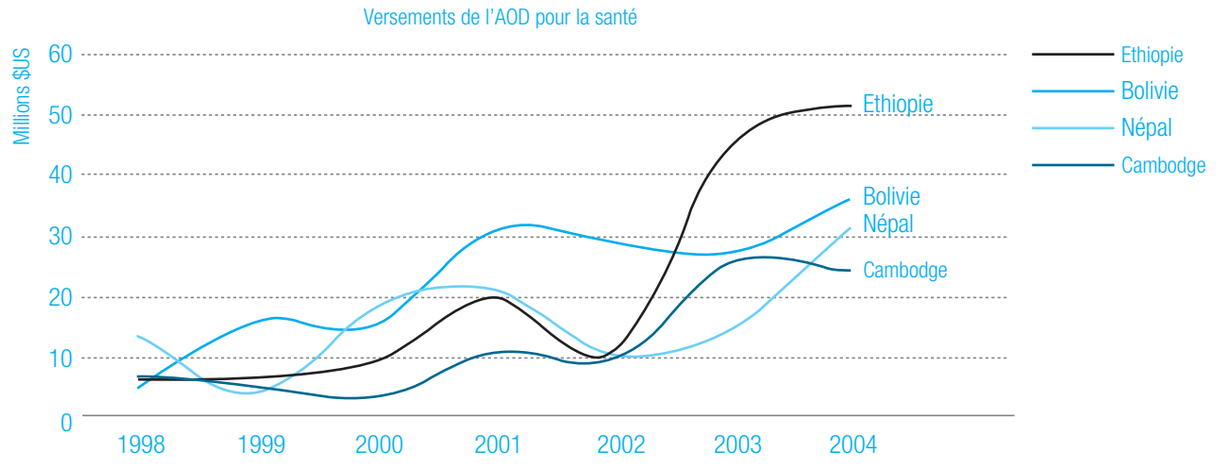
Une partie de l'ensemble de l'aide mondiale au développement pour la santé (ADS) tend surtout à se limiter au financement consacré à l'action menée au sein du secteur de la santé. Une grande partie de l'aide pour la santé demeure confinée au cœur d'une gamme d'interventions sanitaires à objectif limité, dans le cadre desquelles les investissements pour le traitement des maladies l'emportent sur ceux qui sont destinés à la prévention. La somme considérable (15 milliards $US) qui a été débloquée pour financer l'action pour la lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre du Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) en est un bon exemple (Fig.11.3, Encadré 11.4).

Entre-temps, le lourd fardeau des dettes restantes, dont certaines sont sans doute « injustes », continue de détourner les fonds publics des investissements destinés au développement. Les crises des dettes dans les pays en développement ont surgi suite à l'augmentation des prix du pétrole, à une mauvaise évaluation des besoins et des prêts (tant de la part des créanciers que de

ENCADRE 11.2: AIDE MONDIALE ET BESOIN MONDIAL

Ce sont l'Afghanistan, la République démocratique du Congo et l'Irak qui ont profité de plus de 60% du total de l'augmentation de l'aide officielle au développement (AOD) entre 2001 et 2004, malgré le fait que ces trois pays comprennent moins de 3% des pauvres du monde en développement. La majeure partie de l'augmentation de l'AOD en 2005 résulte des opérations d'allègement de la dette qui ont principalement ciblé le Nigeria et l'Irak.

Figure 11.2 Versements de l'aide officielle au développement pour la santé dans certains pays



Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de World Bank (2006a).

ENCADRE 11.3: VOLATILITE DE L'AIDE

Malgré l'augmentation de l'aide sanitaire, il semble que la volatilité de l'aide ne réduit pas seulement la capacité des pouvoirs publics à planifier les dépenses, mais elle est directement et négativement associée aux résultats sanitaires. Les analyses économétriques de la mortalité infantile dans 75 pays en développement entre 1995 et 2000 ont montré que « les bas niveaux [de l'aide] ainsi que la volatilité élevée des fonds des donateurs engagés pour la santé expliquaient les lents progrès de certains pays à réduire la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans ».

Source: Bokhari, Gottret & Gai, 2005

celle des emprunteurs) et au nombre élevé de crédits détournés, à la détérioration des conditions de remboursement des prêts, ainsi qu'à la chute des prix et à l'effondrement de la demande des pays développés sur les exportations en provenance des pays endettés. Les pays les plus touchés, les PPTE, ont assisté à une augmentation démesurée de leurs dettes au cours des quatre dernières décennies accompagnée d'une stagnation de leur revenu par habitant. Les dettes entretiennent une relation négative avec les dépenses du secteur social, puisqu'elles sont particulièrement nuisibles aux investissements publics consacrés aux biens non salariaux, comme l'infrastructure (GKN, 2007).

Quoique prometteur, l'allègement des dettes demeure largement réservé aux PPTE qui se sont qualifiés, ce qui laisse les autres pays pauvres en ressources injustement privés d'une exonération. Dans tous les cas, le processus est long et assorti – de nouveau comme dans le cas des aides – de conditions exigeantes qui limitent les capacités nationales à investir dans les dépenses nécessaires pour le secteur social (Encadré 11.5). Les chiffres relatifs à 35 des 40 PPTE en Afrique subsaharienne mettent en évidence le problème de base : au moment où ces pays ont reçu l'équivalent de 294 milliards $US sous forme de prêts et ont remboursé 268 milliards $US entre 1970 et 2002, le cumul de leurs dettes est resté de l'ordre de 210 milliards $US vers 2004 (UNCTAD, 2004).

La communauté internationale peut, en plus des aides consenties et des dettes allégées, assurer les conditions favorables à la croissance et à l'amélioration des finances publiques internes par différents moyens. Elle peut, à titre d'exemple, conclure des accords mondiaux plus clairement définis et entreprendre une action plus efficace à l'échelle mondiale pour assurer des conditions de sécurité aux pays qui risquent d'être exposés à des conflits ; étendre son action pour contrôler la production ou le commerce des ressources naturelles ; élaborer un nombre additionnel de normes législatives internationales pour la gestion des relations d'affaires entre les pays riches et leurs partenaires commerciaux dans les pays à revenu faible et moyen ; et soutenir l'élaboration d'accords commerciaux préférentiels qui assurent la protection aux pays qui tentent de renforcer leurs capacités à s'engager sur le marché mondial dans des conditions qui favorisent une compétition viable (Collier, 2006).

ACTIONS POUR UN FINANCEMENT EQUITABLE

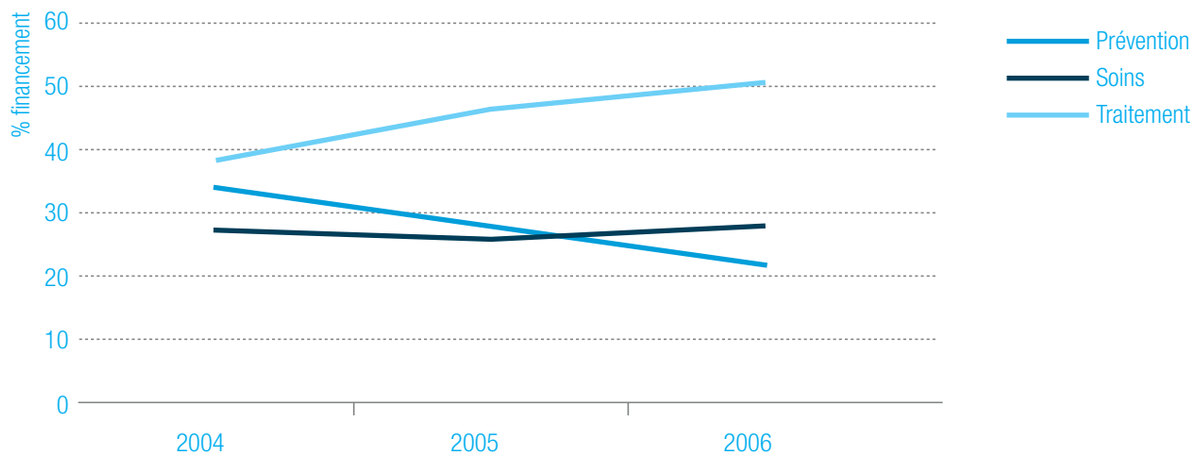
La Commission recommande que :

11.1 Les donateurs, les agences multilatérales et les Etats Membres développent et renforcent la capacité nationale d'imposition progressive (cf. Rec. 8.1 ; 8.3 ; 9.2 ; 10.2).

Imposition progressive

Une imposition progressive plus rigoureuse est nécessaire afin d'augmenter les revenus intérieurs qui assurent un financement public équitable. D'où la nécessité de renforcer les systèmes et les capacités d'imposition et d'améliorer les capacités institutionnelles, en particulier dans les pays à revenu faible (Encadré 11.6). La taxation doit compter plus sur les taxes directes – comme l'impôt sur le revenu et l'impôt foncier – que sur les taxes indirectes – comme les taxes commerciales et

Figure 11.3 Changements dans les dépenses allouées dans le cadre du Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR), 2004-2006.



Source: USAID, 2006

FINANCEMENT EQUITABLE : CHAMP D'ACTION 11.1

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

10 En ce qui concerne la taxation et les multinationales, les mesures visant à réduire la fuite des capitaux et l'évasion fiscale à travers la fixation des prix de cession seraient au moins aussi importantes que les mesures visant à réduire les incitations fiscales qui encouragent les investissements dans les zones franches industrielles (GKN, 2007).

les taxes sur les ventes . Les régimes fiscaux de l'Asie de l'Est, entre 1970 et 1999, ont fortement misé sur les taxes directes en accordant moins d'importance aux autres types de taxes alors que ceux de l'Afrique subsaharienne étaient lourdement dépendants des taxes indirectes – commerciales et sur les ventes (Fig. 11.4). Exception faite d'autres facteurs qui entrent en jeu, la situation sanitaire en Asie de l'Est a enregistré une forte croissance et des améliorations substantielles tout au long de cette période au moment où l'Afrique subsaharienne a connu une stagnation à grande échelle et, dans certains cas, un déclin.

Plusieurs pays, dotés de systèmes fiscaux relativement faibles et ayant un taux élevé de travailleurs dans le secteur non structuré, ce qui est de nature à compliquer l'effort fiscal, ont compté, pour financer les dépenses publiques, sur les recettes des impôts indirects, comme les droits de douane. Les pays à revenu moyen et élevé ne doivent pas revendiquer des réductions supplémentaires de ces droits de douane dans le cadre des négociations commerciales bilatérales, régionales et mondiales menées avec les pays à revenu faible qui continuent de dépendre de ces droits pour renflouer leurs recettes publiques. De leur côté, les pays à revenu faible doivent prendre des précautions extrêmes quand ils acceptent de réduire ces droits de douane avant de créer ou d'améliorer d'autres sources de financement. Il faut assurer une aide spéciale et un soutien technique pour renforcer la capacité en matière de fiscalisation directe à long terme. Les efforts multilatéraux sont nécessaires non seulement pour réduire les effets négatifs de la libéralisation des échanges commerciaux et du marché financier sur les ressources fiscales nationales, mais aussi pour consolider la mise en place d'un cadre doté d'une force exécutoire internationale qui permet de réduire l'évasion fiscale et la fuite de capitaux à l'échelle internationale (Encadré 11.7).

Parallèlement, c'est en prenant des mesures contre les centres financiers offshore, utilisés pour échapper au régime d'imposition national, qu'il serait possible d'assurer des ressources pour le financement du développement qui seraient au moins comparables à celles tirées de nouvelles taxes. On estime que les pays en développement perdent des revenus de l'ordre de 50 milliards de dollars annuellement à cause du recours aux centres financiers offshore pour échapper au régime d'imposition (Oxfam Great Britain, 2000). La valeur des actifs (personnels) détenus dans les comptes offshore est comprise entre 8 et 11.5 billions $US, sans compter les biens immobiliers (Tax Justice Network, 2005). Les pertes encourues en raison de l'évasion fiscale sont de l'ordre de 160 milliards $US au moins par an – ce qui représente la valeur estimée de l'aide au développement supplémentaire nécessaire pour atteindre les OMD (UN Millennium Project, 2005). C'est en jugulant les pratiques d'évasion fiscale qu'il serait possible d'augmenter la capacité fiscale des gouvernements tant dans les pays riches que dans les pays pauvres. Il serait aussi possible de réduire les inégalités économiques puisque la plupart des opportunités d'investissement en question ne sont accessibles qu'aux riches.

La Commission recommande que :

11.2 De nouveaux mécanismes de financement public soient instaurés à l'échelle nationale et mondiale, y compris des taxes sanitaires spéciales et des options fiscales mondiales (cf. Rec. 9.2 ; 10.2).

Il existe des options supplémentaires pour renforcer les fonds publics, qui sont utilisées dans les pays à revenu faible, moyen et élevé, mais qui sont particulièrement applicables aux pays à revenu faible quand il s'agit de disposer d'une capacité à tirer profit immédiatement de fonds additionnels. Les nouvelles taxes sanitaires ont été imposées dans plusieurs pays ou leur usage y est envisagé : la TVA de 2,5% imposée au Ghana, les impôts personnels et sur le revenu de 3% imposés au Zimbabwe en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA ; les taxes sur le tabac et l'alcool en Thaïlande (HSKN, 2007). La perception des impôts est devenue plus efficace en Afrique du Sud alors que les revenus de la Bolivie ont sextuplé dans les années 1980 grâce aux réformes fiscales (Wagstaff, 2007).

Taxes dans un monde globalisé

Les pratiques économiques étant de plus en plus globalisées, y compris les paradis fiscaux offshore, il est désormais très justifiable de développer un système de fiscalisation mondial - pour reconnaître au moins l'interdépendance des intérêts et l'importance croissante des fonds publics mondiaux pour la santé des populations. En effet, plusieurs pays ont déjà mis en place une taxe de solidarité internationale sur les billets d'avion, dont les recettes sont destinées à l'achat de médicaments pour traiter les cas de HIV/SIDA, de tuberculose et de paludisme et au soutien des systèmes de santé publique dans les pays pauvres (Farley, 2006 ; Ministries of the Economy, 2006). De plus, une taxe sur les transactions de devises étrangères pour réduire l'instabilité financière (la taxe Tobin) a été déjà proposée par l'économiste James Tobin. Cette option – parmi tant d'autres – est considérée comme l'un des moyens possibles pour financer les systèmes de santé dans les pays à revenu faible et moyen et s'inscrit dans la lignée des principales tendances adoptées dans le cadre des politiques de développement (Gottret & Schieber, 2006). On estime qu'une telle taxe au taux très bas (0.02%)

ENCADRE 11.4: AIDE ET VIH/SIDA

La diminution des fonds débloqués dans le cadre du Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) entre 2004 et 2006 ne prouve pas seulement une préférence pour les investissements consacrés au traitement aux dépens de la prévention mais révèle aussi un revirement significatif du financement qui a été détourné de l'action préventive, en passant du tiers des fonds débloqués en 2004 à moins du quart deux ans plus tard. Au cours des vingt dernières années, PEPFAR a été l'un des exemples les plus percutants de financement international de la santé consacré à une seule maladie. Quoique les sommes engagées soient importantes, c'est le décalage inquiétant entre le discours des donateurs et la réalité de leurs pratiques sur le terrain qui a été marquant puisque les interventions de nature médicale et curative continuent d'être privilégiées surtout quand elles satisfont aux besoins exprimés dans l'agenda politique national.

FINANCEMENT EQUITABLE : CHAMP D'ACTION 11.2

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

assurerait des recettes allant de 17 à 35 milliards $US par an mais il est à mentionner que les études publiées à ce sujet prévoient des recettes plus importantes (Nissanke, 2003).

Une alternative à la taxe Tobin est la Currency Transaction Development Levy (Taxe sur le marché de devises pour le développement), considérée comme une «taxe de solidarité» pour générer spécifiquement de nouveaux fonds publics mondiaux pour le développement (Hillman et al., 2006). Cette Currency Transaction Development Levy peut être mise en œuvre unilatéralement par les pays ou par les unions monétaires. On estime qu'elle peut lever des fonds annuels de l'ordre de 2,07 milliards $US si elle est mise en œuvre au Royaume-Uni, de 170 millions $US si elle mise en œuvre en Norvège et de 4,3 milliards $US si elle mise en œuvre dans toute la zone euro (Hillman et al., 2006). Quoique le Groupe d'experts de haut niveau de l'ONU sur le financement du développement ait adopté une attitude prudente à l'égard des mérites d'une telle taxe sur le marché de devises (Zedillo et al., 2001), il a toutefois insisté sur la nécessité de trouver de nouvelles sources de financement pour le développement et a proposé de mettre en place une Organisation fiscale internationale pour limiter la concurrence et l'évasion fiscales. Quels que soient les avantages de chacune de ces options, l'idée d'imposer une taxe sur les transactions financières en vue de lever des fonds pour le développement est désormais considérée faisable et appropriée.

ENCADRE 11.5: ALLEGEMENT DE LA DETTE ET DEPENSES SOCIALES

Le Népal dépense plus sur les dettes que sur l'éducation. Il dispose d'un seul enseignant pour 180 enfants. Il est possible que l'allègement de la dette soit reporté en raison de conditions imposées par les créanciers. Le Tchad a dépensé 66 millions $US pour le service de la dette en 2006. Il fait partie des nombreux pays qui imposent des frais de scolarité. Un tiers seulement des filles tchadiennes fréquente l'école. A l'échelle mondiale, 17 milliards $US sont aussi nécessaires annuellement pour assurer l'éducation aux filles et aux garçons. En 2005, les pays en développement ont versé ensemble 30 fois cette somme pour le service de la dette. La Banque mondiale et le FMI considèrent que la dette du Kenya est « durable » ; par conséquent, il ne peut pas bénéficier d'un allègement de la dette. Les deux derniers budgets du Kenya ont prévu 350 millions $US en plus de la somme allouée à l'éducation pour le remboursement des dettes. Plus d'un million d'enfants kenyans ne fréquentent pas l'école primaire. Des études répétées ont montré l'effet positif de l'allègement de la dette sur les services sociaux, et la plupart ont reconnu que l'éducation en est le grand gagnant. Après avoir bénéficié d'un allègement de leurs dettes, le Malawi, l'Ouganda et la République Unie de Tanzanie ont tous aboli les frais de scolarité dans le cycle primaire. Ceci a favorisé la scolarisation de plus d'un million d'enfants dans chacun de ces pays. L'allègement de la dette a permis de couvrir les frais de formation de 4000 enseignants tous les ans au Malawi ainsi que les salaires de 5000 enseignants communautaires au Mali.

Source: Jubilee Debt Campaign, 2007

ENCADRE 11.6: RENFORCER LES IMPOTS NATIONAUX ET LES TAXES INTERNATIONALES

Développer des systèmes fiscaux efficaces et équitables. La mise en place d'un système fiscal élargi est une condition de base pour assurer le renforcement des revenus publics. La taxation doit se baser sur la solvabilité, et par conséquent, les individus riches, les grands propriétaires fonciers et les compagnies privées doivent être assujettis à l'impôt. Les pouvoirs publics doivent activement recourir à des politiques fiscales qui visent à réduire les disparités des revenus et de la répartition des richesses.

Renforcer le pouvoir des autorités fiscales et des administrations financières. Dans beaucoup de pays, l'administration fiscale a encore besoin d'être développée voire au moins renforcée. Ceci implique l'élaboration d'un cadre légal ainsi que le recrutement du personnel nécessaire et la mise en place d'une infrastructure technique.

Prévoir une taxation effective des multinationales. La taxation effective des multinationales est l'élément clé de tout système fiscal efficace. Ainsi, les vacances fiscales et les incitations fiscales consenties aux investisseurs multinationaux dans les zones franches d'exportation (ZFE) sont contre-productives à cet égard.

Mettre en place des réglementations contraignantes pour assurer la transparence des flux de paiement. Les taxes et les redevances perçues des investissements étrangers dans les secteurs du pétrole, du gaz naturel et des mines sont d'une grande importance pour les pays riches en ressources… mais les gouvernements ou les compagnies impliquées ne les déclarent pas souvent. Par conséquent, il est nécessaire de demander aux sociétés cotées en bourse de divulguer les informations relatives aux taxes, aux redevances, aux frais et aux autres transactions conclues avec les gouvernements et les institutions du secteur public dans tous les pays dans lesquels elles pratiquent leurs activités.

Lutter contre la corruption. Il est nécessaire d'élaborer des règles et des procédures plus strictes tant dans les pays affectés qu'au niveau international. La Convention des Nations Unies contre la corruption, entrée en vigueur en décembre 2005, doit être ratifiée le plus tôt possible et mise en œuvre.

Renforcer la coopération fiscale à l'échelle internationale. L'amélioration de la coopération entre les gouvernements à l'échelle internationale joue un rôle crucial pour assurer la réussite des réformes fiscales nationales. Une politique fiscale [internationale] mieux coordonnée profiterait à la plupart des pays (à l'exception de certains paradis fiscaux les plus agressifs). Jusqu'à nouvel ordre, il n'existe pas de forum mondial intergouvernemental pour traiter les questions relatives à la taxation. Des appels ont été lancés depuis des années pour la création d'une Organisation fiscale internationale qui comblerait ce fossé dans la gouvernance mondiale. Elle doit être mise en place sous les auspices des Nations Unies.

Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Martens (2007).

Comme dans le cas de l'annulation de dettes, toute mise en œuvre effective de n'importe quelle nouvelle initiative visant à lever des fonds doit véritablement s'ajouter aux sources de financement existantes au lieu de venir simplement les remplacer.

La Commission recommande que :

11.3 Les pays donateurs honorent les engagements pris en portant l'aide à 0,7 % du PIB, qu'ils étendent l'initiative d'allègement de la dette multilatérale et qu'ils coordonnent l'utilisation des aides grâce à un cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 13.6 ; 15.2).

Etant donné que le rapport entre l'aide et la croissance économique a été la cible de critiques dans les pays bénéficiaires, les aides publiques au développement y ont accusé une baisse sensible dans les années 1990 (Friedman, 1958; Bauer, 1981; Boone, 1996; Easterly, 2006; Quartey, 2005; Rajan & Subramanian, 2005; Schneider, 2005; Svensson, 2000). Une nouvelle analyse empirique – résultant en partie d'une amélioration de la qualité des données – montre un rapport plus positif entre les aides publiques au développement et la croissance (GKN 2007). En effet, des méta-analyses mettent en évidence des liens positifs révélés systématiquement dans des dizaines d'études individuelles à caractère empirique (Clemens et al., 2004; McGillivray et al., 2005). Dans l'étude entreprise par Collier & Dollar (2000), l'aide est considérée avoir sauvé environ 30 millions de personnes par an de la pauvreté absolue. Même si la Commission reconnaît la contribution de l'aide à la croissance économique, il est nécessaire de mettre l'accent sur le rôle de l'aide pour la satisfaction des besoins sanitaires de base.

Aide au développement pour la santé

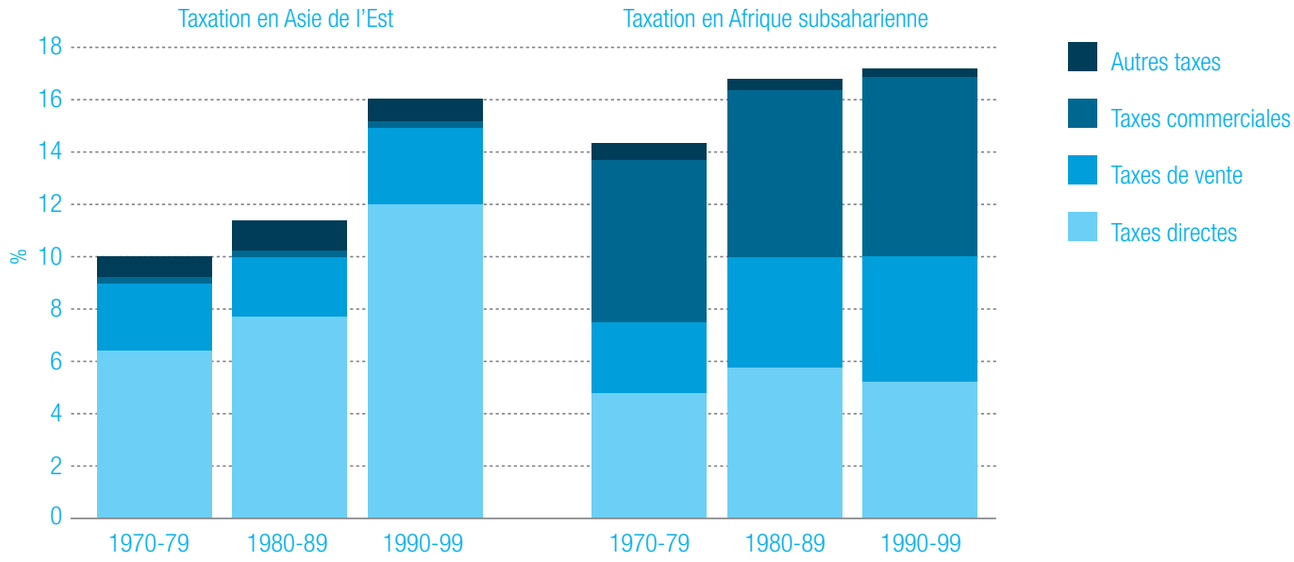
L'ADS, qui est l'aide réelle essentiellement consacrée au secteur de la santé, a beaucoup augmenté au cours des dernières années (Fig. 11.5). Cependant, l'ADS dans son ensemble demeure très insuffisante pour couvrir les besoins des services de santé. La Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS a estimé que l'aide pour la santé doit augmenter pour devenir d'environ 34 $US par habitant annuellement vers 2007, quitte à augmenter de nouveau jusqu'à concurrence de 38 $US par habitant aux alentours de 2015 (cette somme a été réévaluée récemment et fixée à environ 40 $US par personne), et ce afin d'«assurer le traitement et les soins de base » (CMH, 2001).

Le volume total de l'ADS doit augmenter. Cependant, à part l'aide consentie pour financer les interventions de base liées à la santé, la Commission invite les pays donateurs et bénéficiaires à adopter un cadre d'action plus global portant sur les déterminants sociaux de la santé afin d'augmenter le volume de l'aide en général, de renforcer la coordination entre les différentes contributions et d'aligner les dépenses consacrées à la santé sur les plans de développement de plus grande envergure des pays bénéficiaires, en vertu de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide de 2005.

Cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé en faveur de l'aide

Il est possible d'améliorer la coordination et l'alignement de l'aide en mettant davantage l'accent sur les fonds mis en commun à l'échelle mondiale, gérés multilatéralement et régis de manière transparente. L'éligibilité des bénéficiaires et

Figure 11.4 Taxation en Asie de l'Est (à gauche) et en Afrique subsaharienne (à droite), 1970–79, 1980–89, 1990–99.



Réimprimé avec la permission de l'éditeur, tiré de Cobham (2005).

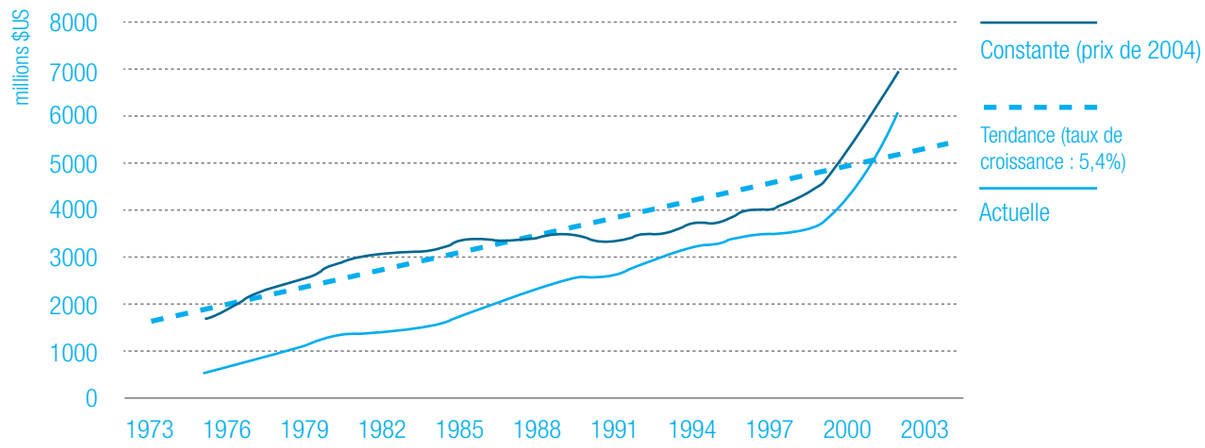
FINANCEMENT EQUITABLE : CHAMP D'ACTION 11.3

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

les montants alloués par les donateurs seraient déterminés en fonction des besoins prédéfinis et des objectifs de développement (suivant en général les principaux éléments du cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé) à condition que l'apport des donateurs demeure stable sur plusieurs années et que les bénéficiaires en accusent réception. L'établissement d'une nouvelle institution multilatérale chargée de la mise en place d'un système d'aide mondiale étendu, digne de confiance et plus cohérent pourrait sembler peu réaliste. Cependant, l'exemple donné par la facilité internationale de financement pour la vaccination (Encadré 11.8) ainsi que le processus de réforme en cours au sein des Nations Unies montrent que de telles innovations ne sont pas seulement possibles, mais qu'elles sont aussi nécessaires (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*).

A plus court terme, la proportion de l'aide liée – par exemple, aux intérêts commerciaux des pays donateurs – doit être réduite alors que la proportion fournie en tant qu'appui budgétaire général doit être sensiblement augmentée (Encadré 11.9). Les donateurs commencent à reconnaître, depuis un certain temps, la nature transsectorielle de la santé et la nécessité d'une action qui ne se limite pas aux causes immédiates des mauvaises conditions de santé et des inégalités sanitaires, mais qui porte sur des déterminants de plus grande envergure. Cependant, loin des considérations théoriques, il semble que les donateurs demeurent attachés, dans le domaine de l'aide en général et de la santé en particulier, à des pratiques liées à un secteur spécifique et à caractère technocratique (Sachs, 2004). L'aide basée sur l'appui budgétaire général a pour avantage d'assurer une forme

Figure 11.5 Aide au développement pour la santé 1973–2004, moyenne mobile sur 5 ans, engagements.



Réimprimé avec la permission de l'auteur, tiré de DAC (2005).

ENCADRE 11.7: CONCURRENCE FISCALE ET 'TERMITES FISCALES'

La mondialisation a limité la capacité des pouvoirs publics à prélever les impôts puisqu'elle accorde de plus en plus l'occasion aux entreprises et aux individus riches de réduire leur responsabilité fiscale en transférant leurs avoirs, leurs transactions voire en se déplaçant eux-mêmes vers les paradis fiscaux. L'ancien directeur du département des affaires fiscales du FMI a identifié un certain nombre de « termites fiscales » qui réduisent la capacité fiscale des gouvernements tant dans les pays riches que dans les pays pauvres. Celles-ci comprennent l'hypermobilité des capitaux financiers et des individus qui perçoivent des revenus élevés et qui sont dotés d'atouts intéressants pour le marché puisque «les taux d'imposition élevés sur les capitaux financiers et les individus en déplacement fréquent incitent les contribuables à transférer leur capital vers des juridictions étrangères qui imposent de faibles charges fiscales ou à élire résidence dans des paradis fiscaux ». Une termite non identifiée ici mais qui devient de plus en plus inquiétante est le développement du commerce intra-entreprise entre les différentes composantes des multinationales – selon une estimation, ce commerce a représenté le tiers du volume total des échanges commerciaux mondiaux vers la fin des années 1990. Ceci offre aux entreprises maintes possibilités pour réduire leurs responsabilités fiscales à travers l'établissement de prix de cession interne (tarification des biens et des services échangés entre les acteurs au sein d'un organisme, permettant ainsi la déclaration d'un chiffre d'affaires artificiellement bas dans les pays imposant des taxes plus élevées). Une récente estimation a révélé qu'une telle tarification erronée a favorisé des sorties de fonds d'une valeur de plus de 31 milliards $US de l'Afrique vers les Etats-Unis entre 1996 et 2005.

Source : GKN, 2007.

« plus pure » d'aide à l'ensemble des instances gouvernementales du pays bénéficiaire. La condition posée à toute éventuelle augmentation de l'appui budgétaire général – pour réduire les risques de voir cette aide détournée des activités liées à la santé - est que les fonds soient spécifiquement alloués à des plans d'action portant sur les déterminants sociaux de santé et que les pays bénéficiaires tiennent leurs engagements à cet égard.

Le DSRP pourrait représenter le principal cadre d'organisation des dépenses consacrées au développement en vertu de la facilité de crédit consentie par le FMI pour la réduction de la pauvreté et la croissance. Le DSRP est censé promouvoir un accord consensuel au sein de chaque pays pour définir les besoins de développement et assurer la cohérence dans la planification des projets de développement. Ainsi, il offre une occasion tangible qui favorise le renforcement de la coordination et de l'alignement de l'aide grâce à un cadre d'investissements répartis sur les secteurs qui serait très similaire au cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé.

Cependant, les critères sur lesquels se basent le processus mis en œuvre dans le cadre du DSRP ainsi que ses performances – notamment, l'accent mis avec insistance sur les mécanismes de contrôle macroéconomique – semblent avoir eu un effet négatif sur la politique nationale et sur les dépenses publiques consacrées, par exemple, à l'éducation et aux soins sanitaires, et ce, malgré la disponibilité de fonds d'assistance au développement pour ces secteurs (Ambrose, 2006 ; Ooms & Shrecker, 2005). Quoique le FMI n'impose pas des restrictions claires aux dépenses pour la santé, ses politiques et ses objectifs généraux – qui s'inscrivent partiellement dans le cadre de dépenses à moyen terme (MTEF) du DSRP – limitent les ressources disponibles pour les soins de santé et les personnels de santé. Ainsi, les ministères de la Santé ont de la difficulté à exercer une influence lors de l'élaboration du budget de l'Etat (Wood, 2006).

Si l'on examine le DSRP d'un point de vue basé sur les déterminants sociaux de la santé, l'on déduit qu'il est en quelque sorte une occasion ratée. Quoique les DSRP favorisent une action intersectorielle plus responsable, ni les gouvernements, et surtout à leur tête les ministères des Finances, ni même les agences internationales ne profitent de cette occasion qui leur

ENCADRE 11.8: LA FACILITE INTERNATIONALE DE FINANCEMENT POUR LA VACCINATION

La Facilité internationale de financement pour la vaccination (FIFV) est une nouvelle institution multilatérale de financement pour le développement, soutenue par les gouvernements donateurs souverains (actuellement ceux de la France, de l'Italie, de la Norvège, de l'Afrique du Sud, de l'Espagne, de la Suède et du Royaume-Uni). Le Président brésilien Lula a aussi fait part du désir du gouvernement brésilien d'engager des fonds. La Banque Mondiale est le principal trésorier de la FIFV. La FIFV lève des fonds en émettant des obligations sur les marchés financiers immédiatement disponibles grâce aux engagements juridiquement contraignants des gouvernements. Il est ainsi prévu que la FIFV emprunte ses fonds d'exploitation sur les marchés financiers internationaux pendant les dix prochaines années, jusqu'à concurrence d'une proportion limitée des obligations des pays qui constituerait sa base financière (ratio de solvabilité).

Afin de soutenir la réalisation des OMD, le principal objectif de la FIFV est de contribuer à sauver le plus rapidement possible la vie d'un plus grand nombre d'enfants. La Facilité a été conçue afin d'accélérer le processus de mise à disposition des fonds nécessaires aux programmes de santé et de vaccination dans 70 des pays les plus pauvres du monde. En investissant la plupart des ressources au début, le programme de financement est destiné à augmenter sensiblement le flux des aides et à assurer des flux de fonds pour financer les programmes de vaccination et le développement des systèmes de santé d'ici jusqu'à l'année 2015 y compris. Un investissement anticipé du FIFV de l'ordre de 4 milliards $US est prévu pour prévenir le décès de 5 millions d'enfants entre 2006 et 2015 et éviter le décès de plus de 5 millions de futurs adultes, et ce en protégeant plus de 500 millions d'enfants grâce à des campagnes de vaccination contre la rougeole, le tétanos et la fièvre jaune.

Modification autorisée, tiré de
http://www.iff-immunisation.org/

ENCADRE 11.9: AMELIORER LA COHERENCE DE L'AIDE – OPTER POUR L'APPUI BUDGETAIRE GENERAL

L'aide internationale versée a surtout revêtu des formes traditionnelles intervenant hors du cadre budgétaire officiel des pays bénéficiaires. Les moyens utilisés ont été critiqués compte tenu de leur effet négatif sur la capacité des pouvoirs publics des pays bénéficiaires à planifier les dépenses. Les conditions posées par les politiques et les contraintes sur les dépenses ont davantage limité le champ d'action de la politique nationale des pays bénéficiaires qui désirent engager une action portant sur les déterminants sociaux de la santé – notamment quand il n'est pas permis à l'aide, par exemple, d'être acheminée pour couvrir les frais institutionnels essentiels tels que la masse salariale du secteur public. En optant pour l'appui budgétaire général, les donateurs adopteront un mécanisme essentiel pour assurer le financement et le renforcement de la capacité des pays bénéficiaires à planifier une action intersectorielle de développement. Grâce à l'appui budgétaire général, les aides sont acheminées à travers les processus budgétaires publics, ce qui est de nature à renforcer le contrôle des gouvernements bénéficiaires sur le développement et à encourager l'adoption de politiques que l'aide est censée financer. L'appui budgétaire général comprend actuellement une partie relativement minime de l'ensemble de l'aide mais il semble que son volume va augmenter.

Source: GKN, 2007

offre les motivations, le soutien et les opportunités nécessaires. Plusieurs DSRP continuent de négliger les principaux déterminants de la santé, à l'instar de l'emploi. Utilisé à bon escient, grâce à des consultations plus élargies et plus adaptées avec les parties prenantes nationales, le DSRP s'avère être un instrument potentiellement puissant pour organiser l'action des gouvernements bénéficiaires et des partenaires de la société civile en vue de réduire la pauvreté tout en recourant à un cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé (Encadré 11.10).

Allègement de la dette

L'annulation des dettes contractées par les PPTE a permis d'augmenter, autant que possible, les dépenses publiques consacrées aux besoins de base tels que les soins de santé et l'éducation dans plusieurs pays bénéficiaires (World Bank Independent Evaluation Group, 2006). Cependant, son «succès» a été inégal, d'où le besoin urgent pour un allègement supplémentaire de la dette afin de soutenir de manière plus efficace les déterminants sociaux de la santé.

Un premier mécanisme qui permet un allègement supplémentaire de la dette consiste à redéfinir le niveau du service de la dette de manière durable pour les pays à revenu moyen et faible, de telle sorte qu'il puisse satisfaire les besoins de base liés à la santé. Le projet du Millénaire a recommandé de redéfinir la viabilité de la dette comme étant le niveau de la dette qui favorise la réalisation des OMD, ce qui nécessite l'annulation de la dette à 100% pour plusieurs PPTE et plus d'allègement que celui qui est prévu pour les pays à revenu moyen (UN Millenium Project, 2005). Un second mécanisme prévoit de mettre en place une initiative indépendante pour l'allègement de la dette des économies très endettées à revenu moyen, et qui serait prise en charge par la Banque Mondiale ou le FMI. Ce mécanisme aiderait les pays à revenu moyen à éviter une crise de la dette dans le futur et à protéger les dépenses sociales de tout éventuel fardeau engendré par de lourdes dettes (Dervis & Birdsall, 2006). Une troisième option est d'adopter une approche basée sur le principe du revenu net possible (feasible net revenue approach) pour la remise des dettes et qui serait basée sur un revenu minimum par habitant de l'ordre de 3 $US par jour déterminé en fonction de la parité du pouvoir d'achat (Edward, 2006). En recourant à cette approche, Mandel considère que 31 à 43% des dettes des pays en développement – soit 93 à 107 pays – doivent être annulées à condition de réduire la pauvreté et de réaliser les OMD (Mandel, 2006). Tout allègement prolongé de la dette doit être soumis à des conditions qui obligent les gouvernements bénéficiaires à s'engager clairement sur la voie d'une augmentation appréciable des dépenses dans le secteur social, tout en permettant aux acteurs de la société civile de procéder à une évaluation régulière de la performance des pouvoirs publics. Les bénéfices tirés de l'allègement de la dette ne seront visibles que s'ils viennent s'ajouter vraiment aux fonds déjà levés dans le cadre de l'aide au développement (Bird & Milne, 2003 ; Arslanalp & Henry, 2006).

La Commission recommande que :

11.4 Les institutions financières internationales fixent des conditions et des modalités transparentes applicables à toute opération internationale d'emprunt et de prêt afin d'éviter un futur endettement insoutenable.

Responsabilité future à l'égard des dettes contractées

La communauté internationale doit admettre que, compte tenu des immenses besoins en capitaux des pays pauvres, l'emprunt sur les marchés internationaux est désormais inévitable. Il est évident que les pays endettés qui ont profité d'un allègement ont assisté à une nouvelle augmentation du volume total de leurs dettes après l'année 2000.

Il est nécessaire que les futurs arrangements sur les crédits internationaux ne se concentrent plus seulement sur des indicateurs limités relatifs à la viabilité de l'économie mais envisagent d'aboutir à un accord sur la nécessité d'assumer une « responsabilité à l'égard des dettes contractées». Ce concept de responsabilité de la dette a des aspects économiques, sociaux et politiques. Il faut utiliser les mesures relatives à la vulnérabilité économique lors de l'évaluation des risques qui exposeraient un pays à des problèmes de dettes – celles-ci pourraient inclure la dépendance des pays envers les produits de première nécessité, la fréquence des désastres naturels ou l'ampleur de l'épidémie VIH/SIDA. Cependant, le concept de responsabilité de la dette s'étend bien au-delà de ces considérations. Une plus grande transparence est nécessaire dans le processus même de l'octroi de la dette : les créanciers et les emprunteurs des pouvoirs publics doivent être soumis au contrôle du pouvoir législatif et le public doit être incité à participer à la prise d'importantes décisions économiques. Le contrôle puissant que les créditeurs exerçaient sur l'initiative en faveur des PPTE a relancé les appels invitant à une approche plus équilibrée à l'égard de l'annulation des dettes. La Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement (CNUCED) (2006) ainsi que les militants en faveur de la réduction des dettes ont demandé d'introduire des réformes dans l'architecture financière internationale pour garantir une meilleure organisation des procédures de faillite et un arbitrage indépendant des litiges qui opposent les créanciers aux emprunteurs. En ce qui concerne l'augmentation du volume de l'aide et la réduction de la dette, il est utile de rappeler que les bénéficiaires d'un volume de plus en plus important de ressources sont tenus de rendre compte de toute

ENCADRE 11.10: RENFORCER LE DOCUMENT DE STRATEGIE POUR LA REDUCTION DE LA PAUVRETE

Pour renforcer le DSRP, il est nécessaire de :

mettre l'accent de manière plus explicite sur le DSRP en tant que processus qui assure la cohérence transsectorielle à l'échelle nationale lors de la prise de décisions et dans le cadre de l'action intersectorielle ;

bénéficier d'un plus grand soutien de la part des donateurs et des instances gouvernementales nationales pour le financement de toute action transsectorielle portant sur les déterminants sociaux de la santé ;

accorder plus d'intérêt sur le plan international aux AIS pour les multiplier dans le domaine de la santé, sous l'égide de l'OMS ;

assurer un plus grand soutien aux ministères de la Santé qui tentent de convenir avec les ministères des Finances et le FMI du volume du budget consacré à la santé ;

garantir l'accès aux flexibilités prévues lors de la planification des dépenses (MTEF) pour les frais de fonctionnement essentiels (tels que ceux propres aux ressources humaines dans le secteur de la santé).

Source: GKN, 2007

amélioration notable apportée aux dépenses sociales consacrées à l'action portant sur les déterminants sociaux de la santé ainsi que de toute tendance positive vérifiable enregistrée en matière d'équité en santé.

La Commission recommande que :

11.5 Les instances gouvernementales, à l'échelle nationale et locale, et la société civile instaurent des mécanismes pour financer l'action de l'ensemble du gouvernement sur les déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 10.2)

Répartition équitable

Beaucoup de gouvernements reconnaissent la nécessité d'augmenter les dépenses publiques à travers un ensemble de politiques et d'interventions qui ont un effet sur la santé. Pour que la santé soit prise en considération à tous les niveaux de l'élaboration des politiques, il est nécessaire qu'elle figure dans le budget des plans et des actions menés par les divers ministères et les départements (Encadré 11.11 ; cf. Chapitre 10: *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*).

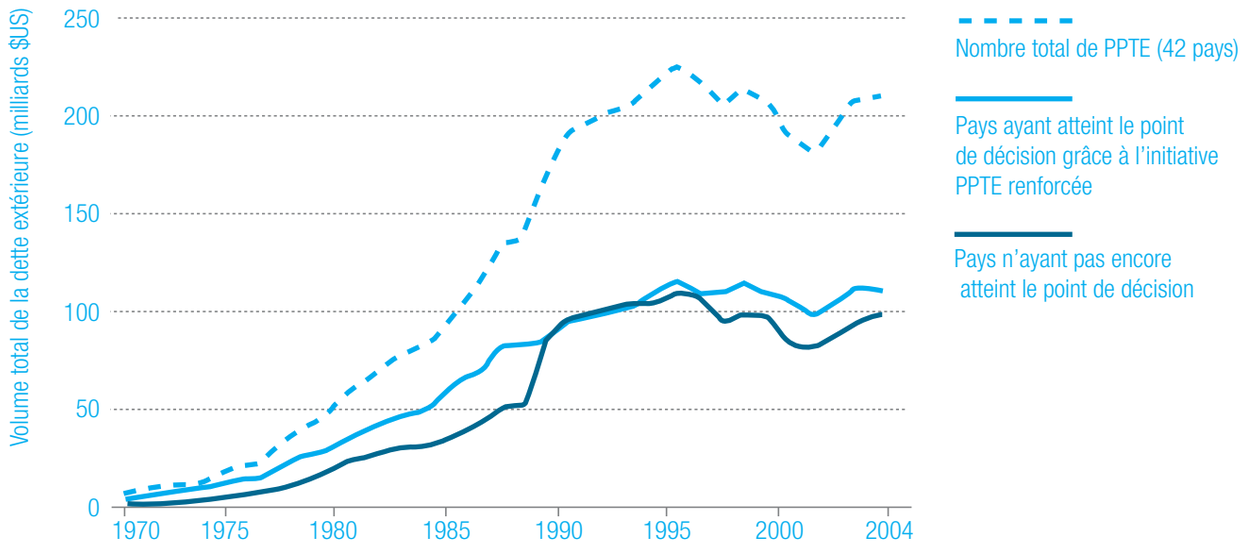
La Commission recommande que :

11.6 Les fonds publics soient équitablement répartis et contrôlés entre les régions géographiques et les groupes sociaux, en utilisant, par exemple, une jauge de l'équité (cf. Rec. 5.2; 14.3; 16.2).

Il ne suffit pas d'obtenir le financement nécessaire pour la mise en œuvre des politiques cohérentes au niveau transsectoriel afin de réduire la pauvreté et de mener une action portant sur les déterminants sociaux de la santé, mais il faut aussi s'assurer qu'un tel financement est équitablement réparti entre les régions géographiques pour résoudre le problème de l'inégalité géographique. La jauge de l'équité est une approche en ce sens (Encadré 11.12). C'est par un effort commun, sous l'égide de l'OMS et de la Banque mondiale, et en collaboration avec des acteurs de la société civile, à l'instar de l'Alliance Mondiale de l'équité sociale (GEGA), qu'il serait possible de développer et de mettre à l'épreuve cette jauge de l'équité dans les Etats Membres, et ce, tout en envisageant d'en généraliser l'usage pour s'attaquer à un éventail plus large de déterminants sociaux de la santé (cf. Chapitre 16 : *Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*).

Des fonds publics adéquats, consentis équitablement et dépensés de manière cohérente, sont vitaux pour réaliser des progrès en termes d'équité en santé. A long terme, le renforcement des régimes d'imposition progressive est essentiel pour garantir un financement équitable pour les pays. A plus court terme, c'est une question de vie et de mort et de justice sociale à l'échelle mondiale que de déployer des efforts mieux coordonnés pour augmenter le volume des aides et alléger davantage les dettes en vue de réduire la pauvreté, dans le cadre d'une action portant sur les déterminants sociaux de la santé.

Figure 11.6 Montant total de la dette extérieure des Pays pauvres très endettés, 1970–2004 (milliards de dollars).



Réimprimé avec la permission des auteurs, tiré de UNCTAD (2006).

ENCADRE 11.11: FINANCER L'ACTION PORTANT SUR L'ENSEMBLE DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

Le manque de mécanismes financiers pour soutenir l'AIS a été considéré comme l'obstacle qui entrave habituellement cette AIS. Cependant, un certain nombre de modèles mettent en évidence les instruments et mécanismes financiers qui pourraient être prometteurs et qui pourraient être mis en œuvre tant sur le plan national que sur le plan international :

La **répartition des crédits** doit avoir lieu pour l'AIS exclusivement en définissant clairement les critères propres à l'AIS et ceux qui ne le sont pas. Il est possible d'assortir cette démarche de règles qui fournissent les instruments juridiques nécessaires pour la mise en œuvre de l'AIS dans certaines situations.

L'AIS doit être considérée comme une **condition pour consentir des fonds** (cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*).

Le partage des frais et la mise en commun des ressources requièrent des contributions financières d'un ensemble de gouvernements et d'ONG en faveur d'une population ou d'une cause spécifique selon les mandats des organisations. Ces contributions peuvent comprendre des ressources en nature (p.ex. des personnes, des informations, de l'expertise, un espace physique, des moyens technologiques) allouées par des secteurs ou des organisations qui disposent de ressources financières limitées.

Source: **http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html**

ENCADRE 11.12: REPARTIR LES FONDS EQUITABLEMENT – APPROCHE BASEE SUR LA JAUGE DE L'EQUITE

Afin d'assurer une couverture géographique, y compris dans les régions insuffisamment desservies, et afin d'assurer des services complets durables dans tous les pays, il est important de mettre en œuvre des mécanismes qui répartissent les fonds disponibles provenant des taxes entre les habitants et les régions selon les besoins – par exemple, les budgets sont répartis entre les régions géographiques selon une formule qui évalue le nombre des habitants selon leurs besoins plutôt qu'en fonction des modèles de dépense qu'ils ont préalablement adoptés. L'expérience montre le vrai potentiel de tels mécanismes même dans des pays à revenu faible, malgré les défis que ceci pose aux niveaux informationnel et politique. Quand une vaste panoplie de sources de financement est disponible (dont, par exemple, les revenus de l'assurance-maladie assurés par un financement international ou par la communauté elle-même), les mécanismes mis en œuvre pour répartir les ressources doivent prendre en considération toutes les sources de financement afin de s'assurer que la distribution de l'ensemble des revenus est équitable.

Une jauge de l'équité est une approche active pour traiter les inégalités sanitaires puisqu'elle ne se contente pas de *surveiller* les inégalités, mais elle comprend aussi des *actions* concrètes pour *réduire durablement* les disparités injustes dans le secteur de la santé et des soins de santé. En ce sens, la jauge de l'équité doit fonctionner beaucoup plus comme un thermostat que comme un thermomètre, car elle ne doit pas se contenter de mesurer – ou jauger – l'équité et l'inégalité, mais elle doit aussi déclencher des actions pour réduire les inégalités. Une jauge de l'équité cherche à réduire les disparités injustes dans le secteur de la santé à travers trois cercles d'action élargis, appelés piliers, chacun d'eux étant essentiels à une jauge de l'équité efficace: (a) évaluation et suivi pour analyser, comprendre, mesurer et rassembler des données sur les inégalités ; (b) plaidoyer pour promouvoir des changements de politique, de programmes et de planification ; et (c) habilitation de la communauté pour soutenir les pauvres et les marginalisés en tant que participants actifs au changement et non comme de simples bénéficiaires passifs qui tirent profit de l'aide consentie ou de l'assistance apportée.

Source: HSKN, 2007

CHAPITRE 12
Rôle du marché

"Imaginez un régime commercial dont les règles sont définies de telle sorte à maximiser les possibilités de développement, notamment dans les nations les plus pauvres du monde. Au lieu de se demander 'comment développer le commerce et l'accès au marché au maximum ?', les négociateurs se demanderaient 'comment permettre aux pays de sortir de la pauvreté ?'"

Dani Rodrik (2001)

LA RELATION ENTRE LE MARCHE ET L'EQUITE EN SANTE

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 sont défavorables à la santé. La commercialisation de biens sociaux essentiels comme l'instruction et les soins médicaux, la disponibilité et l'accès de plus en plus facile aux marchandises ayant des effets sanitaires indésirables, engendrent des inégalités en santé. Un des objectifs principaux de la politique économique devrait être la création d'un environnement qui génère des moyens de subsistance et œuvre par conséquent en faveur de l'équité en santé pour tous les hommes. Ceci implique tout un ensemble d'engagements à prendre dans la répartition équitable des ressources, la réglementation nationale et supranationale efficace des produits, des activités et des conditions qui nuisent à la santé et qui mènent aux inégalités en santé, et dans les droits sociaux exécutoires. Les marchés sont importants, mais il est urgent de renouveler le rôle de direction du gouvernement pour équilibrer les intérêts des secteurs public et privé, comme il est aussi urgent d'avoir un système économique mondial qui soutienne cette direction.

Intégration du marché mondial

Les principales caractéristiques de la mondialisation des trois dernières décennies ont été l'intégration de la plupart des pays du monde dans le marché mondial et l'extension des relations axées sur le marché à un plus grand nombre de domaines de la vie sociale au sein de ces pays. Ce processus a été facilité par des mesures telles que les régimes de libéralisation des échanges et la déréglementation dans certains marchés domestiques sélectionnés. Les conséquences se sont manifestées, tant dans les pays riches que dans les pays pauvres, en termes d'émergence naturelle de marchés mondiaux du travail (sans mobilité de la main-d'œuvre), de privatisation généralisée et de réduction proportionnée de l'Etat. Ces processus ont intensifié la réification et la commercialisation des déterminants sociaux essentiels de la santé, y compris, l'eau, les soins de santé et le courant électrique. Ils ont également augmenté la disponibilité de produits nuisibles à la santé tels que les aliments riches en gras, en sucres et en sel, ainsi que le tabac et l'alcool. Le rôle du secteur public, qui consiste à réguler le marché afin qu'il réalise les objectifs collectifs tels que l'équité en santé, s'est fortement affaibli dans bon nombre de cas.

Les données probantes laissent entendre que les marchés élargis et approfondis de la mondialisation sont fondamentalement des 'causes de dénivellement' (Birdsall, 2006). Ils favorisent largement les pays qui possèdent des actifs productifs (financiers, de terres, physiques, institutionnels et en capital humain) par rapport à ceux qui en manquent, principalement les pays à revenu faible et moyen. La mondialisation privilégie également les pays riches et les groupes aisés au sein des pays, car ils disposent de plus de ressources et de pouvoir pour exercer une influence sur la conception des règles. Par conséquent, les marchés et leurs effets requièrent une certaine modération en faveur de ceux qu'ils placent en situation désavantageuse relative, non seulement en favorisant un rôle de direction plus important du secteur public au sein des pays, mais aussi en apportant des améliorations importantes dans la gouvernance mondiale, par exemple, dans les marchés financiers internationaux (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*). La crise bancaire qui a surgi en 2008 suite aux crédits hypothécaires à risque (subprime mortgages) témoigne des risques disproportionnés encourus par certains groupes sociaux, notamment les pauvres, et de la nécessité d'une réglementation plus forte.

Même les 'gagnants' de la mondialisation tant vantés, tels que la Chine, ont réalisé une grande partie de leur croissance sans adhérer à quoi que ce soit qui se rapproche des politiques d'économie de marché. La réduction de la pauvreté en Chine et les progrès enregistrés dans la santé de la population ont principalement eu lieu avant l'intégration du marché mondial. Entre 1952 et 1982, la mortalité infantile a chuté de 200 à 34 pour 1000 naissances et l'espérance de vie à la naissance a augmenté à peu près de 35 ans à 68 ans (Blumenthal & Hsiao, 2005). En effet, c'est depuis que la Chine a déréglementé ses marchés domestiques et accéléré le développement industriel orienté vers l'exportation, que l'inégalité des revenus et en termes d'accès aux soins de santé s'est considérablement accrue (Akin et al., 2004 ; Akin et al., 2005 ; French, 2006 ; Dummer & Cook, 2007 ; Meng, 2007). Il existe actuellement de grandes disparités en santé entre les régions côtières de Chine et les provinces intérieures. Sommairement, la période d'intégration du marché a vu l'inégalité des revenus monter en flèche au sein des pays et entre eux.

Commerce et investissement - négociations mondiales inéquitables

Les inégalités structurelles dans l'architecture institutionnelle mondiale maintiennent l'injustice au niveau des processus et des résultats liés au commerce. Les accords de commerce et d'investissement ont souvent été caractérisés par : (a) une participation asymétrique parmi les pays signataires, particulièrement les pays à revenu faible ayant une capacité de négociation commerciale relativement faible, et (b) des inégalités dans le pouvoir de négociation, provenant des différences au niveau de la taille de la population et de la richesse nationale. La participation à de tels accords se fait souvent sans évaluation adéquate de tout l'éventail de risques sociaux qu'ils entraînent, y compris le risque d'augmenter les inégalités et l'inéquité en santé. Ceci est partiellement dû à la participation rare aux négociations commerciales des départements ou des ministères gouvernementaux et des organisations de la société civile ayant des mandats et de l'expertise pertinents pour la santé publique. Les institutions et processus mondiaux, tels que la Commission du Codex Alimentarius (Encadré 12.1), montrent comment les perspectives de santé et d'équité en santé ont été sous-représentées dans certains domaines principaux des négociations économiques internationales.

Les accords d'investissement bilatéraux constituent un autre exemple de modalités liées au commerce international qui sous-estiment ou excluent carrément les questions de santé. En dehors du fait que les accords bilatéraux et régionaux peuvent miner ou affecter de manière défavorable les conditions de santé dans les accords multilatéraux (cf. ADPIC ci-dessous), les données laissent supposer que les cadres tels les accords d'investissement

bilatéraux sont disproportionnellement concernés par la facilitation de l'investissement direct étranger et relativement inattentifs à la santé.

Influence des sociétés transnationales

Les sociétés transnationales qui organisent la production à travers de multiples frontières nationales ont prospéré simultanément à l'élargissement et l'approfondissement de la libéralisation des échanges. Les revenus de Wal-Mart, BP, Exxon Mobil, et du Groupe Shell/Royal Dutch se classent tous au-dessus du PIB des pays comme l'Indonésie, la Norvège, l'Arabie Saoudite et l'Afrique du Sud (EMCONET, 2007). Les accords commerciaux, ayant force obligatoire pour les parties et ayant ouvert les marchés domestiques à la compétition mondiale, associés à l'augmentation du pouvoir corporatif et de la mobilité des capitaux, ont certainement diminué les capacités individuelles des pays à garantir que l'activité économique contribue à l'équité en santé, ou au moins ne l'ébranle pas. Il ne s'agit pas d'en déduire que les acteurs du secteur privé (individus ou sociétés) sont foncièrement mauvais. Il s'agit plutôt d'affirmer que beaucoup d'entre eux sont devenus très puissants dans l'économie et l'influence politique, et que leur pouvoir devra être responsable du bien public et consacré à des fins économiques privées.

Protection de la provision publique et réglementation de l'offre privée

La direction du secteur public doit être renforcée par rapport au secteur privé, et ce, de deux points de vue : protéger l'accès équitable aux biens et services essentiels au bien-être et à la santé (tels que l'eau) et contrôler la disponibilité des biens et des services qui ont des effets nuisibles à la santé. La question concernant les biens et les services qui requièrent un statut protégé ou un contrôle réglementaire variera selon le contexte du pays, mais on peut en donner quelques exemples :

L'eau

Environ 1,2 milliards de personnes dans le monde, presque toutes dans les pays à revenu faible et moyen, n'ont pas accès à l'approvisionnement adéquat en eau (UNESCO, 2006a). Assurer l'accès des personnes à l'eau et à l'assainissement est vital et constitue une nette responsabilité de l'Etat. La mondialisation a fait porter un nouveau regard sur les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, particulièrement là où le gouvernement est déficient. Ceci dit, le rôle du secteur public – notamment les antécédents historiques dans la gestion équitable de l'approvisionnement en eau - demeure central. Les exemples donnés (Encadré 12.2) montrent les effets négatifs potentiels de la privatisation de l'eau. Les éléments probants sont plus nombreux (Loftus & McDonald, 2001 ; Jaglin, 2002 ; Budds & McGranahan, 2003 ; McDonald & Smith, 2004; Galiani et al., 2005 ; Mehta & Madsen, 2005; Debbane, 2007 ; Aiyer, 2007) à suggérer que la privatisation en gros de l'eau doit être déconseillée.

Soins de santé

La réforme du secteur de la santé s'est centrée sur une conception étroite de l'efficacité technique et économique, privilégiant l'intervention médicale 'rentable' et augmentant la commercialisation – malgré les indices probants de non rentabilité. Les données probantes disponibles indiquent que la commercialisation des services de santé, y compris l'assurance maladie, crée des inégalités au niveau de l'accès (Barrientos & Lloyd-Sherlock, 2000 ; Bennett & Gilson, 2001 ; Cruz-Saco, 2002 ; Barrientos & Peter Lloyd-Sherlock, 2003 ; Hutton, 2004) et des résultats sur le plan sanitaire (Koivusalo & Mackintosh, 2005), si une telle commercialisation est dirigée par des acteurs domestiques ou étrangers.

Presque tous les systèmes de santé sont 'mixtes' et comprennent

ENCADRE 12.1: REPRESENTATION AU SEIN DE LA COMMISSION DU CODEX ALIMENTARIUS

La Commission du Codex Alimentarius est un organisme important conjointement formé par la FAO et l'OMS afin d'élaborer des normes alimentaires, des lignes directrices et d'autres textes, tels que les Codes d'usages, dans le cadre du Programme mixte FAO/OMS sur les normes alimentaires. Les buts principaux de ce programme sont la protection de la santé des consommateurs, la promotion de pratiques loyales dans le commerce des aliments et la coordination de tous les travaux de normalisation ayant trait aux aliments, entrepris par des organisations aussi bien gouvernementales que non gouvernementales.

Le Codex a pris de l'importance depuis la création de l'OMC. Les normes Codex sont utilisées par l'OMC en tant que points de référence dans le cas des conflits commerciaux. Il est important que la FAO et l'OMS garantissent l'impartialité de cet organisme. Les modalités actuelles laissent entendre que la participation est biaisée et la représentation inéquitable, avec pour résultat un déséquilibre entre les objectifs commerciaux et la protection du consommateur. La révision de 1993 a révélé la participation de 26 représentants de groupes de défense de l'intérêt public, contre 662 du secteur industriel.

Source: Friel et al., 2007

ENCADRE 12.2: PRIVATISATION DE L'EAU EN ARGENTINE ET BOLIVIE

Depuis 1993, la société française Suez-Lyonnaise des Eaux a été le partenaire principal dans l'entreprise de service public privatisée qui alimentait en eau les 10 millions d'habitants de Buenos Aires, l'une des plus grandes concessions en eau dans le monde. Les prix des services avaient augmenté de plus de 20 % après la privatisation. Les familles les plus pauvres (celles qui étaient reliées aux réseaux d'eau) n'étaient plus à même de payer leurs factures d'eau.

En septembre 1999, le consortium Aguas del Tunari dirigé par International Water s'est vu attribuer une concession de 40 ans pour le système d'eau et d'assainissement du Cochabamba, la troisième plus grande ville de Bolivie. Les tarifs des services de l'eau ont été majorés de 200 % afin de couvrir les coûts d'un énorme projet technique.

Sources: Loftus & McDonald, 2001; **http://www.foe.co.uk/resource/briefings/gats_stealing_water.pdf**

à la fois des initiatives privées et publiques. La Commission admet cela. Pour cette raison, une question clé se présente : à quel point le gouvernement est-il capable de superviser le fonctionnement de son système mixte, planifier une provision juste et réglementer les intrants du secteur privé ? Dans les pays à revenu moyen, les taux de commercialisation élevés sont systématiquement associés à une inégalité au niveau de l'accès aux soins de santé et des résultats sanitaires (HSKN, 2007). Dans les milieux défavorisés, l'absence de réglementation sur la commercialisation du paiement à l'acte laisse présager des risques graves pour la situation sanitaire. En termes d'équité en santé, les soins de santé financés publiquement, indépendamment de la solvabilité des bénéficiaires, représentent la meilleure option politique (cf. Chapitre 9 et 11 : *Soins de santé universels ; Financement équitable*).

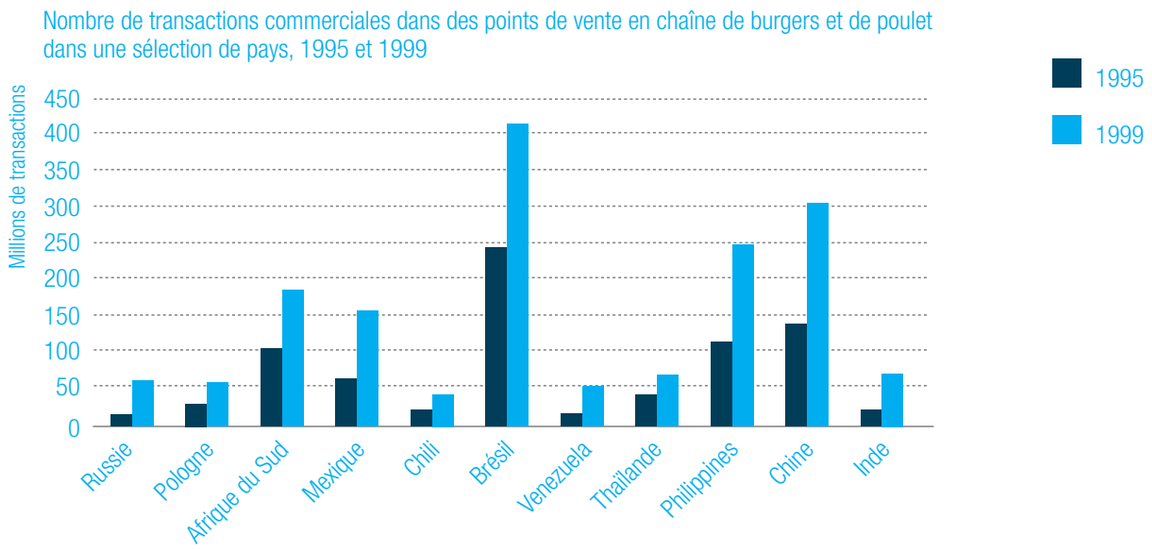
Le travail

Le travail est primordial pour le fonctionnement social des individus et la santé équitable, tant dans la possibilité d'en obtenir que dans les conditions dans lesquelles il est entrepris. L'intégration et la libéralisation du marché mondial ont eu une lourde répercussion sur les conditions de travail. L'apparition d'une 'nouvelle division du travail' est illustrée par le déplacement de la production à forte densité de main-d'œuvre (par ex. dans les industries du textile et du vêtement) vers des sites dans des pays en voie de développement choisis sur la base de salaires bas et de protection minimale des travailleurs, le plus souvent situés dans les zones franches industrielles (Fröbel et al., 1980). Même dans les économies les plus riches, il existe des secteurs de la main-d'œuvre où les conditions sont médiocres. Les cadres législatifs et réglementaires officiels, qui favorisent le travail sain et protègent la main-d'œuvre, ne sont souvent pas assez développés ou imposés, tant sur le plan international que national. Les normes de travail ne sont pas incluses dans les accords commerciaux mondiaux, et même si elles le sont dans certains accords bilatéraux ou régionaux, elles sont souvent ambiguës ou manquent de dispositions d'application (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*).

Les denrées alimentaires, le tabac et l'alcool

Les réformes commerciales et l'influence croissante des investissements étrangers directs peuvent exercer une influence sur le régime alimentaire et la transition nutritionnelle, et ceci en enlevant les obstacles à l'entrée des sociétés multinationales fabriquant des denrées alimentaires, et des supermarchés qui sont en expansion vers de nouveaux marchés. La libéralisation des échanges – ouvrant la voie à davantage de pays au marché international – associée aux subventions alimentaires continues,

Figure 12.1 Consommation de repas-minute (1995 et 1999) dans une sélection de pays.



Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Hawkes (2002).
Source : Euromonitor data in Hawkes (2002).

ENCADRE 12.3: LES COUTS DU TABAGISME

Une étude sur les données de 1998 en Chine a montré que les coûts médicaux des décès précoces dus au tabagisme représentaient 2,76 milliards $US ou 6 % de la totalité des coûts médicaux à travers le pays.

En Inde, en l'an 2000, le Conseil indien pour la Recherche médicale a estimé les coûts de trois maladies graves liées au tabac (cancer, maladie cardiaque et broncho-pneumopathie chronique obstructive) à 270 milliards de roupies (5,8 milliards $US), ce qui dépasse la contribution directe de l'industrie du tabac aux recettes du gouvernement indien, atteignant 70 milliards de roupies (environ 1,5 milliard $US).

Source: PPHCKN, 2007c

a rendu les produits alimentaires ayant des effets sanitaires indésirables plus accessibles, abordables et attrayants. Aussi, les sociétés alimentaires multinationales ont-elles inondé le marché mondial avec des denrées alimentaires dont la production est bon marché, qui sont très riches en matières énergétiques et pauvres en matières nutritives (Fig 12.1) (cf. Chapitre 6 : *Un environnement salubre pour une population en bonne santé*).

L'intégration croissante du marché mondial a également favorisé l'extension de la production et de la consommation de marchandises ayant des effets sanitaires indésirables (par exemple le tabac et l'alcool). Actuellement, plus de 1,3 milliards de personnes dans le monde fument des cigarettes (plus d'un milliard d'hommes et environ 250 millions de femmes), une personne sur cinq parmi la population mondiale et une sur trois parmi les personnes âgées de 15 ans et plus. On s'attend à ce que ce nombre augmente à plus de 1,7 milliards d'ici 2025, si le taux de prévalence mondiale de la consommation du tabac ne change pas (PPHCKN, 2007c). L'Encadré 12.3 souligne les coûts du tabagisme.

On note environ 2 millions de décès causés par l'alcool par an, du même ordre que le VIH/SIDA qui en cause 2,9 millions. Les niveaux absolus de morbidité et d'incapacité liées à l'alcool sont aussi élevés dans les pays pauvres d'Afrique et d'Amérique qu'en Europe de l'Ouest et qu'en Amérique du Nord. Les maladies liées à l'alcool sont à un niveau plus élevé dans l'ancienne Union soviétique et en Asie centrale, représentant 13 % de la charge totale. En Fédération de Russie, le taux est même supérieur (PPHCKN, 2007b). Une société dépourvue de politiques efficaces relatives à l'alcool assistera vraisemblablement à une augmentation brusque des problèmes liés à l'alcool au cours de son développement économique. La transition qui a eu lieu dans l'ancienne Union soviétique en est un exemple frappant. En Fédération de Russie, la 'thérapie de choc' et la libéralisation économique en 1992 ont inclus une déréglementation totale du commerce des boissons alcoolisées. L'augmentation de la mortalité qui s'en est suivie a été corrélée à la consommation occasionnelle excessive d'alcool (Leon et al., 1997 ; PPHCKN, 2007b).

ACTIONS POUR UNE RESPONSABILITE DU MARCHE

La Commission recommande que :

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

Une recommandation clé de la Commission consiste pour les pays participants à agir avec prudence dans l'étude de nouveaux engagements de politiques économiques (commerce et investissement) aux niveaux mondial, régional et bilatéral. Avant d'exécuter de tels engagements, il est essentiel de comprendre les conséquences qu'ils peuvent avoir sur la santé et l'équité en santé. L'OMS doit réaffirmer son rôle de chef de file en santé mondiale en commençant par une révision des accords de commerce et d'investissement – tout en collaborant avec d'autres organismes multilatéraux – avec le souci d'institutionnaliser l'évaluation de l'impact sur l'équité en santé en tant qu'élément standard pour tous les accords futurs. L'OMS peut également renforcer la capacité des Etats Membres, de leurs ministres de la Santé et des organisations de la société civile, afin de préparer les positions pour des négociations commerciales bilatérales et multilatérales.

Pour ce faire, l'OMS devra augmenter sa recherche et son expertise politique déjà existantes, y compris dans les domaines de l'économie, du droit et des sciences sociales. Il sera nécessaire d'envisager avec une attention particulière les négociations

ENCADRE 12.4: ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : OUTILS DE DIAGNOSTIC ET MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT SUR LE COMMERCE ET LA SANTE – UNE PRIORITE POUR 2008/2009

L'OMS œuvre avec l'OMC, la Banque Mondiale, l'Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle, la CNUCED et avec des experts internationaux et des responsables du commerce et de la santé publique de dix pays, pour mettre au point une série d'outils de diagnostic et d'un manuel d'accompagnement sur le commerce et la santé. Cette nouvelle phase de travail adopte une perspective plus systématique et plus large des liens entre le commerce et la santé. Les outils de diagnostic examinent cinq éléments de cette relation: 1) la macroéconomie, le commerce et la santé 2) le commerce des produits liés à la santé, y compris les médicaments et les questions relatives à la propriété intellectuelle ; 3) le commerce des produits nocifs, tels les produits dérivés du tabac ; 4) le commerce des services de santé – commerce électronique, tourisme sanitaire, investissement étranger direct en santé, mouvement transfrontalier de professionnels de la santé ; et 5) le commerce des denrées alimentaires. Les outils de diagnostic et le manuel d'accompagnement qui documente les meilleures pratiques, les sources de données, les arbres de décisions et les normes internationales, seront prêts pour la mise en œuvre en 2009. L'application des outils de diagnostic permettra aux responsables des choix politiques d'élaborer des politiques et des stratégies nationales relatives au commerce et à la santé, et d'identifier leurs besoins en matière de renforcement de capacités dans ce domaine. Au cours des dernières années, il y a eu une forte augmentation des ressources extérieures fournies aux pays en développement, afin de renforcer leurs moyens en matière de commerce. 'Aide pour le commerce' présente une possibilité d'aider les pays à développer leurs moyens en termes de commerce et de santé.

Source: WHO, **http://www.who.int/trade/resource/tradewp/en/index.html** et communication personnelle

ROLE DU MARCHE : CHAMP D'ACTION 12.1

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

liées au commerce portant sur la réglementation domestique, les subventions et les marchés publics – et celles qui influent mondialement sur la production et les marchés financiers organisés – ainsi que le commerce des biens et des services ayant des effets directs sur la santé.

Ceci nécessiterait la collaboration avec d'autres organismes de l'ONU, tels que CNUCED, OIT, FAO, UNESCO et le Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, en vue de créer une base factuelle intersectorielle et plus élaborée pour comprendre les questions relatives à la gouvernance économique mondiale, la mondialisation et les déterminants sociaux de la santé. L'OMS s'est déjà engagée aux côtés d'autres institutions mondiales et a apporté son soutien aux Etats Membres pour faire de la capacité des négociations commerciales une priorité (Encadré 12.4). Cependant, il est important qu'un tel appui soit beaucoup plus axé sur la question d'équité en santé.

Evaluation de l'impact des accords économiques sur l'équité en santé

Comme les conséquences des accords internationaux sur l'équité en santé et leur impact sur les politiques et programmes nationaux ne sont pas toujours évidents, l'évaluation de ces conséquences constitue la clé des politiques et des programmes intergouvernementaux cohérents. Il est essentiel que l'évaluation de l'équité en santé soit appliquée aux politiques ou aux programmes principaux, même en dehors du secteur de la santé (MEKN, 2007a) (cf. Chapitre 16 : *Déterminants de la santé: observation, recherche et formation*). Les exemples provenant de la Slovénie et de la Thaïlande, même s'ils sont axés sur la santé en général plutôt que sur l'équité en santé, mettent en évidence la possibilité d'appliquer de tels processus d'évaluation et montrent leur potentiel (Encadrés 12.5 et 12.6).

L'institutionnalisation de l'évaluation de l'impact sur l'équité en santé est encore à ses débuts et présente des problèmes réels en termes de compétences techniques requises et de capacité institutionnelle dans de nombreux pays, notamment ceux à revenu faible ou moyen. Pourtant, l'exemple de l'évaluation de l'impact sur l'environnement nous rend optimiste. Nonobstant les lacunes graves reconnues au niveau de la méthodologie, du déroulement et de l'imposition de l'évaluation de l'impact sur l'environnement, ce dernier est devenu, en l'espace d'une génération, un critère largement reconnu de par le monde dans les processus d'élaboration des politiques.

Flexibilité dans les accords

L'engagement en faveur des accords commerciaux ne doit pas empêcher les pays signataires, après avoir signé, d'agir pour atténuer les répercussions imprévues nuisibles à la santé et à l'équité en santé.

Il est clair qu'une plus grande flexibilité est requise dans la façon dont le statut des signataires aux accords internationaux peut être modifié au fil du temps. L'Accord général sur le commerce des services (AGCS ou GATS) fournit des exceptions pour les cas de danger sur l'environnement ou la santé, mais la disposition est étroite et semble demander une preuve du dommage réel

ENCADRE 12.5: EVALUATION DE L'IMPACT SANITAIRE (EIS) EN THAILANDE

Parmi les pays à revenu faible et moyen, seuls l'Indonésie, le Sri Lanka et la Thaïlande disposent de méthodes ou de cadres politiques pour soutenir l'EIS. La Thaïlande est le seul pays qui a réussi à introduire explicitement l'EIS dans ses dernières réformes du secteur de la santé. L'EIS est requise à présent dans le cadre de la nouvelle Loi sur la santé nationale de 2002. Les EIS nationales et régionales ont été axées sur les projets d'infrastructure ou de développement, cherchant à faire un équilibre entre la santé des communautés locales et d'autres pressions politiques.

L'EIS du barrage hydro-électrique de Pak Mun a montré que les villages locaux avaient souffert suite à la réduction des ressources de la pêche, ce qui avait eu une incidence négative sur le revenu et l'état socio-économique locaux.

Ainsi, l'EIS a permis que les besoins des villages locaux soient pris en compte et que les mesures d'atténuation soient initiées afin d'améliorer les moyens de subsistance rurale, en changeant la fréquence d'ouverture du barrage, pour aider au retour de l'industrie de la pêche. La Thaïlande a également élaboré une EIS à un niveau politique national, par exemple des effets de l'agriculture durable sur la santé et l'économie. L'exemple thaï montre qu'il est possible à court terme d'instaurer un système efficace et puissant d'EIS des politiques, dans le cas où l'engagement politique, la présence d'un cadre politique et les ressources suffisantes existent.

Source : Lock, 2006

ENCADRE 12.6: SLOVENIE – EVALUATION DE L'IMPACT SANITAIRE (EIS) DES POLITIQUES D'AGRICULTURE, D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION

En décembre 2001, le ministère slovène de la Santé et la Région européenne de l'OMS ont proposé de mener une EIS des politiques agricole, alimentaire et nutritionnelle, stimulée par la demande de la Slovénie d'adhérer à l'UE et l'influence que la législation portant sur la Politique agricole commune pourrait avoir sur la politique agricole nationale. Les résultats de l'EIS ont été présentés au Comité intergouvernemental sur la santé.

Les recommandations ont examiné les questions agricoles y compris les secteurs des fruits et légumes, des céréales, des produits laitiers et le financement du développement rural. Une conséquence imprévue de l'EIS a été le commencement d'une entraide entre les secteurs sanitaire et agricole afin de déterminer les types de politiques qu'ils voulaient faire appliquer en Slovénie après son adhésion à l'UE. Les négociations de l'UE ont été très fructueuses et la Slovénie a reçu des allocations plus importantes que d'autres pays candidats à l'adhésion.

Source: MEKN, 2007a

limitant ainsi la capacité nationale à mettre en place des mesures de précaution (Encadré 12.7).

Bien que les flexibilités figurent de manière officielle dans les accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ASPIC), les gouvernements, notamment dans bon nombre de pays à revenu faible ou moyen ayant des capacités techniques et institutionnelles réduites, ont tiré un avantage limité de telles flexibilités dans beaucoup de cas, et ont été encouragés à ne pas les utiliser du tout dans d'autres (Encadré 12.8).

Sur un plan plus général, les accords commerciaux liés au marché international pourraient prévoir des dispositions formulées plus fermement, par lesquelles les pays ayant des besoins et des stratégies développementales différents, peuvent se prévaloir d'une option de non participation (pour des périodes limitées et en vertu de conditions transparentes) dans les cas où les conditions domestiques, y compris la preuve de l'impact négatif sur la santé et l'équité en santé, en imposent la nécessité (Encadré 12.9).

La Commission recommande que :

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

La santé est impliquée dans les accords de l'OMC. Mais dans

ENCADRE 12.7: ACCORD GENERAL SUR LE COMMERCE DES SERVICES (AGCS)

En principe, l'AGCS ou le GATS s'applique uniquement aux secteurs que les gouvernements mettent volontairement sur le marché. Cependant, l'article 6.4 statue que toutes les réglementations dans le secteur des services peuvent de manière générale être contestées. Ceci contredit les garanties données par l'OMC et les gouvernements qui appuient l'accord selon lequel les règles de l'AGCS seront appliquées seulement dans les secteurs que les gouvernements ont présentés. De plus, l'accord prévoit un article rigoureux qui interdit aux pays de modifier les engagements (partie intégrante des règles de l'AGCS), une fois qu'ils sont établis.

Source : http://www.foe.co.uk/resource/briefings/gats_stealing_water.pdf ; Woodward, 2005 ; Adlung, 2005 ; Mehta & Madsen, 2005

ENCADRE 12.8: ACCORD DE L'ORGANISATION MONDIALE DU COMMERCE SUR LES ASPECTS DES DROITS DE PROPRIETE INTELLECTUELLE QUI TOUCHENT AU COMMERCE

Le GKN a émis plusieurs recommandations concernant les accords liés au commerce sur les droits de propriété intellectuelle (DPI) et les ADPIC :

Eviter des concessions additionnelles dans les accords commerciaux bilatéraux ou de libre-échange qui élèvent le niveau de protection par les DPI des produits pharmaceutiques, et si de telles concessions ont déjà été attribuées, prévoir des mesures de compensation pour garantir l'accès aux médicaments.

Maximiser l'utilisation des flexibilités prévues par les ADPIC et examiner à fond l'utilisation de licences obligatoires pour les médicaments essentiels brevetés.

L'OMS devrait évaluer d'autres dispositifs que les brevets, comme les concours, les fonds de recherche d'intérêt public et les accords d'achats anticipés, afin d'encourager la mise au point de médicaments qui combattent les maladies touchant les pays en développement et d'assister les pays membres dans l'application de tels dispositifs.

Ces recommandations sont appuyées par les recommandations provenant de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle.

Sources : GKN, 2007 ; Commission on Intellectual Property Rights, 2002

ENCADRE 12.9: SAUVEGARDE DE LA SANTE ET DE L'EQUITE EN SANTE DANS LES ACCORDS

« L'OMC a mis en place une 'sauvegarde' conçue pour protéger les pays d'une poussée soudaine des importations. L'Accord sur les sauvegardes permet une augmentation (temporaire) des restrictions d'après un ensemble très étroit de conditions, principalement la preuve de menace d'une industrie domestique ... Une interprétation plus étendue des sauvegardes admettrait que les pays puissent légitimement souhaiter limiter le commerce ou suspendre certaines obligations existantes de l'OMC – exerçant des 'opt-out'—pour des raisons qui vont au-delà des menaces compétitives de leurs industries ... Les priorités en termes de développement figurent parmi ces raisons, comme le sont les soucis ou les conflits de distribution avec les normes domestiques ou les modalités sociales ... L'accord actuel pourrait être remanié pour devenir un 'Accord sur les sauvegardes développementales et sociales'. Ce qui permettrait l'application de l'opt-out dans un plus large éventail de circonstances. »

Reproduit avec l'autorisation de l'auteur, tiré de Rodrik (2001)

tout le domaine des processus de négociations commerciales, la santé publique a très souvent été absente ou muette. Avec le concours de l'OMS, les Etats membres peuvent renforcer leur capacité de représenter les intérêts sanitaires eu égard au commerce (Encadré 12.10).

La Commission recommande que :

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

Les domaines repris ci-dessous représentent des exemples illustratifs et non pas une liste exhaustive.

L'eau

Il est essentiel de garantir, à travers la réglementation (au niveau national) et l'aide au développement (au niveau international), que l'égalité de l'accès demeure au cœur de toute politique de l'eau. Il doit être reconnu qu'une approche 'établissant le prix à partir du coût complet' pour assurer les services de base aux pauvres est indifférente aux soucis d'équité. Dans la mesure où le recouvrement des coûts est requis dans de tels services, il est nécessaire d'avoir des interfinancements systématiques afin de garantir que tous les ménages aient un accès suffisant pour assurer les nécessités de base, indépendamment de leur solvabilité (Encadré 12.11, Fig. 12.2).

ENCADRE 12.10: PARTICIPATION DES AUTORITES DE LA SANTE AUX NEGOCIATIONS COMMERCIALES – GOUVERNEMENT, SOCIETE CIVILE ET REGIONS

En Malaisie, le ministre de la Santé a fait preuve d'initiative en décidant d'importer des médicaments antirétroviraux génériques en vertu des dispositions des ADPIC portant sur 'l'utilisation par les pouvoirs publics', et ceci malgré la forte opposition à l'intérieur du Conseil des ministres. Au Sri Lanka, en 2003, des militants et des défenseurs ont mis en cause devant la Cour suprême un projet de loi en lien avec les ADPIC, qui aurait augmenté en toute connaissance de cause les inégalités, refusant à la population l'accès équitable aux services de soins sanitaires. Au cours des négociations nationales de l'AGCS, le ministre pakistanais de la Santé a émis une proposition concernant les services professionnels dans le secteur de la santé, qui ne comprendrait pas les services de soins sanitaires assurés par les institutions publiques. L'objectif de cette exclusion était d'assurer une flexibilité réglementaire future en vue d'améliorer l'accès aux services de santé à travers les subventions, les obligations de service universel ou d'autres mesures.

Le secrétariat du Marché commun de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe coordonne des évaluations globales de l'état du commerce des services dans cette région, tels les services de santé, et ce en préparation aux accords de partenariat économique avec l'UE et les négociations de l'AGCS. Les pays à faible revenu peuvent ne pas avoir les ressources nécessaires pour créer une unité distincte ou un comité en vue de traiter des questions de commerce et de santé et la collaboration régionale pourrait être le meilleur moyen pour assurer une cohérence intérieure.

Modifié avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Blouin (2007)

ENCADRE 12.11: CONCEPTION DES TARIFS D'EAU EN FAVEUR DE L'EQUITE

Au cœur de la régulation du marché en termes d'accès à l'eau et aux services d'assainissement, figure l'enjeu de la conception d'un tarif subventionné. La pente et la forme de la courbe des tarifs déterminent si l'impact général est progressif. Les subventions qui couvrent un petit montant de base ne garantissent pas un accès équitable au cas où le prix s'élève brusquement, une fois ce montant consommé. Cela a été l'effet non intentionnel de la politique de l'eau gratuite (Free Basic Water) à Johannesburg et Durban en Afrique du Sud, où l'utilisation tout juste suffisante de l'eau dépassait les moyens financiers de nombreux ménages.

Source: GKN, 2007

ROLE DU MARCHE : CHAMP D'ACTION 12.2

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

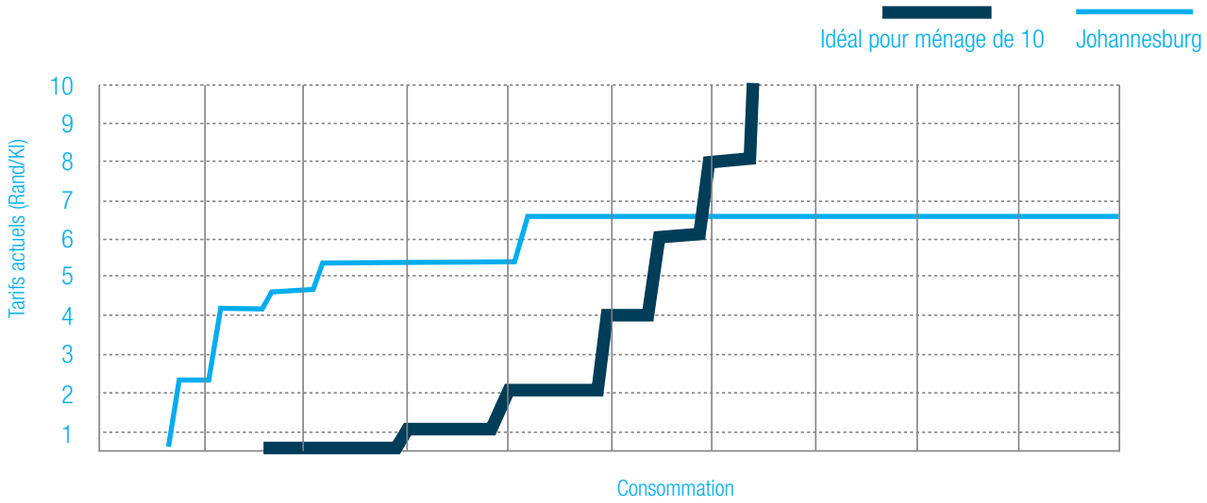
Les soins de santé

Toute la politique des systèmes sanitaires doit avoir pour objectif principal de garantir à tous l'accès à des soins de santé de qualité, sans considération de solvabilité (cf. Chapitre 9 : *Soins de santé universels*). Théoriquement, les réglementations du marché peuvent déterminer le rôle et le comportement du secteur privé dans le système sanitaire. En pratique, les éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé sont manquants. De là à ce que les gouvernements prouvent leur capacité à réglementer efficacement l'investissement privé et les prestations des services sanitaires, de façon à renforcer l'équité en santé, ils doivent éviter de s'engager en matière de services de soins sanitaires dans des traités commerciaux ayant force obligatoire, qui influent sur leurs capacités d'exercer un contrôle réglementaire domestique. Il n'est pas clair que tout gouvernement dans le monde répondrait aux exigences de ce test (HSKN, 2007 ; GKN, 2007). L'exemple de l'assurance maladie est révélateur. Il est évident que l'assurance maladie peut soutenir le financement des soins de santé, mais, ce faisant, elle ne doit pas amoindrir l'équité en santé (Encadré 12.12).

Le travail

Les autorités nationales, en collaboration avec les organisations d'employeurs et de salariés, doivent adopter et mettre en œuvre efficacement les quatre normes fondamentales du travail établies par l'OIT (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). Cependant, il faut user de prudence dans les processus d'application de l'internationalisation des normes du travail, par exemple au moyen de 'clauses sociales' incluses dans les accords commerciaux. Ces clauses pourraient être utilisées par des pays ayant des ressources importantes, afin de protéger les industries domestiques en imposant des sanctions sur la non-conformité aux normes, ce qui arrive souvent dans les pays à revenu faible et moyen. Au lieu que l'OMC impose des sanctions aux pays qui manquent à leurs obligations, il serait préférable d'augmenter le pouvoir des organisations telles que le Programme de l'ONU pour l'environnement, l'OIT, la FAO, l'OMS, etc. par une connaissance spécialisée afin de prendre des décisions correctes. Le rôle des travailleurs dans la promotion et la protection des conditions de travail décent (Encadré 12.13) pourrait être fondamental.

Figure 12.2 L'eau de Johannesburg – courbe convexe des tarifs et courbe concave de système idéal de tarification.



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

ENCADRE 12.12: REGLEMENTATION DE L'ASSURANCE MALADIE EN FAVEUR DE L'EQUITE

L'assurance maladie, non seulement met les usagers à l'abri des paiements directs importants, mais permet également la mise en commun (c-à-d la répartition des risques financiers parmi les participants). Cependant, il est peu probable que l'expansion d'assurances étrangères privées ait une incidence positive à grande échelle sur l'amélioration de l'accès aux services. Vu les coûts et le signe manifeste d'échec du marché dans l'assurance maladie privée, on peut soutenir que ce n'est pas une option viable pour la mise en commun des risques au niveau national dans les pays à revenu faible et moyen. Les bases factuelles en Amérique latine montrent que les assureurs privés, qu'ils soient étrangers ou domestiques, se montrent enclins à servir les groupes à revenu élevé et à risque faible, qui sont à même de payer des cotisations financières relativement élevées afin d'être couverts. Au Chili par exemple, les personnes âgées et les femmes en âge de procréer doivent payer des primes beaucoup plus élevées. Une façon de lutter contre cette discrimination serait d'introduire des réglementations qui limiteraient pareils comportements de la part des assureurs. Cependant, le fait qu'il y ait peu de données qui montrent que les pays le font constitue une mise en garde majeure.

Source: HSKN, 2007

Dans des pays où l'on table le plus sur l'agriculture pour que les ménages aient des conditions de vie normales, les pouvoirs publics doivent agir en vue de protéger les moyens de subsistance des collectivités agricoles exposées aux pressions des coûts et de la concurrence, par des accords commerciaux sur l'agriculture (Encadré 12.14) (cf. Chapitre 6 : *Un environnement salubre pour une population en bonne santé*). Les dernières données probantes sur les réformes commerciales et la sécurité alimentaire indiquent qu'une leçon politique fondamentale pour les pays en développement est que «la réforme commerciale peut nuire à la sécurité alimentaire à court ou à moyen terme, si elle est présentée sans un ensemble de politiques conçues pour atténuer les effets négatifs de la libéralisation» (GKN, 2007). Là où la réforme et la libéralisation commerciales de l'agriculture sont poussées en avant, une subvention ciblée des facteurs de production agricole constitue une mesure principale aux fins de gérer l'impact négatif initial.

Les denrées alimentaires

Les gouvernements devront établir des stratégies réglementaires pour réduire les conséquences de la mondialisation de la production et du commerce alimentaires sur la qualité nutritionnelle des régimes alimentaires nationaux et locaux. Il est nécessaire que l'élaboration des politiques et des accords commerciaux en matière d'alimentation se concentre sur les trois aspects principaux de l'équité en matière de nutrition et de santé : disponibilité, accessibilité et acceptabilité. L'exemple des contrôles exercés sur la consommation de boissons non alcoolisées (Encadré 12.15) offre une idée plus développée des options pour agir.

ENCADRE 12.13: TRANSFORMATION DE L'EXPLOITATION DE L'INDUSTRIE TEXTILE – BANGLADESH

Dans le cadre de l'Arrangement multifibre (1974-2004, aboli aux termes de l'Accord Uruguay Round de l'OMC), le Bangladesh a assisté à la croissance de son industrie textile. Le prêt-à-porter est actuellement la principale source de l'exportation nationale, représentant à peu près les trois quarts des recettes d'exportation annuelles, ce qui correspond à la majorité massive des marchandises exportées. L'industrie textile emploie 2,5 millions de travailleurs. Les employeurs de confection de vêtements ont toujours recherché des employées femmes parce qu'elles fournissent un travail à bas prix, passent pour être dociles avec une faible mobilité de l'emploi. Auparavant, on accordait très peu d'attention aux droits des femmes et peu de moyens à leur disposition pour avoir une certaine autorité. Les femmes avaient peu de possibilités d'accéder au marché structuré du travail et les filles faisaient l'objet d'une grande discrimination en termes d'investissement dans l'éducation et la santé par rapport aux garçons. Mais l'industrie textile a commencé à modifier la situation. Environ 80 % des employés dans l'industrie textile sont des femmes et l'emploi des femmes dans les industries non exportatrices est estimé à 7 %. L'augmentation de l'emploi des femmes est en train de mener à : une plus grande attention accordée aux droits des femmes qui travaillent ; davantage d'activités visant à organiser les femmes et former des leaders parmi elles ; plus d'options de travail pour les femmes avec des salaires relativement plus élevés et plus réguliers; un appui plus prononcé à l'éducation des filles au sein des ménages en raison de l'incitation des revenus futurs; une plus grande aptitude chez les femmes à négocier les espaces publics lors des déplacements et du travail; une plus grande émancipation des femmes puisque leur rôle économique dans les ménages aide à leur donner plus de pouvoir ; une préférence de plus en plus notée pour ajourner le mariage et les grossesses.

Cependant, dans l'industrie textile, les salaires sont bas, il y a beaucoup de tensions et les conditions de travail sont mauvaises et dangereuses. Des recherches menées à Dhaka en 2006 ont révélé que les femmes travaillaient régulièrement 80 heures par semaine pour 5 deniers de l'heure. Les usines comprises dans les recherches fournissaient les magasins au Royaume-Uni : Primark, Tesco et Asda, qui s'étaient tous engagés à payer un salaire minimal de 22£ par mois, calculé en tant que salaire minimum vital au Bangladesh. Les travailleurs dans l'industrie se sont mis en grève sous la houlette de la Fédération nationale du textile du Bangladesh et ont décroché une augmentation de 50 % du salaire minimal et atteint les 12£ par mois – augmentation considérée comme un progrès même si le salaire reste bien en deçà du minimum vital. L'étude du cas de l'industrie textile du Bangladesh illustre fortement la possibilité d'augmenter les avantages lorsque les grandes sociétés s'installent dans les pays à revenu faible, mais elle indique également les changements sociaux potentiels et profonds que cela peut déclencher même si les conditions sont bien loin d'une bonne pratique de travail. La contribution pourrait être beaucoup plus importante si les sociétés du secteur privé assumaient la 'responsabilité sociale des entreprises' d'une manière plus sérieuse. Comme partout ailleurs, l'idée maîtresse ici est que la mondialisation peut apporter des bienfaits considérables, mais, non réglementée, elle ne profitera pas à tous et causera du tort à beaucoup. Il ne s'agit pas de résister aux processus de mondialisation de l'intégration du marché, mais de les rendre meilleurs et plus équitables.

Source: SEKN, 2007

ENCADRE 12.14: PROTECTION DES MOYENS DE SUBSISTANCE DANS LE SECTEUR DE L'AGRICULTURE

Le développement agricole efficace – développement qui génère des emplois et produit une croissance en revenus largement partagée – est tributaire des modèles de distribution des terres, de l'accès aux facteurs de production tels que le capital et la main-d'œuvre, des conditions environnementales et de l'accès aux marchés. Le bon développement agricole et la distribution des terres de manière équitable fournissent ensemble une base solide pour la croissance économique et la réduction de la pauvreté. La prospérité des agriculteurs dépend de leur base de ressource et de leur pouvoir sur le marché. S'agissant des pays à revenu faible dont l'économie est encore fortement dépendante de l'agriculture, il est indispensable de jalonner des réformes. L'augmentation de la productivité agricole et la création d'emplois non agricoles doivent précéder les réformes commerciales telles que la réduction tarifaire sur les produits agricoles cultivés par des ménages à faible revenu.

L'Accord sur l'agriculture de l'OMC (Uruguay Round) dissuade ou interdit les politiques nationales qui cherchent à gérer le cours ou la production agricoles. Pour la majorité des pays en développement, les demandes de sécurité alimentaire donnent de l'importance à la capacité de fournir des incitations à la production telles que les prix intérieurs stables (presque irréalisables dans un marché mondial libre). Admettant la possibilité que les nouvelles négociations puissent restreindre l'espace supplémentaire de politique nationale pour promouvoir la sécurité alimentaire, la FAO recommande un traitement spécial et différentiel au sein de l'OMC, où les pays en développement bénéficieraient d'une plus grande flexibilité dans l'application des règles de l'OMC :

Agriculteurs de subsistance et agriculteurs pauvres en ressources. Là où les gouvernements consacrent tout leur soutien ou presque à ces agriculteurs, ceux-ci doivent être exemptés de réductions additionnelles au soutien interne qu'on leur fournit.

Vulnérabilité économique. Là où les pays comptent essentiellement sur l'exportation d'un ou de deux types de produits de production agricole, la FAO recommande de permettre des niveaux élevés de dépenses gouvernementales afin d'accroître la productivité, d'améliorer la qualité et d'établir des programmes par étapes en vue de racheter la part des producteurs peu efficaces.

Vulnérabilité physique. Un traitement spécial et différentiel transitoire pourrait être nécessaire pour les pays dont les producteurs sont victimes de catastrophes, par exemple un tremblement de terre, des inondations ou une guerre. Dans ces cas, les gouvernements pourraient avoir besoin d'une période d'investissement illimité en attendant que les troupeaux soient mis en place et les systèmes de culture vivace restaurés.

Source: GKN, 2007

ENCADRE 12.15: REGLEMENTATION DU MARCHE ET NUTRITION – BOISSONS NON ALCOOLISEES

Il existe un certain nombre d'exemples d'approches à la réglementation du marché dans le domaine de l'alimentation. Limiter l'accessibilité pourrait constituer un moyen efficace pour limiter la consommation ... Dans une première étape, il faut étudier le fait de réduire la disponibilité de ces produits dans des lieux qui ciblent plus spécifiquement les enfants, les écoles étant l'exemple le plus notoire. Récemment, le Brésil a promulgué des lois dans trois municipalités, prohibant la vente de certains produits alimentaires dans les cafétérias des écoles, y compris les boissons non alcoolisées. A Oman, en Arabie Saoudite et aux Emirats arabes unis, les boissons non alcoolisées carbonisées sont interdites dans les écoles. Les Etats-Unis commencent à appliquer cette politique. Le prix exerce un véritable effet sur la consommation, bien que la hausse du prix pose des problèmes d'équité ... Les normes d'emballage représentent une autre option. Le Mexique a posé des limites sur l'emballage jusqu'en 1991. Il en a résulté que plus de 75 % des ventes de coca se faisaient dans une bouteille d'une portion en verre, limitant ainsi la consommation.

Options pour agir:

Initier un dialogue pour évaluer si la réglementation ou l'élaboration de normes sur la commercialisation d'aliments transformés, qu'ils soient gras, sucrés ou salés serait appropriée, et si c'est le cas, à quel échelon : local, national ou international. Ce dialogue devrait englober l'industrie alimentaire à côté des organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales.

Mener une analyse économétrique pour avoir une meilleure compréhension des effets des marques mondiales en matière d'aliments transformés sur les modèles de consommation (comparativement aux marques locales ou régionales) et des répercussions de la commercialisation de ces produits en fonction d'autres facteurs qui influent sur le choix des aliments.

Modifié avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Hawkes (2002)

Tabac et alcool

L'élaboration de la CCLAT de l'OMS est un excellent exemple (quoique rare) d'action cohérente, mondiale visant à réduire la disponibilité sur le marché de produits létaux (Encadré 12.16). La Commission appelle les 12 pays d'Afrique, 13 des Amériques, 12 d'Europe et 5 du Moyen-Orient qui ne font pas partie de la CCLAT à ratifier cette dernière et à l'appliquer. Parmi ceux-ci figurent les pays suivants du G8 – l'Italie, la Fédération de Russie et les Etats-Unis, ainsi que le pays d'accueil de l'OMS, la Suisse.

Les stratégies aux niveaux mondial et national doivent être complétées par des actions sur le plan politique local et par des interventions de modification du comportement. Un exemple d'une telle stratégie engloberait une politique fiscale locale – même si la possibilité d'exacerber les inégalités à travers l'imposition qui influe régressivement sur les plus pauvres doit être prise en considération - et un ensemble plus large de mesures d'offre et de demande (Encadré 12.17).

En apprenant de l'expérience de la CCLAT, la Commission insiste auprès de l'OMS pour initier une discussion avec les Etats Membres sur une mesure réglementaire pour contrôler l'usage de l'alcool (Encadrés 12.18 et 12.19). La Région européenne de l'OMS présente les taux les plus élevés de maladies et d'actes de violence liés à l'alcool, avec de très grandes disparités entre les pays pour ce qui est de la mortalité liée à l'alcool. Le débat politique européen s'est caractérisé par une divergence de points de vue : l'alcool est-il une marchandise comme les autres ou doit-il être considéré une préoccupation de santé publique, dont le commerce doit être réglementé afin de protéger la santé des personnes ? La Commission appelle les gouvernements dans la Région européenne de l'OMS et dans le monde à œuvrer conjointement en vue de limiter le danger lié à l'alcool.

Un secteur privé responsable

Les acteurs du secteur privé peuvent se comporter de façon à nuire à l'intérêt public, mais ils peuvent également contribuer fortement au bien commun. Il existe certaines preuves de petits pas en direction d'une plus grande contribution sociale, cependant, elles sont peu crédibles. La responsabilité sociale des entreprises a été promue en tant que véhicule pour améliorer les effets sociaux positifs des acteurs du secteur privé. Elle reste jusqu'à présent assez superficielle. Une de ses lacunes principales est qu'étant volontaire, elle n'est pas toujours appliquée (Encadré 12.20) et elle est rarement évaluée. Une exception à ce problème est 'l'Ethical Trading Initiative' (Initiative du commerce éthique). Une évaluation indépendante de l'impact du code de conduite 'Ethical Trading Initiative', par exemple, a révélé un certain nombre de domaines d'améliorations (Barrientos & Smith, 2007). Cependant, les initiatives volontaires sont inévitablement limitées dans leur impact. L'obligation des entreprises à rendre compte pourrait constituer une approche plus efficace.

L'action de la société civile, particulièrement des syndicats, y

ENCADRE 12.16: LA CONVENTION-CADRE POUR LA LUTTE ANTITABAC (CCLAT)

Il est évident que la libéralisation des échanges, lorsqu'elle est appliquée au tabac, mène à des conséquences nocives pour la santé. La recherche de la Banque Mondiale a montré que des tarifs réduits dans certaines parties d'Asie ont engendré une augmentation de 10 % des taux de fumeurs en plus de ceux qui auraient été notés sans la libéralisation des échanges. Les augmentations relevées dans certains groupes de population tels que les adolescents (18,4 % à 29,8 % en 1 an) et les adolescentes (1,6 % à 8,7 %) en République de Corée ont même été plus sévères. Afin d'empêcher la politique commerciale de l'emporter sur la protection sanitaire, les organisations sanitaires et l'OMS ont appelé à exclure le tabac des traités commerciaux. La CCLAT reconnaît la corrélation entre le commerce et le tabac mais elle ne prévoit pas de dispositions pour y remédier.

Sources: GKN, 2007; Gostin, 2007

ENCADRE 12.17: STRATEGIES DE LUTTE ANTI-TABAC – THAÏLANDE

Dans son rapport «Thaïlande – restrictions à l'importation et taxes intérieures touchant les cigarettes», la commission de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (AGTDC ou GATT) de 1990 a décidé que «des mesures conformes à l'AGTDC pouvaient être envisagées pour contrôler l'offre et la demande de cigarettes, tant qu'elles sont appliquées à la fois aux cigarettes domestiques et importées, et ce, sur une base de traitement national». Par conséquent, il a été conclu que la restriction des importations de cigarettes de l'étranger n'était pas nécessaire si l'on pouvait prendre d'autres mesures. L'harmonisation future des politiques de lutte antitabac, y compris la hausse des prix, les impôts sur la valeur et les interdictions de publicité, pourrait être adoptée aussi longtemps que les politiques n'ont pas établi de différence entre les produits étrangers et domestiques. Ainsi, la commission a fourni un dispositif général pour renforcer la réglementation en matière de tabac sans enfreindre les règles de l'OMC.

Suite à la décision de la commission de l'AGTDC, la Thaïlande a maintenu l'interdiction de publicité et a confirmé d'autres mesures strictes pour lutter contre la consommation de tabac. La forte législation de la Thaïlande représente un modèle de l'action que peuvent entreprendre les pays lorsqu'ils sont confrontés à des sociétés de tabac multinationales et à leur publicité.

Source: Bettcher et al., 2000

ENCADRE 12.18: DONNEES A L'APPUI DE LA REGLEMENTATION SUR L'ALCOOL

De nombreuses preuves scientifiques démontrent qu'une majoration du prix des boissons alcoolisées en réduit la consommation et les problèmes qui en découlent. Dans la plupart des pays, et en particulier dans les pays pratiquant une fiscalité plus légère sur les alcools, l'accroissement de cette fiscalité a permis, non seulement d'augmenter les recettes de l'Etat, mais aussi de diminuer les dépenses publiques liées aux effets néfastes de l'alcool. L'impact de ces hausses de prix, tout comme les effets des autres mesures visant à lutter contre l'usage de l'alcool, varie d'un pays à l'autre et dépend de divers facteurs tels que les habitudes locales concernant la consommation d'alcool et l'appui du public quant à l'application plus stricte de mesures antialcooliques. Néanmoins, comme cette démarche a un impact certain sur les effets de l'alcoolisme et est également peu onéreuse, on peut en déduire qu'elle est à la fois efficace et rentable. En outre, l'application plus stricte de la législation relative à la disponibilité des boissons alcoolisées, s'agissant notamment de la limite d'âge légale pour leur achat, du monopole d'Etat de la vente d'alcool, des restrictions imposées sur les heures d'ouverture des points de vente et de la réglementation relative au nombre de points de distribution, constitue une intervention efficace. Etant donné la portée importante de ces mesures et le coût relativement modeste de leur application, leur rentabilité est par conséquent élevée.

Source: **http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf**

ENCADRE 12.19: STRATEGIES DE REGLEMENTATION SUR L'ALCOOL

Partout dans le monde, la taxe sur l'alcool – sous forme de droits d'accise, de taxes sur la valeur ajoutée et de taxes sur les ventes – a fait ses preuves parmi les interventions les plus populaires et efficaces au niveau sociétal, pour réduire le volume général de consommation d'alcool, ce qui à son tour est susceptible de réduire les problèmes de santé chroniques attribués à l'alcool. Les politiques fiscales dépendent des lois économiques sur l'offre et la demande : ajouter une taxe augmente le prix de l'alcool. Ainsi, le prix plus élevé signifie que les consommateurs arrivent à acheter une moindre quantité de leur boisson alcoolique préférée. Les politiques fiscales peuvent être soutenues par le fait que l'emprise sur le marché est concentrée dans les monopoles contrôlés par l'Etat, qui fixent les prix, la production, les importations et les ventes. Cette approche a été courante en Amérique du Nord et dans certaines parties d'Amérique du Sud, d'Europe de l'Est et des pays nordiques. Dans ces derniers, un rafistolage délicat avec la réglementation sur l'alcool a donné un succès remarquable avec aussi des modèles changeants de consommation, en réduisant par exemple la disponibilité de formes d'alcool qui tendent à être consommées excessivement de manière occasionnelle, et en favorisant la consommation de boissons moins fortes, telles que la bière peu alcoolisée.

Source: PPHCKN, 2007b

ENCADRE 12.20: RENFORCER LA RESPONSABILITE SOCIALE DES ENTREPRISES – APPROCHE EN AMONT

S'il est juste de dire que la responsabilité sociale des entreprises contribue positivement aux droits humains de ceux qui travaillent dans des sociétés multinationales, il est également correct de prétendre que cela change quelque chose uniquement pour quelques sociétés ciblées par les consommateurs ou qui pensent déjà éthiquement et de façon responsable. Les autres industries n'ont pas cette disposition. De telles anomalies et cette approche plutôt fragmentée du mouvement de responsabilité sociale des entreprises, doivent sensibiliser les citoyens du monde à la nécessité d'une approche plus méthodique.

Source: Kemp, 2001

compris l'action des parties prenantes et des consommateurs, peut augmenter la pression en faveur d'une plus grande reddition de compte des organisations du secteur privé et exiger davantage de mesures réglementaires officielles (Encadré 12.21).

Le marché et les acteurs du secteur privé exercent sans doute une influence considérable sur les conditions sociales, comprenant un grand nombre sinon la totalité des déterminants sociaux de la santé. Mais cette influence aux niveaux mondial, régional, national et local devra être inoffensive. A partir de la participation équitable dans les institutions mondiales, par lesquelles les politiques de marché sont établies, en passant par les accords liés au commerce et à l'investissement, jusqu'à la réglementation des activités et des produits commerciaux, le rôle du secteur public qui est à la fois de fournir et de réglementer, reste capital.

ENCADRE 12.21: SOCIETE CIVILE – INFLUENCER LES PARTIES PRENANTES

Tenant compte des limites des initiatives volontaires, un certain nombre d'organisations internationales de la société civile ont formé un mouvement social axé sur l'obligation des sociétés à rendre compte et sur les questions de commerce équitable et d'accès au marché pour les pays pauvres de manière plus générale (War on want, Christian Aid, Mouvement de développement du monde, Trade Justice Movement coalition, Third World Network, Oxfam, International Gender and Trade Network). Une des approches a été de cibler les parties prenantes dans une tentative de rallier l'appui pour des résolutions qui doivent être adoptées aux assemblées générales annuelles. Ces résolutions exigent que les sociétés désignent des auditeurs indépendants et s'assurent que les travailleurs dans les usines et les exploitations agricoles qui fournissent les produits ont une garantie de conditions de travail décentes, un salaire vital, une sécurité de l'emploi et le droit de rejoindre un syndicat de leur choix. Etant donné l'accent mis sur la valeur des parties prenantes et l'effet de levier financier des parties prenantes institutionnelles, il devrait être noté que l'efficacité de ce genre d'action de la société civile n'a pas été prouvée.

Source: SEKN, 2007

CHAPITRE 13
Equité entre les sexes

"Il est nécessaire d'aborder les problèmes des femmes de manière globale et de les considérer comme faisant partie intégrante des préoccupations générales au niveau de la société et du développement. Il ne sera possible d'atteindre un développement durable que si le partenariat entre les femmes et les hommes est consolidé dans tous les aspects de la vie."

Gertrude Mongella (1995)

L'ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES ET LA SANTÉ

Les inégalités entre les sexes sont omniprésentes dans toutes les sociétés. Le sexisme dans la répartition du pouvoir et des ressources, le droit à la prestation, les normes, les valeurs et l'organisation des services, est injuste et inefficace. Les inégalités entre les sexes nuisent à la santé de millions de femmes, de jeunes filles et de filles (WGEKN, 2007). Elles influent sur la santé de plusieurs façons dont les modes d'alimentation discriminatoires, la violence à l'encontre des femmes, l'absence d'accès aux ressources et aux possibilités de mener une vie meilleure et le manque de pouvoir décisionnel vis-à-vis de leur propre santé. De plus, la survie et le développement de tous les enfants, garçons et filles, sont étroitement liés à la position des femmes dans la société (Caldwell, 1986; Cleland & Van Ginneken, 1988). Il a été estimé, par exemple, que l'état diminué des femmes en Asie méridionale contribue plus que tout autre facteur à la dénutrition des enfants dans cette région (Smith & Haddad, 2000).

Les rapports de force entre les sexes s'expriment par des normes et des valeurs et sont intériorisés à travers la socialisation. Ils se manifestent dans la mesure où les lois promeuvent l'équité entre les sexes, les femmes gagnent le même revenu que les hommes pour un travail équivalent et les contributions économiques des femmes sont comprises dans les comptes nationaux. En outre, les partis pris sexistes tendent à se reproduire dans la manière dont les organisations sont structurées et les programmes administrés.

Actuellement, on estime à 495 millions le nombre de femmes analphabètes dans le monde (64% du total des adultes analphabètes) (UNESCO, 2007a).

Dans la vie quotidienne, les rapports de force entre les sexes sont à la base de l'inégalité dans l'accès aux ressources matérielles et intellectuelles et leur contrôle, dans les divisions injustes du travail, des loisirs et des chances d'améliorer sa propre vie. Les filles dans certains pays reçoivent une alimentation inférieure aux garçons et sont physiquement restreintes (WGEKN, 2007). Les inégalités entre les sexes dans le domaine de l'éducation et, plus particulièrement, au niveau de l'enseignement secondaire, demeurent marquées. Les femmes ont moins de terres, de biens et de propriétés dans presque toutes les sociétés, et ce, bien qu'elles aient des charges de travail supérieures dans 'l'économie des soins', assurant la survie, la procréation et la sécurité des personnes, y compris les jeunes et les moins jeunes. Pour beaucoup de femmes, les responsabilités liées à la garde d'enfants représentent l'obstacle principal à la participation au marché du travail rémunéré (Barriento, Kabeer & Hossain, 2004). Pourtant, là où les femmes pénètrent petit à petit le marché du travail, elles continuent à supporter des charges inégales au niveau de la garde d'enfants et de travail domestique non rémunéré (WGEKN, 2007). L'intensification de cette double charge se répercute sur la santé des femmes : sur leur santé au travail et sur le temps de repos et de loisirs insuffisant (WGEKN, 2007). De plus, la féminisation de la population active est allée de pair avec l'augmentation du travail occasionnel (WGENKN, 2007). Aussi, les femmes sont-elles généralement employées dans des postes moins rémunérés, moins sécurisés et non officiels (WGEKN, 2007). Les femmes sont payées 20 à 30 % moins que les hommes, même à travail équivalent (Fig. 13.1) (UNICEF, 2006).

Une des manifestations les plus extrêmes mais fréquentes de l'inéquité des sexes est la violence exercée par un proche. Quoiqu'ils soient répandus et qu'ils entraînent des conséquences graves pour la santé et le bien-être, les actes de violence perpétrés par des proches demeurent largement ignorés dans les politiques et les services (WHO, 2005a).

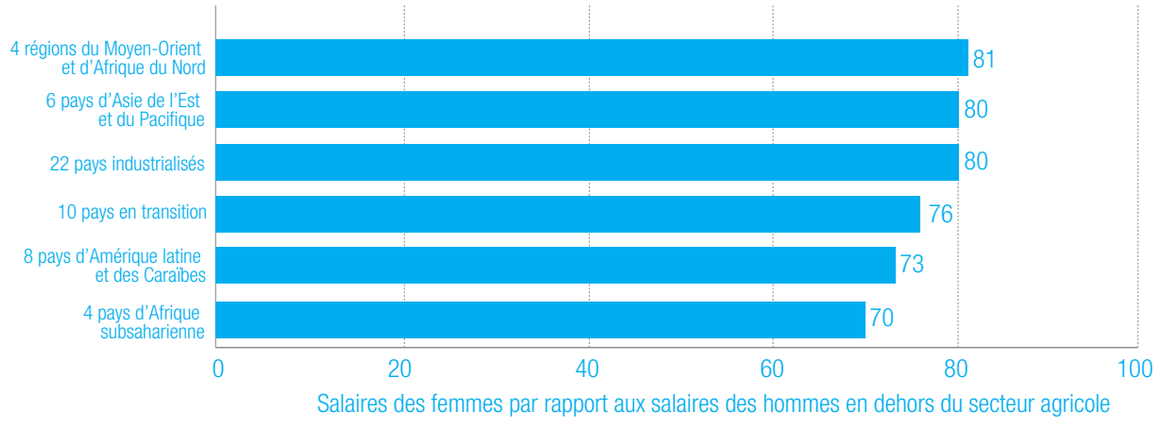
Les rapports de force entre les sexes au sein du secteur sanitaire se traduisent par un accès et un contrôle différentiels des ressources sanitaires, à l'intérieur des familles comme à l'extérieur ; par une répartition inéquitable du travail et des avantages sociaux dans les parties formelle, informelle et domiciliaire du système de santé (cf. Chapitre 9 : *Soins de santé universels*) ; et par le sexisme au niveau du contenu et du processus des recherches en matière de santé (cf. Chapitre 16 : *Déterminants de la santé: observation, recherche et formation*). En outre, l'attention et les ressources visant la santé et les droits sexuels et génésiques se sont affaiblis ces dernières années, les pouvoirs politiques ayant fortement influencé l'octroi des aides (Glasier et al., 2006). Au sein du secteur de la santé, comme en dehors de ce secteur, l'inéquité entre les sexes signifie une réduction de la possibilité de s'exprimer, du pouvoir décisionnel, de l'autorité et de la reconnaissance des femmes par rapport aux hommes. La Fig. 13.2 montre que la proportion des femmes qui prennent des décisions concernant leurs propres soins de santé, varie énormément à travers les pays à revenu faible et moyen ; elle va de moins de 20% au Burkina Faso aux alentours de 88 % en Jordanie.

Même dans les endroits où les inégalités entre les sexes sont moins visibles, les femmes ont toujours, de manière générale, un accès au pouvoir politique inférieur à celui des hommes, une participation plus réduite aux institutions politiques, en partant du conseil municipal local, en passant par le Parlement et jusque sur la scène internationale (UN, 2006b ; WGEKN, 2007).

On peut réduire les inégalités entre les sexes. En fait, la situation des femmes s'est beaucoup améliorée au cours du siècle dernier dans de nombreux pays, mais les progrès sont inégaux. Les changements législatifs, technologiques et structurels ont contribué à donner plus de pouvoir aux femmes dans de nombreux pays. L'utilisation de moyens contraceptifs modernes leur a accordé, dans un grand nombre de cas, plus de contrôle sur leur corps et leur vie génésique. La baisse des taux de fertilité a réduit considérablement le temps que la femme passe à porter des enfants et à les élever. L'alphabétisation et le niveau d'instruction chez les filles, les jeunes filles et les femmes ont augmenté, et on a également noté une croissance soutenue du taux des femmes actives (UNICEF, 2006b). Cependant, il reste beaucoup à faire.

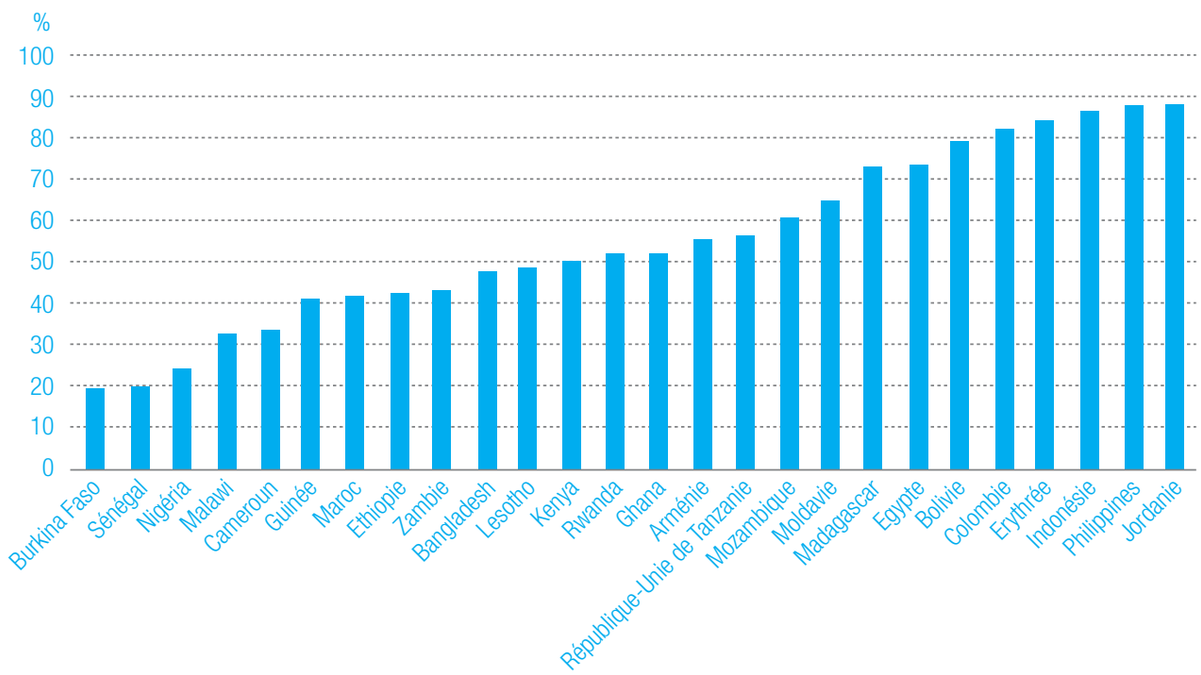
L'éducation, la formation et le développement des compétences sont primordiaux pour l'émancipation des femmes. Il faut réduire les disparités entre les sexes dans le marché du travail, y compris l'inégalité de rémunération. Il est également important que l'engagement politique et financier en matière de droits et de santé sexuelle et génésique soit renforcé. 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 de pouvoir aux femmes si l'on veut réduire les inégalités sanitaires en l'espace d'une génération.

Figure 13.1: Niveau des salaires des femmes comparé à celui des hommes dans certaines régions sélectionnées.



Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de UNICEF (2006).
Moyen-Orient et Afrique du Nord : Bahreïn, Egypte, Jordanie, Cisjordanie et Gaza. Asie de l'Est et Pacifique : Malaisie, Birmanie, Philippines, Corée, Singapour, Thaïlande. Pays industrialisés : Australie, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Japon, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Portugal, Suède, Suisse, Royaume-Uni. Pays en transition : Bulgarie, Croatie, République tchèque, Géorgie, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, Roumanie, Turquie, Ukraine. Amérique latine et Caraïbes : Brésil, Colombie, Costa Rica, Salvador, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou. Afrique subsaharienne : Botswana, Erythrée, Kenya, Swaziland.

Figure 13.2: Proportion des femmes qui prennent les décisions concernant leurs propres soins de santé, années 2001-2005.



ACTION VISANT L'AMELIORATION DE L'EQUITE ENTRE LES SEXES EN MATIERE DE SANTE

Législation

La Commission recommande que :

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

Le succès des interventions qui œuvrent en faveur de l'équité entre les sexes – que ce soit pour augmenter l'accès à l'éducation, réduire tous types de violence à l'encontre des femmes ou pour protéger les femmes, les jeunes filles et les filles de la discrimination et de l'exploitation dans les marchés du travail – dépend d'un cadre législatif qui protège et promeut l'équité entre les sexes. Une réforme législative sera probablement requise: abroger les lois discriminatoires, élaborer et mettre en œuvre des lois et des règlements en faveur de la protection et la promotion de l'équité entre les sexes et harmoniser les législations avec les traités sur les droits de l'homme (WHO, 2005a) (Encadré 13.1). Les pouvoirs publics doivent, entre autres, garantir aux femmes et aux filles des droits égaux de propriété et de succession (Grown, Gupta & Panda, 2005). En Afrique subsaharienne, par exemple, ces droits sont importants puisqu'ils permettent aux femmes et aux jeunes filles de gérer les tensions ressenties en étant chefs du ménage et soignantes principales des malades atteints du VIH/SIDA (WGEKN, 2007).

La mise en application efficace requiert une capacité juridique orientée vers l'interprétation et l'utilisation de ces lois, et vers la sensibilisation des systèmes judiciaires (services policiers, enquêteurs, avocats, juges), des chefs communautaires et des travailleurs dans le secteur de la santé aux besoins particuliers des femmes (WHO, 2005a ; WHO, 2007b). Ces derniers signifient, par exemple dans le cas de la violence, de garantir que les femmes qui portent plainte soient traitées de manière professionnelle et respectueuse, tout en protégeant leur sécurité en tant que témoins et en adoptant des mesures qui empêchent des actes de violence supplémentaires à leur encontre (WHO, 2005a).

Le renforcement et l'instauration de lois qui soutiennent l'équité entre les sexes de manière efficace exigent l'établissement d'un budget convenable. Le budget doit être suffisant pour atteindre toute la population cible et réduire l'ampleur du problème (Encadré 13.2). L'affectation des ressources, intégrée dans la ligne budgétaire du gouvernement, plutôt que dépendante de fonds discrétionnaires, est essentielle pour une mise en application réussie.

L'application efficace des lois en faveur de l'équité entre les sexes requiert également que les femmes soient au courant de leurs droits, qu'elles aient le pouvoir de les réclamer et de contester les inégalités, et ce, en développant leurs capacités, notamment par l'enseignement et l'emploi rémunéré (WGEKN, 2007). Les organisations de la société civile et les autorités nationales peuvent endosser un rôle important dans la sensibilisation des femmes à leurs droits légaux (WGEKN, 2007) (Encadré 13.3).

ENCADRE 13.1: CORRECTION DES MESURES SEXISTES DANS LE DROIT DE LA FAMILLE AU KENYA

La Commission internationale des juristes au Kenya, suite à l'enquête révélant l'étendue du sexisme contre les femmes jusqu'au droit familial, a réussi à faire pression et à établir une chambre de la famille au sein du tribunal de grande instance du Kenya. Le but était de viser l'arbitrage du divorce, l'entretien, la propriété familiale ainsi que la mise en place d'une formation qui corrigerait les partis pris sexistes à l'intérieur du système judiciaire. Des efforts ultérieurs se sont axés sur le recours à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes comme instrument de base dans la pratique judiciaire, en vue d'aligner la politique nationale aux normes internationales en matière de droits de l'homme.

Source: WGEKN, 2007

ENCADRE 13.2: ETABLISSEMENT DE BUDGET POUR L'APPLICATION DE LOIS SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE EN AMERIQUE LATINE

Une étude effectuée par l'International Center for Research on Women (Centre international de recherches sur les femmes) en 2002 a comparé les allocations et les dépenses budgétaires sur l'application de lois sur la violence domestique dans un échantillon de pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Elle a démontré que le financement des programmes de lutte contre la violence domestique est généralement insuffisant pour atteindre toute la population cible et réduire l'ampleur du problème. De plus, une grande partie des fonds est discrétionnaire, des budgets ministériels aux donateurs internationaux (Luciano et al.. 2005).

Source: WGEKN, 2007

EQUITE ENTRE LES SEXES : CHAMP D'ACTION 13.1

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

Les changements qui visent la promotion de l'équité entre les sexes pourraient faire face à une opposition organisée et puissante. D'habitude, les réformes prennent une longue période de préparation, surtout si elles rencontrent une opposition organisée qui risque d'utiliser la menace du changement pour mobiliser les craintes sur un fond culturel ou religieux. Les groupes locaux de défenseurs, notamment les organisations féminines et les groupes des droits de l'homme, peuvent jouer un rôle très important dans ce combat. Au Pakistan, par exemple, les organisations de la société civile ont réussi à effectuer des modifications législatives, facilitant aux femmes la preuve les allégations de viol (Encadré 13.4). Ainsi, il est nécessaire d'appuyer à long terme les organisations féminines locales (WGEKN, 2007).

Certaines pratiques, telles que la mutilation génitale des femmes, peuvent changer d'emblée suite aux interventions communautaires plutôt qu'à travers les lois et les politiques (Encadré 13.5). La législation contre la mutilation génitale des femmes, à elle seule, ne suffit pas. En effet, lorsqu'elles ne sont pas bien conçues et appliquées en collaboration avec les chefs de la communauté et les organisations de la société civile, les lois et les sanctions peuvent engendrer des conséquences négatives, comme l'augmentation des pratiques clandestines (WHO, 2008b).

Le changement des normes sociétales concernant les inégalités entre les sexes et les pratiques qui nuisent aux femmes et aux filles exige de travailler avec les hommes et les garçons, comme l'illustre l'exemple portant sur la mutilation génitale des femmes. Les leçons à tirer des programmes visant à contester les stéréotypes sexistes et les systèmes normatifs inéquitables consistent à : offrir aux jeunes hommes des possibilités d'interaction avec des modèles de rôles équitables entre les sexes dans les structures de leur communauté et promouvoir des attitudes plus respectueuses de l'équité entre les sexes en petits groupes et dans la grande communauté (Encadré 13.6) (cf. Chapitre 5 : *L'équité dès le départ*).

Démarche soucieuse d'équité entre les sexes

La Commission recommande que :

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

Il ne s'agit pas seulement de combattre les partis pris dans la conception et l'instauration des systèmes légaux. Il faut également considérer le sexisme et la discrimination des femmes dans la façon dont les structures des gouvernements et des institutions sont organisées, et les mécanismes par lesquels les stratégies et les politiques sont conçus et appliqués (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Cela requiert, plutôt qu'une activité supplémentaire, une intégration systématique du souci de parité des sexes à tous les niveaux, dans la manière dont les organisations sont structurées et fonctionnent et dans la manière dont les politiques, programmes et services sont conçus et appliqués ; ce qui signifie, adopter une démarche soucieuse de l'équité entre les sexes (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Il s'agit donc du processus d'évaluation des conséquences chez la femme et l'homme de toute action planifiée, de sorte que tous deux puissent profiter équitablement (ECOSOC, 1997 ; Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007).

Puisque la démarche soucieuse de l'équité entre les sexes est de plus en plus appréciée, son application requiert un renforcement considérable. Elle doit faire l'objet d'une bonne compréhension, d'une appropriation institutionnelle, d'un financement adéquat et d'une application efficace. Elle a besoin d'être soutenue par une unité chargée de l'équité entre les sexes qui agit comme un catalyseur, ayant une position, une autorité et un budget institutionnels puissants (WGEKN, 2007). La Commission recommande que les autorités nationales et les institutions

ENCADRE 13.3: SENSIBILISATION DE LA SOCIETE CIVILE SUR LE DROIT A LA PROPRIETE EN REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

Le Women's Legal Aid Centre (centre d'aide juridique des femmes) en Tanzanie a fait une campagne de sensibilisation auprès des femmes sur la manière d'acquérir, d'aliéner et d'hypothéquer des terrains, de posséder des titres de propriété et de participer à la prise de décision relative aux terres, tout en offrant des services d'aide juridique. De plus, le centre assure une formation aux agents de police, magistrats et juges sur les droits des femmes à la propriété.

Source: WGEKN, 2007

ENCADRE 13.4: MODIFICATION LEGISLATIVE CONCERNANT LES CAS DE VIOL AU PAKISTAN

Selon la Human Rights Commission of Pakistan (Commission des droits de l'homme du Pakistan), un viol se produit toutes les 2 heures dans le pays et un viol en bande toutes les 8 heures. Le mouvement féministe, encore réduit, mais bien articulé, de concert avec le mouvement des droits de l'homme au Pakistan, a combattu pour faire bouger les choses, dans une situation politique devenue de plus en plus compliquée suite aux guerres en Afghanistan et en Irak. Récemment, leurs efforts ont porté leurs fruits avec l'adoption, en 2006, par l'Assemblée nationale et le Sénat, du projet de loi relatif à la protection des femmes, qui a fait un transfert de compétences des cas de viol de la sharia vers les tribunaux civils. Ainsi, la femme a plus de facilité à prouver qu'il s'agit d'un viol, sans être accusée d'adultère. Malgré le fait que l'étude du projet de loi avait dû être ajournée auparavant en raison de l'opposition islamiste, le projet de loi est devenu loi. Néanmoins, il faudra encore davantage pour le faire appliquer et appuyer partout.

Source: WGEKN, 2007

internationales, assistées, entre autres, par l'OMS, créent une unité chargée de la question. Cette dernière devra aider à mieux prendre en compte les conséquences sur l'équité entre les sexes des politiques, des programmes et des modalités institutionnelles dans toute l'organisation. En Suède, par exemple, la Division de l'égalité des genres au sein de l'administration centrale est responsable de la coordination des activités soucieuses de l'équité entre les sexes (Encadré 13.7).

Il existe différentes autres stratégies qui intègrent une démarche soucieuse de l'équité entre les sexes au sein des organisations, des processus d'élaboration des politiques et de la conception de programmes et d'interventions (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007) (Encadré 13.8). L'intégration efficace au sein des organisations est facilitée si la responsabilité concernant l'intégration des considérations de l'équité entre les sexes est confiée à la direction générale et si un financement adéquat et des ressources humaines sont assurés à une unité centrale comptant des experts de l'équité entre les sexes parmi ses membres

Lorsqu'on élabore des plans qui intègrent une démarche soucieuse de l'équité entre les sexes, il est utile d'examiner si les conditions qui la favorisent sont présentes. Sinon, il faut accomplir un travail de préparation pour créer ces conditions, même lorsque les travaux en faveur de l'intégration de cette démarche ont déjà débuté (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Favoriser ces conditions implique la présence d'une volonté politique, l'établissement de cadres législatif et constitutionnel en faveur de l'équité entre les sexes et l'existence d'un mouvement féministe puissant (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007) (Encadré 13.9).

ENCADRE 13.5: CHANGEMENT DES NORMES RELATIVES A LA MUTILATION GENITALE FEMININE

Les approches de l'éducation sur multiples fronts ont réussi à changer les attitudes et les normes relatives à la mutilation génitale féminine dans certains cas. Parmi les exemples réussis, le projet sénégalais qui représente actuellement un modèle régional appuyé par l'UNICEF. Son succès réside dans la déclaration publique de l'intention d'abandonner cette pratique et le programme d'éducation aux droits de l'homme avançant à pas lents mais sûrs, qui encourage les villageois à se décider quant à cette pratique. Plus généralement, les programmes efficaces se caractérisent par : (i) l'implication des hommes dans les interventions qui visent à changer les attitudes ; (ii) la sélection prudente du bon groupe de chefs/animateurs pour le projet et l'accord des participants sur les critères de sélection ; (iii) des cours d'éducation à la santé et aux droits qui enlèvent le tabou au sujet des problèmes de santé associés à la mutilation génitale féminine; (iv) la collaboration avec la communauté pour concevoir un autre 'rite de passage' ; (v) une éducation qui va au-delà de la mutilation génitale féminine pour inclure droits, santé et développement.

Source: WGEKN, 2007

ENCADRE 13.6: 'STEPPING STONES' EN AFRIQUE DU SUD

Le Stepping Stones (Tremplin) est un programme de thérapie comportementale qui cherche à réduire la transmission du VIH par l'établissement de relations plus solides et plus équitables entre les sexes. En utilisant des groupes d'hommes et des groupes de femmes, le programme applique des principes participatifs d'apprentissage et de développement des aptitudes, y compris une réflexion critique et des jeux de rôle. Des évaluations rigoureuses du programme en Afrique du Sud ont montré une réduction des IST chez les femmes, des changements dans les comportements sexuels à risque des hommes et une diminution des actes de violence à l'égard des femmes.

Source: WGEKN, 2007

ENCADRE 13.7: MAINSTREAMING – UNE STRATEGIE EN FAVEUR DE LA PARITE DES SEXES EN SUEDE

Le but principal de l'intégration d'une démarche soucieuse de la parité des sexes en Suède est de lutter contre les facteurs structurels des inégalités entre les sexes enracinées dans la société. Avoir un but pareil est loin de faire la norme même au sein de l'UE. En Suède, ceci implique que les organisations publiques, privées et bénévoles tiennent compte de l'équité entre les sexes dans toutes leurs activités, et ce, à travers une analyse systématique de l'équité entre les sexes dans la conception et la mise en œuvre de tous les services et politiques. Il a été possible de la mettre en œuvre grâce au rôle clé qu'ont joué les experts techniques pour définir objectifs et méthodes. Cependant, l'implication de l'intervention en Suède a été la coordination efficace entre les secteurs et avec les différents organismes. La coordination a été assurée par la Division de l'égalité des genres à l'intérieur de l'administration centrale. En outre, le plus important a été de forger un consensus social élargi dans tout l'éventail politique, qui protège dans une certaine mesure l'intégration de la démarche soucieuse de l'équité entre les sexes des caprices des politiques démocratiques.

Source: WGEKN, 2007

Inclure la contribution économique des femmes dans les comptes nationaux

La Commission recommande que :

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

Les comptes nationaux fournissent des données sur les activités économiques au sein d'un pays et mesurent la production, le revenu et l'état de richesse de la nation. Le système des Nations Unies des comptes nationaux (UNSNA), instauré pour guider les pays dans le développement de leurs systèmes de comptes nationaux et faciliter les comparaisons entre pays, définit l'économie en termes de transactions sur le marché (Waring, 2003).

Le travail non rémunéré, accompli le plus souvent par les femmes, qu'il soit domestique ou de garde d'autres personnes, demeure exclu des comptes nationaux, et de ce fait n'apparaît pas dans les statistiques nationales. Au Canada, le travail non rémunéré a une valeur estimée à 33 % du PNB, avec environ les deux tiers effectués par des femmes (données de l'année 1998) (Hamdad, 2003). « Le manque de visibilité de la contribution économique des femmes à l'économie engendre des politiques caractérisées par des inégalités économiques, sociales et politiques perpétuelles entre femmes et hommes. Si vous êtes un producteur invisible dans l'économie d'une nation, vous êtes également invisible dans la distribution des prestations», telles que les facilités de crédit et la formation (Waring, 2003). Il est fondamental que les femmes et les jeunes filles qui œuvrent en tant 'qu'amortisseurs de chocs' pour les familles, l'économie et les sociétés, de par leurs responsabilités dans la garde d'autres personnes, soient soutenues grâce à des ressources, une infrastructure, des politiques et des programmes efficaces (WGEKN, 2007). En les rendant visibles dans les comptes nationaux, on aurait accompli une première étape importante (Waring, 1988 ; Waring, 1999).

Les contributions des femmes à l'économie mondiale, nationale et locale doivent être reconnues et rendues visibles dans de nouveaux systèmes de comptabilité (Waring, 2003). Quoiqu'en 1993 les règles de l'UNSNA aient été révisées, elles n'ont pas pris en compte les activités à la fois produites et consommées dans le même ménage (Waring, 2003). Différentes techniques de mesure et d'évaluation du travail non rémunéré ont été proposées et certains pays, tel le Canada (Encadré 13.10), utilisent ces techniques afin d'estimer la valeur du travail non rémunéré. Les méthodes variées disponibles ont leurs avantages et leurs inconvénients. Un travail supplémentaire sur le développement et l'usage de ces techniques est nécessaire.

Mis à part le travail domestique, la garde d'autres personnes et le bénévolat, un grand nombre de femmes ont un travail rémunéré dans le secteur non structuré. L'inclusion de ce travail dans les comptes nationaux doit être renforcée puisqu'il demeure insuffisamment couvert. Il y a des méthodologies pour englober ce genre de travail dans les systèmes de comptes existants (Delhi Group on Informal Sector Statistics, nd).

ENCADRE 13.8: INTEGRATION D'UNE DEMARCHE SOUCIEUSE DE L'EQUITE ENTRE LES SEXES DANS LE GOUVERNEMENT CHILIEN – PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA GESTION

Le Programme d'amélioration de la gestion au Chili œuvre au niveau de l'incitation collective liée à l'efficacité institutionnelle : tous les membres du personnel travaillant dans une institution publique reçoivent une prime d'au plus 4 % de leurs salaires, au cas où l'institution atteint les objectifs de gestion du programme qui ont été approuvés par le ministère de l'Economie. Le Programme d'amélioration de la gestion de chaque institution se prépare tout en tenant compte d'un ensemble de domaines communs à toutes les institutions du secteur public, dont la planification en matière d'égalité entre les sexes. La proposition est présentée annuellement au ministère de l'Economie, ainsi que le budget proposé. L'intégration d'un composant de planification en matière d'équité entre les sexes implique l'introduction de l'approche de la parité des sexes dans le cycle budgétaire ; ce qui permet l'intégration des considérations de l'équité entre les sexes dans les procédures de routine de l'administration publique, en introduisant en permanence des modifications dans les dynamiques quotidiennes des institutions et de leurs procédures normalisées. Par conséquent, les institutions publiques doivent incorporer cette dimension dans tous leurs produits stratégiques, permettant l'allocation du budget public de manière à mieux répondre aux besoins des hommes et des femmes et contribuer à la réduction des inégalités entre les sexes. La mise en application de ce dispositif constitue une innovation importante : c'est la première fois qu'un concept d'égalité entre les sexes est intégralement associé à la gestion budgétaire au Chili.

Source: WGEKN, 2007

ENCADRE 13.9: PLAIDOYER EN FAVEUR DE L'EQUITÉ ENTRE LES SEXES

Les efforts des mouvements féministes organisés sur toute la planète dans les années 1970 ont réclamé des modifications aux niveaux des législations, des politiques et des services en rapport avec la santé des femmes. Des centres sanitaires féminins ont été établis dans de nombreux pays du Nord et dans certains pays du Sud. L'activisme populaire pour promouvoir le contrôle des femmes de leurs propres fertilité et sexualité, démystifier la connaissance médicale et plaider en faveur des politiques et des programmes centrés sur les femmes, s'est répandu dans un grand nombre de pays en voie de développement. Tout ceci a contribué à l'émergence d'un mouvement international pour la santé des femmes au début des années 1980, qui a fourni davantage d'impulsion à la défense de la santé des femmes. Il en a résulté l'élaboration de politiques en matière de santé des femmes dans certains pays.

Source: Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007

Enseignement et formation

La Commission recommande que :

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

Promouvoir l'équité entre les sexes et donner plus de pouvoir aux femmes reflètent une stratégie clé du développement et sont inscrits dans le cadre des OMD (OMD 3). Le développement des capacités des filles et des femmes à travers l'éducation donne plus de pouvoir aux femmes. Un certain nombre d'initiatives pourrait améliorer chez les filles le taux de scolarisation et de rétention dans le système scolaire, et réduire les obstacles à l'éducation des filles, comme il a été évoqué dans le Chapitre 5 (*L'équité dès le départ*). De même, il est urgent d'étendre les possibilités de formation et d'enseignement réguliers chez les millions de femmes adultes qui ont reçu peu d'instruction ou un enseignement inadéquat.

Des initiatives existantes ont été considérées insuffisantes pour atteindre l'objectif de l'éducation pour tous de réduire de moitié l'analphabétisme des adultes avant 2015 (UNESCO, 2007b). En guise de réponse, l'UNESCO a lancé l'Initiative pour l'alphabétisation, un cadre pour le développement de l'alphabétisation qui doit être instauré dans 35 pays aux taux d'alphabétisation inférieurs à 50 % ou ayant plus de 10 millions de personnes analphabètes (UNESCO, 2007b). Cette initiative met l'accent sur le respect des apprenants et de leurs besoins, et sur l'importance d'engager les apprenants en tant que partenaires dans l'apprentissage. Il s'agit d'un partenariat entre gouvernements, société civile, organismes de développement, organisations internationales, secteur privé, universités, médias et les apprenants eux-mêmes.

Impliquer les individus dans l'évaluation de leurs propres besoins fait partie des déterminants sociaux de l'approche à la santé. Le modèle innovateur qui adopte une approche fondée sur l'alphabétisation pour réduire la pauvreté au Bangladesh, notamment auprès des femmes rurales, est souligné dans l'Encadré 13.11.

ENCADRE 13.10: ESTIMATION DU TRAVAIL NON REMUNERE A STATISTIQUE CANADA

Statistique Canada est l'un des principaux organismes nationaux dans le domaine de l'élaboration et de l'application de techniques pour mesurer et évaluer le travail non rémunéré. L'Enquête sociale générale englobe des enquêtes sur l'emploi du temps effectuées tous les six ans. Elle recueille des informations sur le temps passé dans le travail domestique sans rémunération. Ces informations sur l'emploi du temps sont combinées avec le coût théorique par heure, afin d'estimer la valeur du travail non rémunéré. Il existe différentes méthodes pour attribuer le coût par heure, à savoir le coût d'option (c-à-d le revenu d'emploi cédé) et le coût de remplacement (c-à-d ce que le même travail aurait coûté s'il avait dû être accompli sur le marché libre). La valeur estimée du travail non rémunéré peut largement varier selon la méthode utilisée. Au Canada, elle a varié de 33 % à 52 % du PIB (en 1998) suivant la méthode utilisée.

Source: Hamdad, 2003

EQUITE ENTRE LES SEXES : CHAMP D'ACTION 13.2

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

ENCADRE 13.11: LES GANOKENDRAS – CENTRES D'APPRENTISSAGE POPULAIRES AU BANGLADESH

Malgré les progrès accomplis ces dernières années au Bangladesh après le lancement de tout un éventail d'initiatives pour étendre l'éducation, le taux d'alphabétisation des femmes reste faible dans l'ensemble (UNESCO, 2007a). Le programme des Ganokendras (centres du peuple) a été élaboré en 1992 par l'ONG bangladaise Dhaka Ahsania Mission, et se pratique actuellement dans 800 communautés environ, permettant à 400 000 personnes d'en bénéficier. Il adopte une approche fondée sur l'alphabétisation en vue de réduire la pauvreté et donner du pouvoir aux femmes. Les Ganokendras sont organisés et mis en place par la communauté locale, avec une forte participation des femmes. Ils développent leurs activités en réponse aux nécessités identifiées localement.

Hommes, femmes et enfants prennent part à ces activités, mais la majorité des membres sont des femmes. En plus de développer les compétences d'alphabétisation des femmes et de fournir une éducation de base aux analphabètes, les Ganokendras sont des centres communautaires de formation et où l'on discute de sujets importants. Ils proposent des activités liées aux programmes sociaux et axées sur l'environnement et peuvent fournir des services de microcrédits. Ils agissent également pour rassembler les membres de la communauté, leur offrir des possibilités de tisser un réseau de relations entre eux et avec les ONG et les organismes publics, leur permettant une meilleure accessibilité aux services.

Source: Alam, 2006; UNESCO, 2001

Les initiatives qui rendent la formation professionnelle à la portée des femmes, leur offrent également des possibilités de développer leurs aptitudes génératrices de revenus. De nombreuses initiatives ont déjà été lancées de par le monde. Au Royaume-Uni, à titre d'exemple, un programme d'enseignement a été mis en place au cours des dernières années en réponse au rapport de la Commission des femmes et du travail (2006) (Encadré 13.12).

Participation économique

La Commission recommande que :

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

L'amélioration des taux de fréquentation et de rétention scolaires à tous les niveaux d'éducation est souvent insuffisante pour remédier au niveau de contraintes suivant, à savoir la participation économique. Là où des normes sexistes persistent, même les filles qui fréquentent l'école risquent d'endosser des rôles stéréotypés en fonction du sexe (WGEKN, 2007). Pour casser ces barrières, il faut agir et éliminer les partis pris et les obstacles dans le marché du travail (WGEKN, 2007).

Garantir par la loi l'égalité de rémunération

Les femmes à travers le monde gagnent de 30 % à 60 % moins que les hommes, à cause d'une combinaison de ce qu'on appelle les métiers des femmes, les écarts de rémunération et les disparités dans la participation à la vie active (UNICEF, 2006). Les femmes gagnent généralement moins que les hommes, même à travail équivalent (Cohen, 2007 ; Hartmann, Allen & Owens, 1999). Il en découle des conséquences importantes pour ceux qui sont en situation de pauvreté, par exemple parmi les enfants de mères célibataires (Hartmann et al., 1999). Les différences dans les bénéfices non répartis peuvent également entraîner de grandes disparités entre les sexes en matière de retraite (Cohen, 2007 ; US Social Security Administration, 2004). La pauvreté et les faibles prestations de retraite sont associées aux pires résultats pour la santé (cf. Chapitre 8 : *Protection sociale tout au long de l'existence*), tandis que le revenu mis entre les mains des femmes peut particulièrement profiter à la santé de leurs enfants (UNICEF, 2006).

L'action est nécessaire à tous les niveaux pour mettre fin à cette situation injuste. Les lois qui obligent les employeurs à réaliser et maintenir l'égalité de rémunération constituent des instruments puissants capables de combler le fossé des rémunérations inéquitables. L'OIT a adopté la « Résolution concernant la promotion de l'égalité entre hommes et femmes, l'égalité de rémunération et la protection de la maternité », qui appelle tous les gouvernements et partenaires sociaux (syndicats, employeurs et organisations qui les représentent) à entreprendre des actions spécifiques pour réduire les disparités des salaires entre hommes et femmes (ILO, 2004a). La résolution propose plus spécifiquement que les partenaires sociaux négocient l'instauration de dispositifs neutres d'évaluation des emplois, d'indicateurs statistiques et de contrôle de la discrimination sexuelle et raciale sur le lieu de travail (Encadré 13.13).

Les syndicats sont des véhicules puissants pour faire pression et obtenir des lois sur 'l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale'. Ils peuvent aussi recueillir des données afin de mesurer l'étendue du problème, par exemple à l'aide du code de pratiques relatives à la mise en œuvre de l'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes pour un travail de valeur égale, émis par la Commission européenne (European Commission, 1996 ; Gender Promotion Programme ILO, 2001).

ENCADRE 13.12: AIDER LES FEMMES A RENFORCER LEURS COMPETENCES ET PLANIFIER LEUR CARRIERE AU ROYAUME-UNI

Le gouvernement du Royaume-Uni a entrepris, dans le cadre du plan d'action établi en réponse au rapport de la Commission des femmes et du travail, de tester les plans de développement des compétences visant à aider les femmes peu spécialisées à retourner au travail. De plus, il a établi un programme pour favoriser les liens entre employeurs et formateurs. Un Women's Enterprise Task Force (groupe de travail sur l'entrepreneuriat féminin) a été mis en place afin d'œuvrer avec les organismes de développement régionaux et guider les différentes approches visant à soutenir les femmes dans leurs projets de monter des affaires.

Source: Department for Communities and Local Government, 2006

ENCADRE 13.13: LE DROIT A L'EGALITE DE REMUNERATION AU QUEBEC, CANADA

Au Québec, comme dans le reste du Canada, les femmes gagnent autour de 70 % du salaire des hommes pour un travail équivalent. Les syndicats au Québec se sont engagés dans la lutte pour 'l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale' et se sont lancés dans une longue activité de couloir qui a abouti à l'adoption d'une loi relative à l'égalité de rémunération. Suite à la mobilisation des femmes et à la pression des syndicats, le gouvernement du Québec a introduit une loi qui oblige les employeurs à appliquer et maintenir l'égalité de rémunération au sein de leurs entreprises. Conformément à la législation, toutes les entreprises comptant 50 employés ou plus doivent dresser un programme d'égalité de rémunération. Il doit inclure quatre étapes : (1) identifier les catégories d'emplois principalement féminins et principalement masculins dans l'entreprise ; (2) décrire la méthode et les outils d'évaluation (des catégories d'emplois) ; (3) évaluer les catégories d'emplois, les comparer, estimant les disparités dans les salaires et calculant les rajustements de salaires nécessaires ; et (4) déterminer le mode de paiement de ces rajustements de salaires.

Adapté avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Côté (2002/3).

Garantir l'égalité des chances dans la vie professionnelle à tous les niveaux

De plus, il faut adopter des mesures qui soutiennent les femmes pour leur avancement professionnel au même titre que les hommes. Les gouvernements et les employeurs doivent choisir une approche sur plusieurs fronts, qui comprend le renforcement de la législation anti-discrimination sur le lieu de travail et qui garantit que les femmes ne soient pas pénalisées financièrement pour la maternité (ILO, 2004b). Elle pourvoira également une formation des cadres, des conseillers et des modèles de rôles, aux plus hauts niveaux et une admission aux réseaux et canaux de communication formels et informels au travail (ILO, 2004b). Certains pays utilisent des quotas comme outil pour aider les femmes à percer le plafond de verre. En Norvège, par exemple, 40 % au moins des membres des conseils de sociétés publiques doivent être des femmes. Les politiques concernant l'égalité des possibilités d'emploi, y compris le recrutement, l'attribution des tâches, la planification de carrière, le classement, les salaires, le transfert et la promotion, doivent être étroitement surveillées. Quant aux procédures, il faut qu'elles soient transparentes, objectives et justes (ILO, 2004b).

La qualité et les conditions de travail sont aussi importantes que les inégalités entre les sexes en matière de possibilités d'emploi. Un élément principal de l'amélioration de la qualité du travail est la mise en place de politiques relatives au harcèlement sexuel et la prévision d'une sensibilisation autour de cette question afin de créer un climat de respect sur le lieu de travail (ILO, 2004b).

Politiques soucieuses de la famille

Les politiques soucieuses de la famille sont conséquentes pour assurer une égalité dans les possibilités d'emploi entre femmes et hommes (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). Les gouvernements et les employeurs doivent prendre des mesures qui permettent tant aux femmes qu'aux hommes d'assumer des tâches et des responsabilités de manière égale. Celles-ci englobent l'établissement de garde d'enfants de qualité, des politiques concernant la flexibilité des heures de travail, le congé parental pour les hommes et les femmes et des programmes pour transformer les attitudes masculines et féminines concernant le travail de garde, de sorte que les hommes commencent à assumer une responsabilité égale dans ce genre de travail (WGEKN, 2007; ILO, 2004b). Les services de garde d'enfants de bonne qualité, indépendamment de la solvabilité des bénéficiaires, non seulement, permettent aux femmes d'entrer dans le marché du travail, mais aussi empêchent que les jeunes enfants restent seuls à la maison ou à la charge de leurs frères ou sœurs plus âgés – ce qui peut avoir des conséquences graves sur leur santé (Heymann, 2006). Ils permettent aussi que les filles soient scolarisées au lieu de s'occuper des frères et des sœurs plus jeunes (UNICEF, 2006). Même dans les pays pauvres, il est possible d'avoir des services de garde d'enfants, comme illustré dans l'Encadré 13.14.

Santé et droits sexuels et génésiques

La Commission recommande que :

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

Le renforcement de l'engagement politique et financier en faveur de la santé sexuelle et génésique universelle est primordial et comprend le financement de recherches pertinentes dans ce domaine.

Les premières décennies de la deuxième moitié du 20ème siècle ont été témoin d'une grande focalisation sur la régulation démographique. Des programmes de planification familiale ont été mis en place et poursuivis, la préoccupation étant centrée sur leurs finalités et leurs résultats macroéconomiques plutôt que sur l'aide sociale et les droits des femmes en tant qu'individus. La Conférence des Nations Unies sur la population

ENCADRE 13.14: PRESTATION DE SERVICES D'AIDE A L'ENFANCE EN INDE

SEWA est un syndicat de femmes pauvres et auto-employées. Ses membres ont exprimé le besoin que leurs enfants soient gardés pour qu'elles puissent travailler sans pour autant compromettre la sécurité et le développement de leurs enfants. Tout en travaillant de près avec le gouvernement, les 100 centres d'aide à l'enfance du SEWA sont gérés par des coopératives d'éducateurs de jeunes enfants qui ont été formés grâce à l'appui de SEWA. Chacun de ces services accueille 35 enfants, âgés entre 0 et 6 ans. Ils centrent leur action sur le développement général des enfants, y compris leur croissance physique et intellectuelle. Les éducateurs rencontrent régulièrement les mères, discutent ensemble et émettent des suggestions quant au développement de l'enfant. Les enfants sont régulièrement pesés et les fiches de croissance sont gardées soigneusement. Les centres d'aide à l'enfance font aussi office de centres de vaccination pour enfants et centres de soins prénatals et postnatals. Les études effectuées par SEWA reflètent les répercussions importantes de la garde d'enfants : les femmes ont signalé des augmentations de revenus de plus de 50 %, avec, entre autres, des retombées sur l'alimentation des enfants. Elles ont ajouté qu'elles ont pu pour la première fois rapporter des légumes et des lentilles chez elles pour nourrir leurs enfants. Elles ont également signalé qu'elles sont tranquilles de savoir leurs enfants en de bonnes mains pendant qu'elles sont au travail. De plus, les frères et sœurs plus âgés, notamment les filles, ont rejoint l'école pour la première fois, puisqu'ils ont été déchargés des responsabilités de garde des plus petits. Aussi, la croissance physique des tout-petits a-t-elle été considérablement améliorée grâce à la nourriture pourvue dans les centres ; pareil pour leurs capacités intellectuelles. Tous les enfants se sont rendus à l'école élémentaire à l'âge de 6 ans et la majorité a continué jusqu'à l'école secondaire.

Adapté avec l'autorisation de l'auteur, tiré de SEWA Social Security (nd).

EQUITE ENTRE LES SEXES : CHAMP D'ACTION 13.3

Réaffirmer l'engagement en faveur de l'accès universel à la santé et aux droits en matières de sexualité et de procréation.

et le développement, tenue au Caire en 1994, a marqué un changement de paradigme, de la régulation démographique à la santé et aux droits génésiques. Au centre du concept de santé et droits génésiques figure la « reconnaissance que la promotion de l'égalité et de l'équité entre les sexes et l'émancipation des femmes, l'élimination de tous genres de violence à l'encontre des femmes et la garantie des capacités des femmes à contrôler leur propre fertilité, sont les pierres angulaires des programmes de régulation démographique et des programmes liés au développement » (Glasier et al., 2006). A ce titre, la santé génésique est un concept qui aide les femmes à s'assumer, en mettant l'accent sur leurs droits sexuels et génésiques et en les aidant à devenir autonomes quant à leur vie génésique. Le paradigme de la santé génésique souligne l'importance de comprendre les expériences et contraintes individuelles subies par les femmes ainsi que les facteurs sociaux qui influent sur leur santé sexuelle et génésique tout au long de l'existence (Langer, 2006). Il s'agit là d'une partie intégrante des déterminants sociaux du programme de santé.

En 1994, des délégués de 179 pays et de 1200 ONG ont convenu de garantir l'accès universel à la santé génésique avant 2015 (Glasier et al., 2006) et, plus récemment, ceci a été consenti en tant que nouvelle cible au titre des OMD. Cependant, les progrès accomplis en direction de l'objectif de l'accès universel à la santé génésique ont été inégaux. Tandis qu'en Irlande le risque de mortalité maternelle pour toute la vie est uniquement de 1 pour 47 600, il est de 1 pour 8 en Afghanistan (UNICEF, 2007c). De même, au sein des pays, les inégalités sont énormes. En Indonésie, par exemple, la mortalité maternelle est trois à quatre fois supérieure chez les pauvres que chez les riches (Graham et al., 2004). Dans les pays à revenu faible et moyen, 65 % des naissances sans accoucheur qualifié ont lieu chez les pauvres en milieu rural (Houweling et al., 2007). Garantir l'accès aux services de santé génésique aux femmes déplacées à l'intérieur de leur pays et, plus généralement, aux femmes qui vivent dans des pays de conflits et de crises, constitue également un défi crucial à relever (Hargreaves, 2000; Petchesky et al., 2007).

Au cours du 21ème siècle, l'attention a été détournée par de nouvelles priorités mondiales (Fathalla, 2006). N'étant plus liée au VIH/SIDA, la santé sexuelle et génésique n'a pas réussi à attirer les ressources financières attendues de la communauté des donateurs, notamment dans les domaines de la planification familiale, l'avortement dans des conditions insalubres et les IST (Langer, 2006). Le succès des programmes de planification familiale, qui ont réduit les taux de fertilité, ont mené à une diminution des investissements dans les services de planification familiale, « avec des conséquences désastreuses pour les pays ayant des taux d'utilisation de contraceptifs faibles » (Glasier et al., 2006). De plus, il y a eu des tentatives de revenir aux accords conclus au Caire (Fathalla, 2006). La résistance idéologique au paradigme de santé et de droits sexuels et génésiques, plus particulièrement aux questions relatives à la sexualité, l'avortement et aux services pour les adolescents, a produit un impact nuisible sur l'accès aux services qui profitent surtout aux femmes (Langer, 2006; Fathalla, 2006).

Il est impératif que les gouvernements et les donateurs réaffirment leur engagement en faveur de la santé et des droits sexuels et génésiques et leur donnent la priorité dans le domaine de la santé et du développement (Glasier et al., 2006 ; Fathalla, 2006). Certains mouvements s'orientent positivement. En 2004, tous les Etats Membres de l'OMS (les Etats-Unis étaient les seuls à se dissocier de cette stratégie) ont approuvé la stratégie de santé génésique mondiale de l'OMS afin d'accélérer la progression vers les objectifs et cibles internationaux liés à la santé génésique (Glasier et al., 2006). En 2007, lors de la révision du Sommet mondial des OMD aux Nations Unies, les dirigeants du monde ont réaffirmé leur engagement « de garantir l'accès universel à la santé génésique avant 2015 », comme il a été mentionné à la Conférence du Caire (Fathalla, 2006). Alors que la cible spécifique de la santé génésique (« garantir avant 2015 l'accès universel à la santé génésique ») avait été initialement omise du cadre des OMD, elle y a été introduite dans la révision de 2007. Le renforcement de l'engagement politique et financier est nécessaire pour établir la cible de la santé sexuelle et génésique au titre des OMD. Ceci comprend le financement des organisations de la société civile chargées de porter de l'avant la santé et les droits génésiques.

La connaissance et les techniques pour atteindre la cible de la santé sexuelle et génésique pour tous sont disponibles (Glasier et al., 2006). « Les cinq composants principaux en matière de soins de santé sexuelle et génésique sont : l'amélioration des soins prénatals, périnatals, post-partum et du nouveau-né ; la prestation de services de qualité supérieure pour la planification familiale, y compris les services de traitement de l'infertilité ; l'élimination des avortements dans des conditions insalubres ; la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, à savoir le VIH, les infections des voies génitales, le cancer du col de l'utérus et d'autres maladies gynécologiques ; et la promotion d'une sexualité saine » (Glasier et al., 2006). Puisque la disponibilité des services de santé sexuelle et génésique est d'une importance évidente (Glasier et al., 2006) (cf. Chapitre 9 : Soins de santé universels), ces services doivent être intégrés dans une approche qui lutte aussi contre les racines sociétales et culturelles à la base des inégalités entre les sexes.

Les inégalités entre les sexes sont déterminées socialement et peuvent être modifiées en vue d'améliorer la santé de millions de filles, de jeunes filles et de femmes de par le monde. L'action consiste à garantir que les lois protègent et promeuvent l'équité entre les sexes et combattent le sexisme dans les structures et les politiques organisationnelles. Dans certaines régions, l'enseignement et la formation des femmes constituent une priorité ; dans d'autres, la réduction des contraintes qui empêchent leur participation économique, sociale et politique à tous les niveaux est la priorité la plus urgente. Enfin, il est impératif que les gouvernements et les donateurs réaffirment leur engagement de travailler pour la santé et les droits sexuels et génésiques, vu que cet engagement est en train de s'affaiblir.

CHAPITRE 14

Emancipation politique – participation et possibilité de s'exprimer

" Partout dans le monde, les personnes ont le sentiment d'avoir perdu le contrôle de leur vie, de leur environnement, de leur métier et dernièrement du sort de la terre. Ainsi, selon une vieille loi sur l'évolution sociale, la résistance fait face à la domination, l'émancipation réagit contre l'impuissance et les projets alternatifs défient la logique ancrée dans le nouvel ordre mondial, de plus en plus perçu comme un désordre par les habitants de la planète "

Castells 1997:69 (Oldfield & Stokke, 2004)

LA RELATION ENTRE LE POUVOIR ET LES INEGALITES EN SANTE

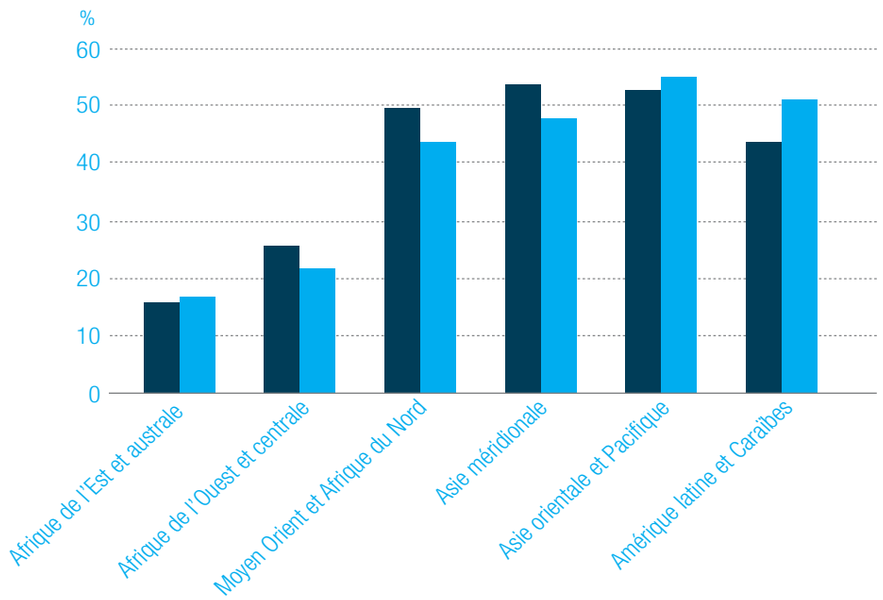
Etre intégré dans la société dans laquelle on vit est une condition essentielle pour l'émancipation matérielle, psychosociale et politique sur laquelle reposent le bien-être social et l'équité en santé. Dans ce chapitre, nous allons examiner le rôle du pouvoir en tant que facteur structurel important des inégalités en santé. 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, particulièrement en faveur des groupes et des nations privés de leurs droits.

La manifestation du déséquilibre de pouvoir

Le droit de bénéficier des conditions indispensables pour atteindre le plus haut niveau de santé possible est universel (UN, 1948). Cependant, le risque que ce droit ne soit bafoué n'est pas universel et tient à des inégalités structurelles profondément ancrées (Farmer, 1999). Les inégalités sociales, se manifestant dans les caractéristiques sociales qui s'interpénètrent comme la classe, le niveau d'instruction, le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique, le handicap et la situation géographique, reflètent des inégalités profondes dans la richesse, le pouvoir et le prestige entre les individus et entre les communautés. Les personnes déjà privées de leurs droits sont aussi défavorisées sur le plan de la santé.

L'équité en santé repose essentiellement sur l'émancipation des individus et des groupes, de sorte qu'ils puissent exprimer haut et fort leurs besoins et qu'ils défendent fortement et efficacement leurs intérêts, et, ce faisant, qu'ils remettent en question et modifient la répartition injuste et très hiérarchisée des ressources sociales (conditions nécessaires pour une bonne santé) auxquelles tous les citoyens peuvent prétendre et ont droit (CS, 2007). A la base des facteurs structurels des inégalités dans les conditions de vie au quotidien abordées tout au long du présent rapport, se trouve la répartition du pouvoir de manière inéquitable. Les inégalités dans le pouvoir interagissent à travers quatre dimensions principales (politique, économique, sociale et culturelle) qui constituent ensemble un continuum selon lequel les groupes sont, à des degrés variables, exclus ou inclus. La dimension politique comprend à la fois les droits formels fixés dans les lois, constitutions, politiques et pratiques, et les conditions dans lesquelles les droits sont exercés, y compris l'accès à l'eau salubre, au système d'assainissement, à l'hébergement et au transport de qualité, à l'énergie et aux services tels que les soins de santé, l'éducation et la protection sociale. La dimension économique se fonde sur l'accès et la répartition des ressources matérielles indispensables pour la

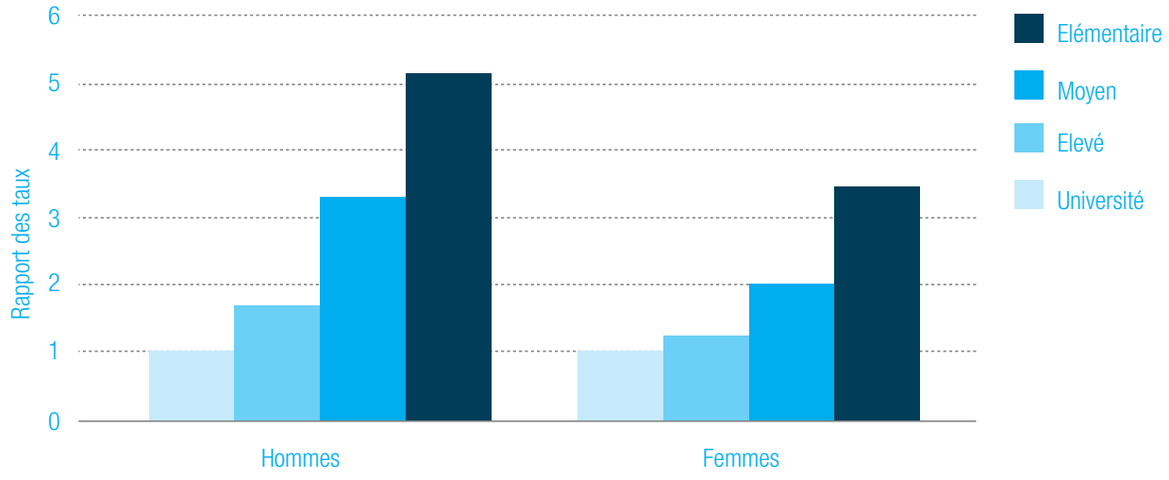
Figure 14.1 Taux nets de fréquentation des écoles secondaires chez les garçons et les filles.



Garçons Filles

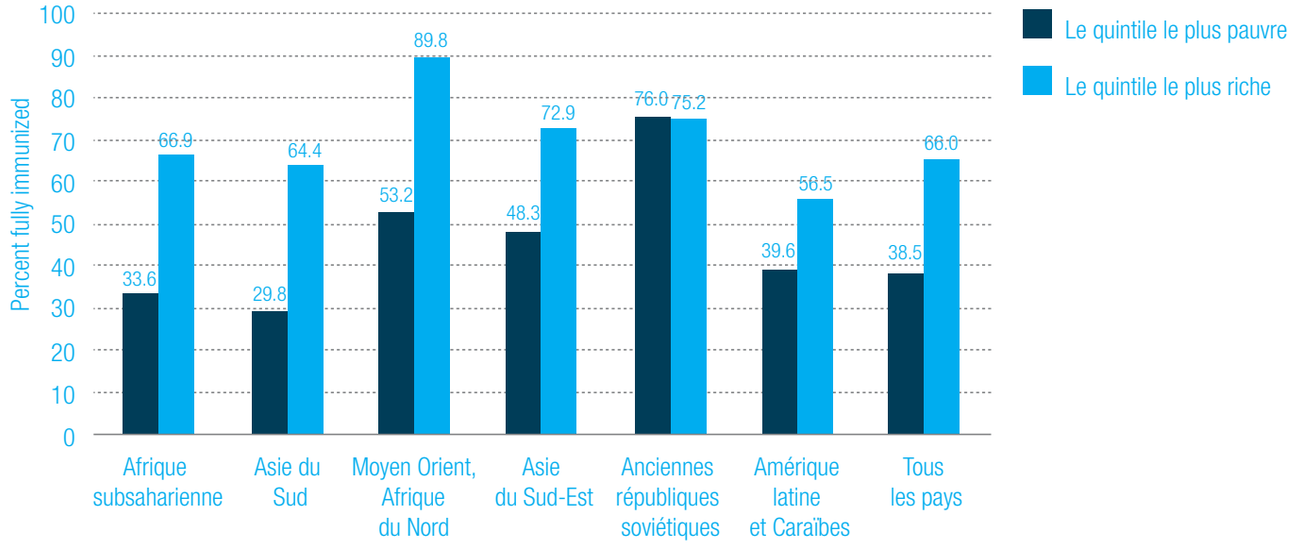
Les taux nets de fréquentation des écoles secondaires font référence au nombre d'adolescents fréquentant les écoles secondaires, ayant l'âge officiel des études secondaires, exprimés en pourcentage du nombre total des adolescents ayant l'âge officiel des études secondaires. Ces données proviennent d'enquêtes nationales sur les ménages. Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de UNICEF (2007c).

Figure 14.2 Mortalité ajustée sur l'âge chez les hommes et les femmes en République de Corée selon le niveau d'instruction, 1993-1997.



Source : Son et al., 2002

Figure 14.3 Taux de vaccination complète chez les quintiles de population, le plus pauvre et le plus riche (moyennes régionales).



Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Gwatkin & Deveshwar-Bahl (2001).

vie (c-à-d le revenu, l'emploi, le logement, la terre, les bonnes conditions de travail, les moyens de subsistance). La dimension sociale est constituée par les relations de proximité qui apportent soutien et solidarité (c-à-d amitié, liens de parenté, famille, clan, voisinage, communauté, mouvements sociaux) et la dimension culturelle relate jusqu'à quel point la diversité des valeurs, des normes et des modes de vie contribue à la santé de tous et arrive à être acceptée et respectée (SEKN, 2007).

La liberté de participer aux relations économiques, sociales, politiques et culturelles a une valeur intrinsèque (Sen, 1999). Participation, représentation et maîtrise sont importantes pour le développement social et la santé (Marmot, 2004). Une participation restreinte limite les capacités humaines et crée des conditions propices aux inégalités dans les domaines de l'emploi, de l'éducation, des soins sanitaires, etc. A titre d'exemple, l'accès inéquitable à l'éducation (Fig. 14.1) mène à des disparités dans la mortalité toutes causes confondues (Fig. 14.2).

Le sous-développement du potentiel aboutit à d'autres inégalités. Le manque d'accès à un enseignement de qualité peut conduire à une exclusion du marché du travail ou à une participation dans des conditions effroyables, et avoir pour conséquence un revenu faible et de mauvaises conditions de vie familiale (espace de vie, alimentation et autres facteurs qui ruinent la santé). L'augmentation de par le monde de l'emploi précaire, du travail des enfants et de la servitude pour dettes reflète et renforce la tenue à l'écart du pouvoir des travailleurs et de leurs représentants industriels et politiques. Les décisions politiques, économiques, financières et commerciales d'une poignée d'institutions et d'entreprises ont une incidence profonde sur la vie quotidienne de millions de personnes (EMCONET, 2007) dont les voix et les aspirations ne sont pas entendues ou sont rejetées d'emblée par d'autres intérêts plus puissants.

Il existe également des inégalités sociales majeures dans l'accès aux innovations techniques et médicales. L'analyse des EDS dans 42 pays (Gwatkin & Deveshwar-Bahl, 2001) illustre les disparités socio-économiques profondes en matière de vaccination complète, avec des taux plus élevés chez les riches que chez les pauvres, à peu près partout (Fig. 14.3).

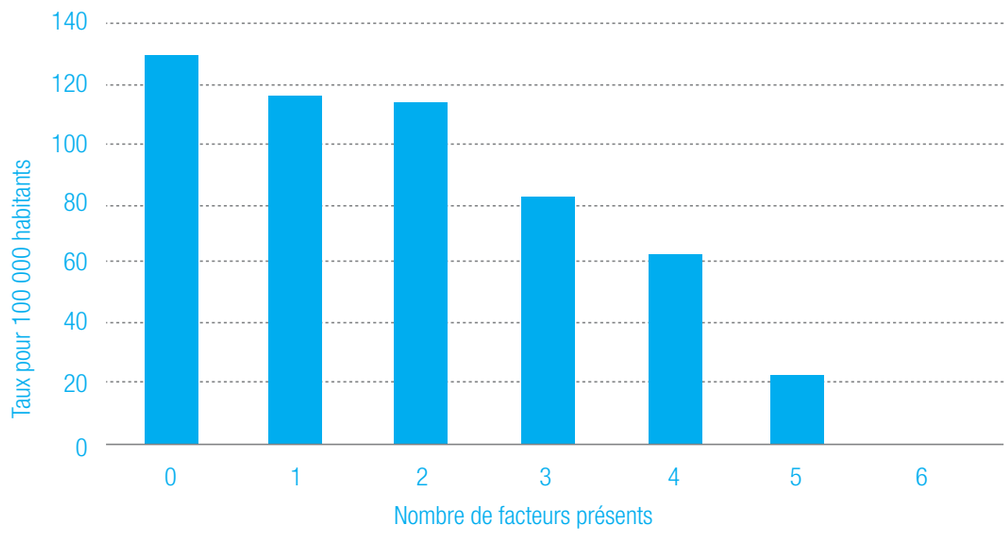
Identité et représentation

Le statut différentiel dont jouissent certains groupes et les possibilités de participation réservées à des populations spécifiques se manifestent clairement dans la manière de traiter avec les cultures autochtones – leur vision du monde, leurs valeurs et aspirations – de la part des gouvernements et des dispensateurs de services de première ligne (Indigenous Health Group, 2007). Les inégalités persistantes dans les conditions de santé des populations autochtones se situent au cœur de la relation entre la santé et le pouvoir, la participation sociale et l'émancipation (Indigenous Health Group, 2007). La conquête de la continuité personnelle et culturelle se répercute énormément sur la santé et le bien-être de ces communautés, comme le démontrent les taux de suicide chez les jeunes des Premières nations au Canada (Fig. 14.4).

L'interdiction injuste de participation et d'émancipation peut également mener au conflit. Lors des conflits, les individus font face à des problèmes de privation physique et sociale, dont le manque de sécurité, le déplacement et ainsi la perte des réseaux sociaux et de la structure familiale, la perte des moyens de subsistance, l'insécurité alimentaire et les mauvaises conditions physiques et sociales (Watts et al., 2007). La tenue à l'écart du pouvoir des individus, des communautés, voire des pays, associée au conflit, suscite une multitude de préoccupations en matière de santé. Comme pour les autres dimensions de l'équité, les besoins des populations qui se trouvent au sein des conflits doivent être représentés dans l'élaboration et le renforcement des politiques et des systèmes économiques et sociaux.

Les questions de déséquilibre du pouvoir ne concernent pas uniquement les individus et les communautés. Certains pays restent profondément tenus à l'écart du pouvoir, et ce, par un manque de ressources par rapport à d'autres. La pauvreté nationale se combine avec l'inégalité des capacités dans le domaine des négociations multilatérales et l'exacerbe. Ainsi, des traités et des accords sont conclus, qui ne sont pas systématiquement dans l'intérêt de ces pays (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*), mais qui ont des conséquences importantes sur la manière dont les nations créent les conditions en faveur de la santé et l'équité en santé.

Figure 14.4 Taux de suicide chez les jeunes des Premières nations, selon les facteurs de continuité culturelle.



Variable substitutive des facteurs de continuité culturelle : la revendication territoriale, l'autonomie, les services d'enseignement, les services de police et de pompiers, les services de santé, l'équipement culturel.
Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Chandler & Lalonde (1998).

ACTION EN FAVEUR DE L'EQUITE DE L'EXPRESSION ET DE LA PARTICIPATION

Donner le pouvoir politique pour agir en faveur de la santé et de l'équité en santé exige de renforcer la justice pour inclure tous les groupes sociaux et les représenter dans la prise de décisions relatives au fonctionnement de la société et surtout à ses effets sur la santé et l'équité en santé. Une telle équité d'expression et de participation est tributaire des structures sociales, soutenue par les pouvoirs publics qui mandatent et qui garantissent les droits des groupes à être entendus et représentés, par exemple par la capacité de législation ou institutionnelle. Elle s'appuie également sur des programmes spécifiques soutenus par ces structures, qui favorisent la participation active. Plus loin encore, l'équité se fonde sur la croissance des organisations, des réseaux et des mouvements de la société civile ainsi que sur leur capacité progressive de réduire les inégalités et d'exercer une pression afin que l'équité (en général et l'équité en santé) soit au centre de tous les débats politiques existants et émergents.

Législation et émancipation politique – droits et représentation

Le droit de bénéficier des conditions indispensables pour atteindre le plus haut niveau de santé possible – Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels – concerne principalement les groupes défavorisés, la participation et la responsabilité, et réside au cœur du mouvement des droits de l'homme (Hunt, 2007). L'Observation générale n°14 (2000) est un document essentiel qui confirme que le droit en matière de santé ne se limite pas à l'accès aux soins de santé, mais englobe aussi les déterminants de la santé sous-jacents, tels que l'eau salubre, le système d'assainissement adéquat, le milieu sain, les informations concernant la santé et la liberté provenant de la non-discrimination (UN, 2000a). Fondamentaux pour l'instauration progressive de ce droit sont la ratification, l'opérationnalisation et le contrôle de l'Observation générale n°14 et des actions qui lui sont associées. L'OMS, de concert avec d'autres organismes internationaux et avec le Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit de jouir du meilleur niveau de santé possible (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*), soutient les Etats dans l'adoption et l'application de l'Observation générale n°14.

Le droit à une identité civique légale se trouve au centre de l'égalité de participation. Les personnes ne peuvent revendiquer leurs droits (l'accès à l'enseignement et à l'aide sociale, aux soins de santé ou à la participation civique et à la sécurité humaine) sans une identité légalisée (Encadré 14.1) (Acosta, 2006). C'est pourquoi, il est important que les pays, aidés par les organismes et les donateurs internationaux, renforcent le cadre légal et institutionnel et garantissent le droit à l'identité civique légale (cf. Chapitre 16 : *Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*).

A la base de l'obtention des droits, de la participation équitable, de la participation à la prise de décisions et à la base de l'action qui influe sur la santé et l'équité en santé, il faut des systèmes

EMANCIPATION POLITIQUE : CHAMP D'ACTION 14.1

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

politiques et juridiques transparents, responsables et participatifs, qui se soucient de la participation authentique et la renforcent.

La Commission recommande que :

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

Sexospécifité

Une des réformes politiques les plus équitables et inclusives est celle qui lutte contre les inégalités mondiales profondément marquées entre les sexes. Elle requiert la participation des femmes dans les processus d'élaboration des politiques et de prise de décisions et augmente la probabilité de planification et de prestation de services, en tenant compte de l'équité entre les sexes. A titre d'exemple, la réforme législative au niveau national en Inde, qui a réservé aux femmes un nombre minimal de sièges dans les conseils municipaux, s'est révélée importante pour l'émancipation politique des femmes et par la suite pour l'action au niveau local qui a pu répondre aux nécessités du lieu (Encadré 14.2).

Autonomie

La vie des populations autochtones continue d'être régie par des lois, des règles et des conditions spécifiques et particulières qui ne s'appliquent pas aux autres membres des Etats civils. Les peuples autochtones vivent toujours sur des territoires délimités ou séparés et sont souvent au cœur des divisions de compétence entre les niveaux d'administration, notamment en ce qui concerne l'accès aux affectations financières, programmes et services. Les peuples autochtones en tant que tels ont un statut distinct et des besoins spécifiques par rapport aux autres.

La Commission recommande que :

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

Comme le dénote l'ONU, les peuples autochtones ont droit à des « mesures spéciales pour assurer une amélioration immédiate et continue de leur situation économique et sociale, notamment dans les domaines de l'emploi, de la formation et de la reconversion professionnelles, du logement, de l'assainissement, de la santé et de la sécurité sociale ». De plus, la Déclaration sur les peuples autochtones, récemment émise par le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, statue que « les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions ». Ces réalités impliquent le droit des peuples autochtones à l'autonomie et à l'autodétermination. Il est important que l'ONU complète la Déclaration sur les droits des peuples autochtones, obtienne sa ratification et encourage sa mise en œuvre par tous les Etats Membres.

La manière dont la Déclaration sur les droits des peuples autochtones est opérationnelle en faveur de la santé et de l'équité en santé au sein de divers contextes sociopolitiques devra faire l'objet d'une étude attentive, dirigée par les peuples autochtones. L'exemple du Plan tripartite pour la santé des Premières nations de la Colombie-Britannique - comprenant des éléments de législation, de gouvernance participative et de services de santé efficaces - offre un cadre participatif pour aller de l'avant (Encadré 14.3).

ENCADRE 14.1: IDENTITE ET DROITS EN BOLIVIE

55% de la population de Bolivie est d'origine quechua ou aymara. On estime qu'environ 9 personnes sur 10 des communautés autochtones et rurales de Bolivie ne possèdent pas de carte d'identité, alors que plus de la moitié n'ont pas de certificats de naissance indispensables pour en obtenir une. Sans certificat de naissance, les enfants ne peuvent pas être scolarisés; ce qui barre la route à la possibilité d'échapper à la pauvreté. Sans carte d'identité, les personnes ne peuvent pas voter, ont des garanties juridiques limitées et sont réellement empêchées d'accéder aux services sociaux et sanitaires. Ces services englobent le régime d'assurance maladie bolivienne en faveur des mères et des femmes enceintes, qui a été introduit pour combattre les taux élevés de mortalité maternelle et infantile dans le pays et qui est pourtant fermé aux femmes qui ne sont pas à même de produire leurs cartes d'identité.

A travers le projet Droit à l'identité, le DFID (Département du développement international) du Royaume-Uni œuvre avec la Cour électorale de Bolivie, les organisations non gouvernementales et les communautés pour faciliter aux personnes de s'inscrire et de recevoir leur carte d'identité, et pour les rendre conscientes de leurs droits de citoyens.

Source: DFID, 2008

ENCADRE 14.2: LEGISLATION INDIENNE EN FAVEUR DES FEMMES

Le 73ème amendement de la Constitution indienne, adopté au Parlement national en 1993, a réservé aux femmes le tiers des sièges dans les conseils municipaux. Il est considéré comme l'une des plus grandes mesures de réforme qui ont changé les normes préexistantes par lesquelles les femmes étaient très peu représentées dans les instances politiques. Les organisations féminines ont œuvré pour former les femmes élues. Actuellement, plus d'un million de représentantes élues dans les conseils municipaux exercent leur autorité sur les budgets et définissent les priorités de la politique locale.

Source: Indian Government, 1992

Les excuses présentées par le gouvernement australien travailliste en février 2008 aux peuples autochtones de l'Australie qui, lorsqu'ils étaient encore enfants, ont été arrachés à leurs familles et forcés à vivre dans des familles d'accueil ou dans des foyers collectifs, ont été un exemple de reconnaissance de la part d'un gouvernement, de l'histoire exceptionnelle de la colonisation des peuples autochtones et de la nécessité d'adopter des mesures particulières (The Age, 2008). Les excuses ont été accompagnées par la promesse de réduire l'écart dans l'espérance de vie entre les Aborigènes et les autres Australiens en l'espace d'une génération (25 ans).

Participation équitable dans l'élaboration des politiques

La bonne gouvernance est le fondement de toute action réussie et elle requiert qu'une attention particulière soit accordée aux dispositifs de confiance, de réciprocité et de responsabilisation sociale (KNUS, 2007). Pour aboutir à cela, une participation équitable au niveau de la gouvernance est essentielle. En effet, la participation active et renseignée des individus et des communautés dans la prise des décisions les concernant en matière de santé, est une caractéristique intrinsèque du droit à la santé.

> ***"La différence entre le tokénisme et la bonne participation réside dans le suivi et dans le fait d'être engagé du début jusqu'à la fin." (Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights, 2007)***

La Commission recommande que :

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

Tous les membres de la société, y compris les plus défavorisés et marginalisés, ont le droit de participer à l'établissement des priorités et des objectifs qui orientent les délibérations techniques sous-jacentes à l'élaboration politique. En outre, la participation ne doit pas se limiter à la conception de l'application des programmes, mais plutôt être considérée comme le processus contextuel par lequel la politique est élaborée, convertie en programmes et services, appliquée, expérimentée et évaluée.

Les recommandations pour l'AIS dans le Chapitre 10 (*L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*) présentent des processus et des dispositifs par lesquels diverses communautés et groupes sociaux peuvent participer à l'élaboration des politiques, leur mise en application et leur évaluation. On pourrait apprendre beaucoup des pratiques existantes. L'établissement d'un réseau de soutien à la gouvernance, peut-être à travers le Conseil économique et social, qui fonctionne sur les plans national, régional et mondial, faciliterait l'identification et le partage des pratiques réussies (par ex. Alliance pour les Villes-santé, Réseau européen des Villes-santé, Municipalities Network (réseau de municipalités) et Organisation panaméricaine de la santé [OPS]).

La représentation obligatoire de la société civile dans tout le dispositif gouvernemental, comme en Ouganda par exemple, est un élément important de toute politique cohérente et orientée vers les besoins en matière de santé et d'équité en santé (Encadré 14.4).

La Social Inclusion Initiative (initiative d'inclusion sociale) en Australie-Méridionale (Encadré 14.5) illustre la valeur de la reconnaissance politique et de l'engagement sérieux en faveur de la participation et de l'équité en santé. Elle montre l'avantage d'avoir une unité indépendante qui facilite les processus

ENCADRE 14.3: CANADA : PLAN TRIPARTITE POUR LA SANTE DES PREMIERES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Le Plan tripartite pour la santé des Premières nations de la Colombie-Britannique est un accord sans précédent signé le 11 juin 2007 par le gouvernement du Canada, la province de Colombie-Britannique et le First Nations Leadership Council of British Columbia. Ce plan engage les parties à collaborer ensemble pour développer des solutions pratiques et innovatrices qui apporteraient des améliorations fondamentales à la santé des Premières nations de la Colombie-Britannique. Il reflète une vision partagée de partenariat pour établir, tester et mettre en œuvre de nouvelles voies de planification de programmes et de prestation de services en matière de santé. Au cœur de ce plan réside l'engagement de créer une nouvelle structure de gouvernance qui renforcerait le contrôle des Premières nations sur les services de santé et favoriserait une meilleure intégration et coordination des services afin de garantir l'accès des Premières nations vivant en Colombie-Britannique à des soins sanitaires de qualité

Source : Gouvernement du Canada, 2007

ENCADRE 14.4: CONSTITUTION OUGANDAISE ET PARTIPATION DES CITOYENS

L'Ouganda encourage actuellement la participation à la prise de décisions en matière de santé. La Constitution souligne l'importance de « la participation active de tous les citoyens à tous les niveaux ». Les organisations de la société civile se sont impliquées dans la préparation du Plan d'action de l'Ouganda pour l'éradication de la pauvreté.

L'Ouganda possède une nouvelle politique de décentralisation dans le secteur de la santé. Il existe au sein des systèmes de santé régionaux quatre niveaux d'organisation et de gestion, le niveau inférieur étant les comités sanitaires de village. Du point de vue du droit à la santé, ces comités jouent un rôle central dans la garantie d'une participation de la base communautaire au secteur de la santé.

Source: Hunt, 2006

d'engagement requis en faveur de l'inclusion sociale plutôt que de les gérer, de posséder un plan stratégique et de définir des objectifs en vue du changement.

La justice au sein de la société ne trouve pas uniquement ses racines dans le fait de viser l'équité au niveau de l'élaboration des politiques nationales globales. L'équité est stimulée par les conditions locales de participation et de représentation équitable et c'est aussi elle qui les introduit. Pour avancer dans ce sens, il faut faire de sorte que l'objectif d'une communauté en bonne santé et égalitaire soit une exigence statutaire locale. Ceci peut avoir lieu grâce à l'établissement d'un plan de développement local démocratiquement sanctionné, statutaire et stratégique qui soit régulièrement contrôlé et révisé (Encadré 14.6). La dotation de fonds statutaires pour soutenir l'engagement et la participation de la communauté dans le processus est primordiale. Le suivi et la soumission de rapports annuels aideront à mesurer le progrès effectué face à un ensemble d'objectifs dont l'impact sur l'équité en santé (LHC, 2000).

ENCADRE 14.5: 'SOCIAL INCLUSION INITIATIVE' EN AUSTRALIE-MERIDIONALE

La Social Inclusion Initiative (initiative de participation sociale) est la réponse du gouvernement d'Australie-Méridionale pour lutter contre l'exclusion sociale. Elle consiste à : faciliter la mise en œuvre conjointe de programmes dans les différents départements ministériels, secteurs et communautés ; sponsoriser/adopter des approches innovatrices ; développer des partenariats et des relations avec les parties prenantes ; et se concentrer sur les issues.

La Social Inclusion Initiative œuvre dans les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux selon un modèle qui reflète la préoccupation du gouvernement d'Australie-Méridionale et la préoccupation publique pour une question particulière ou un groupe particulier dont les circonstances de vie actuelles ou potentielles l'empêchent de mener une vie saine et épanouie.

Le Social Inclusion Board est composé du président et de 9 à 10 membres qui sont généralement des membres notoires de la communauté ou des experts de haut niveau dans leur domaine. Le président et les membres du conseil sont indépendants du gouvernement, mais ils sont fortement inscrits dans un processus appuyé par le gouvernement et strictement lié à lui. Une étroite relation de travail lie le président du Social Inclusion Board avec le premier ministre (chef d'état), et le président avec le directeur administratif de la Social Inclusion Unit (SIU). Le Social Inclusion Board a un cadre de référence bien établi et se charge de :

fournir un leadership pour le travail de la SIU afin de garantir que le gouvernement reçoive un conseil d'orientation stratégique par un expert sur les problèmes de politique sociale identifiés et une approche coordonnée et intégrée de l'établissement, de l'application et de la révision des directions que prend le gouvernement pour réduire l'exclusion sociale ;

donner des recommandations, des informations et des conseils au premier ministre et au gouvernement, y compris les conseils concernant les priorités potentielles dans le cadre du financement public ;

guider, soutenir et conseiller la SIU dans la solution des problèmes recensés par le premier ministre et le gouvernement ;

concevoir des stratégies qui traitent les causes de l'exclusion sociale et qui assurent un leadership pour influencer et donner forme à la politique de justice sociale ;

assister la SIU afin qu'elle développe et maintienne des dispositifs d'engagement appropriés à travers le gouvernement, la communauté et les parties prenantes;

procurer conseils et informations à la SIU afin qu'elle aide dans les activités de recherche ;

soumettre des rapports au premier ministre trimestriellement.

Source: Newman et al., 2007

ENCADRE 14.6: PLAN DE PARTICIPATION STATUTAIRE AU ROYAUME-UNI

A Londres, le Greater London Authority Act 1999 a établi l'Autorité du Grand Londres (Greater London Authority – GLA). Cet acte confère la responsabilité d'établir et d'exécuter un plan général de développement spatial (London Plan), en plus de stratégies associées pour résoudre les problèmes de la qualité de l'air, de la biodiversité, du bruit ambiant, des déchets municipaux, de la culture, du transport et du développement économique. Cet acte donne également une responsabilité statutaire au maire et à la GLA pour promouvoir la santé, réduire l'inéquité et assurer un développement durable.

La GLA sert de plate-forme pour le travail de partenariat au niveau de la ville, du fait qu'elle réunit le maire, une assemblée élue séparément, la London Development Agency (Agence pour le développement de Londres), la London Fire and Emergency Planning Authority (Autorité pour les pompiers et les plans de secours), la Metropolitan Police (Police Métropolitaine) et le Transport for London (Transport pour Londres). Londres dispose aussi d'une instance partenariale spécifique qui a pour objectif d'améliorer la santé et de réduire les inégalités. Il s'agit de la London Health Commission (Commission londonienne pour la santé), qui rassemble tous les organismes statutaires, publics, privés, académiques et bénévoles qui peuvent influer sur les déterminants sociaux de la santé.

Source: LHC, 2000

Soutien financier pour une participation équitable

Pour avoir une structure de gouvernance favorable et participative en vue de l'équité en santé, le soutien financier aux communautés et aux autorités locales est essentiel afin qu'elles s'associent et édifient des sociétés plus saines et plus équitables. L'exemple de Porto Alegre au Brésil illustre les effets considérables d'un programme de budget participatif sur la santé de la population. Ce programme a été institué par l'administration municipale, dans une tentative d'utiliser la connaissance et la perspective singulière des citoyens pour résoudre les nombreux problèmes que rencontre la ville (Encadré 14.7).

Dans le même ordre d'idées, l'exemple qui nous vient du Venezuela (Encadré 14.8) illustre un modèle de gouvernance participative étayée par des principes de budget participatif et un soutien législatif à la participation communautaire.

Approches ascendantes de l'équité en santé

S'il est crucial de donner aux groupes sociaux une certaine émancipation à travers leur représentation dans l'élaboration de l'agenda politique et dans la prise de décisions, il est également important de leur donner le moyen d'agir selon des approches ascendantes et descendantes (Sibal, 2006). Les luttes contre les injustices rencontrées par les populations les plus défavorisées dans la société et le processus d'organisation de ces populations, constituent le leadership local. Plus autonomes, les gens ont le sentiment de mieux maîtriser leur vie et leur avenir. Cette habilitation imprègne tous les aspects de leur vie. S'ils ont un enfant malade, par exemple, ils cherchent à le soigner au lieu de l'abandonner 'à son sort'. Mieux encore, ils peuvent prendre des mesures en avance telles que vacciner l'enfant, de sorte que la maladie soit prévenue dès le départ.

Les faits probants recueillis à partir des interventions en faveur de l'émancipation des jeunes, la prévention du VIH/SIDA et l'émancipation des femmes suggèrent que « les stratégies d'émancipation les plus efficaces sont celles qui se fondent sur la participation authentique et qui la renforcent, tout en garantissant une autonomie au niveau de la prise de décisions, un sens des liens communautaires et locaux et un renforcement psychologique des membres de la communauté eux-mêmes » (WGEKN, 2007).

La Commission recommande que :

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

L'édiction de réformes législatives, qui reconnaissent et appuient les initiatives de renforcement communautaire, garantira la participation globale des groupes défavorisés, concernés par l'amélioration de la santé et l'équité en santé, dans l'action menée aux niveaux mondial, national et local. Le soutien aux efforts déployés par les femmes pour coordonner des organisations féminines en leur assurant des ressources (par des donateurs ou par les gouvernements) est également important pour l'équité entre les sexes (Encadré 14.9) .

Comme le montre l'exemple de SEWA, en fondant leurs propres organisations, les femmes ont choisi une des voies qui leur permettent de promouvoir la solidarité, de fournir un soutien et de travailler collectivement en vue du changement. Ces organisations varient de par leur taille, des groupes au sein des villages ou des quartiers jusqu'aux grands mouvements. Il est impératif de soutenir et d'encourager pareils mouvements

ENCADRE 14.7: BUDGET PARTICIPATIF A PORTO ALEGRE AU BRESIL

Porto Alegre a institué le budget participatif et a permis à tous ses citoyens de voter sur le budget municipal. La ville a assuré des sessions permettant aux membres de la communauté de comprendre les discussions budgétaires et de s'y engager. Cette formation s'est révélée d'une très grande valeur pour les membres de la société qui représentaient directement les communautés plus grandes dans les assemblées plénières régionales. Des représentants du gouvernement et de la communauté ont conjointement dirigé ces assemblées qui se tenaient deux fois l'an. La coopération entre les fonctionnaires et les civils a abouti à une proposition de budget, qui a été soumise au vote dans la grande communauté. Si les fonctionnaires de la ville ont assuré la guidance et ont aidé à résoudre les questions budgétaires difficiles, les budgets proposés et finalisés quant à eux ont été créés par les citoyens de Porto Alegre.

Le programme de budget participatif a encouragé davantage les activités de la part de la société civile, les apports de la communauté et les améliorations tangibles dans la vie de la ville. Parmi la population totale de la ville, 8 % (100 000 personnes) ont participé directement à l'établissement du budget ; 57,2 % des citoyens ont affirmé que la population toujours ou presque toujours "décide réellement" des travaux publics. Le nouveau budget a permis au ministère du Logement d'aider 28 862 familles, contre 1714 durant la même période des années 1986-1988. Le mode de collecte des déchets atteint à présent pratiquement tous les ménages et adopte une collecte distincte de produits recyclables depuis 1990. Presque tous les habitants de Porto Alegre disposent de canalisations d'eau dans leurs maisons et d'un système d'assainissement et d'évacuation de bonne qualité. Le budget participatif a délégué le pouvoir du conseil municipal et a offert aux citoyens les outils du changement. Aujourd'hui, Porto Alegre jouit du meilleur niveau de vie et des taux les plus élevés d'espérance de vie à la naissance parmi tous les centres métropolitains brésiliens.

Source: KNUS, 2007

EMANCIPATION POLITIQUE : CHAMP D'ACTION 14.2

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

et organisations d'une manière qui respecte et protège leur autonomie, et qui favorise leur durabilité, et ceci peut être réalisé de différentes façons :

- en assurant des ressources aux organisations féminines, telles que les capitaux de lancement, les fonds renouvelables et les fonds de contrepartie, l'association de ceux-ci étant possible ;
- en fournissant une plate-forme pour la couverture médiatique et les contacts ;
- en assurant un support pour la création de capacités par des cours de formation, des fonds pour le leadership et par un perfectionnement en gestion.

Un exemple du Japon montre comment un partenariat entre des personnes qui s'organisent elles-mêmes pour résoudre leurs propres problèmes de santé publique ainsi que d'autres préoccupations, avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales, peut très bien fonctionner, à condition que la communauté fixe l'ordre du jour et dispose de ressources

ENCADRE 14.8: BARRIO ADENTRO – LE DROIT A LA SANTE ET A LA PARTICIPATION SOCIALE EN REPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU VENEZUELA

La constitution vénézuélienne a fermement établi le droit à la santé et le devoir du citoyen à prendre une part active dans la gestion de la santé. Le projet de loi de la nouvelle General Health Law (loi générale sur la santé) statue que la participation et le contrôle social dans le domaine de la santé sont un droit constitutionnel pour tous les citoyens. Ces derniers ont le droit de prendre des décisions, d'intervenir et d'exercer un contrôle direct, avec autonomie et indépendance, dans toutes les affaires concernant l'élaboration, la planification et la régulation de politiques, de plans et de projets dans le secteur de la santé, ainsi que l'évaluation, le contrôle et la surveillance de la gestion du secteur de la santé et du financement.

La mission Barrio Adentro est un élément clé de la proposition de participation sociale prévue dans la constitution de la République bolivarienne du Venezuela de 1999. La mission, mise en place en 2003, est devenue un programme de santé publique visant à combler les lacunes du système de santé national. La mission Barrio Adentro promeut des actions spécifiques pour faire intervenir et participer les chefs communautaires dans la conception et le contrôle de la gestion sanitaire. Depuis janvier 2004, le but principal de la mission Barrio Adentro a été de garantir à la population une couverture complète des soins de santé primaires.

Dans la structure administrative de la mission Barrio Adentro, les individus se chargent de coordonner les brigades de médecins selon les paroisses, municipalités et régions, en collaboration avec les comités de santé des quartiers qui participent intégralement à l'élaboration de politiques, de plans, de projets et de programmes en matière de santé, ainsi qu'à l'exécution et l'évaluation de la gestion de la mission. En 2006, il y avait 150 comités enregistrés associés à Barrio Adentro et aux autres missions sociales. Le rôle des comités de la santé est d'identifier les problèmes sanitaires prioritaires de la communauté, de les classer par ordre de priorité et de déterminer les actions principales que la communauté doit entreprendre pour y remédier. Le fonctionnement des comités de la santé est régulé par la loi sur les conseils communautaires en date du 6 avril 2006, qui prévoit que les comités de la santé œuvrent de concert avec d'autres organisations communautaires affiliées au conseil communautaire. Une des charges de ce conseil est d'administrer les budgets affectés à chaque communauté, y compris les budgets des comités de la santé.

Source: PAHO, 2006

ENCADRE 14.9: SOUTIEN JURIDIQUE POUR UN RENFORCEMENT COMMUNAUTAIRE – SEWA, INDE

Comme toutes les autres femmes pauvres auto-employées, les marchandes de légumes d'Ahmedabad en Inde vivent dans des conditions défavorables. SEWA, un syndicat comptant à peu près 1 million de femmes qui travaillent, est un exemple d'action collective entreprise par ces femmes pour relever le défi et modifier leurs conditions.

Fréquemment harcelées par les autorités locales, les marchandes de légumes ont fait campagne avec SEWA afin de renforcer leur statut par une reconnaissance officielle, sous forme de licences et de cartes d'identité, et de représentation dans les conseils urbains qui gouvernent les activités du marché et le développement urbain. Cette campagne a débuté à Gujarat, et a continué par la suite jusqu'à la Cour suprême de l'Inde.

Pour avoir plus de contrôle sur leurs moyens de subsistance, toutes les femmes membres du SEWA se sont liées pour établir leur propre magasin de vente de légumes en gros, se passant ainsi des intermédiaires exploiteurs. SEWA organise également la garde d'enfants, à travers des centres pour nourrissons et jeunes enfants ainsi que des campagnes sur les plans gouvernemental et national pour que la garde d'enfants devienne un droit pour toutes les femmes actives. De plus, les membres du SEWA cherchent à améliorer leurs conditions de vie grâce à des programmes d'assainissement des taudis pour que l'infrastructure de base soit assurée. Tout ce travail a lieu en partenariat avec le gouvernement, les organisations de la société civile et le secteur des entreprises. Afin de résoudre le problème de l'accès au crédit, la banque SEWA accorde de petits prêts et des services bancaires aux femmes auto-employées pauvres. La banque appartient à ses membres et ses politiques sont élaborées par un conseil élu composé de femmes actives.

Source: SEWA Bank, nd

adéquates (Encadré 14.10).

Ceci exige la mise en place de dispositifs pour réunir les secteurs public, privé et de la société civile ainsi que la définition des rôles et des mécanismes selon lesquels les acteurs internationaux et nationaux doivent soutenir l'action populaire.

S'il est essentiel que les membres des communautés puissent prendre part au contrôle des processus qui influent sur leur vie, de telles initiatives, sans engagement politique, leadership et affectation de ressources, seraient de courte durée, comme l'illustre l'exemple du Bangladesh (Encadré 14.11).

Il existe des exemples remarquables où un programme de droits explicite a été appliqué avec succès sur la gouvernance mondiale. Dans le cas des ADPIC et des médicaments contre le SIDA, l'action entreprise par la société civile de l'Afrique du Sud, avec la participation du monde entier, a créé une cascade de normes qui a entraîné des changements immédiats et structurels, non seulement dans l'accessibilité au marché des médicaments d'importance vitale, mais aussi dans la compréhension mondiale des questions de propriété intellectuelle et de l'application de normes appropriées en faveur de l'équité en santé (Encadré 14.12).

ENCADRE 14.10: JAPON – LE POUVOIR DE LA COMMUNAUTE

La population du quartier de Kamagasaki est estimée à 30 000 personnes, dont à peu près 20 000 sont des travailleurs journaliers et les autres sont des personnes au foyer ou des travailleurs à leur compte. Le problème le plus significatif pour les travailleurs est que les conditions préalables à la santé ne leur sont pas assurées, telles que l'alimentation, le logement, l'emploi et la participation sociale.

Un mouvement de régénération a débuté en 1999 avec des groupes de soutien d'organisations non gouvernementales parallèlement aux initiatives de longue durée de l'Eglise et des activités croissantes des syndicats. Simultanément, le Kamagasaki Community Regeneration Forum (le premier groupe populaire pour le développement communautaire dans la région) a été établi. Ce groupe a commencé par créer et tisser des liens communautaires et encourager les nouveaux projets d'affaires. Il a œuvré pour la reconstruction du quartier de Kamagasaki, autrefois considéré comme une communauté socialement exclue, et ce, par « la redécouverte des actifs locaux et des ressources (humaines), par le renforcement des actifs et des ressources en les reliant ensemble et par le développement de la capacité de vivre ».

Le Forum a franchi un certain nombre d'étapes. Depuis qu'il a tenu son premier débat politique et les élections à kamagasaki en 2003, le quartier a été le seul à enregistrer une augmentation dans la participation électorale à Nishara et Osaka en tant qu'entité dans les élections générales de cette année-là. Les politiciens ont commencé à faire campagne en cherchant le support de ce quartier. Les inscriptions augmentées ont partiellement été le résultat d'initiatives privées cherchant à augmenter la fourniture de logements permanents pour les travailleurs qui habitaient dans des loges. En 2000, le Forum a créé l'opportunité pour les ouvriers sans qualifications/sans-abri d'obtenir une aide publique à la subsistance, après que certains propriétaires d'hôtels bon marché les ont convertis en 'logements de soutien' (petits studios ajustés aux personnes ayant des besoins spéciaux et dispensant des services de soutien pour aider les résidents à rester autonomes). Cette possibilité a permis aux travailleurs journaliers et aux personnes sans abri de solliciter l'assistance publique. La loi nationale relative aux sans-abri, érigée il y a 10 ans, qui explicite le rôle des autorités de la ville et de l'Etat concernant ce problème devrait également porter les choses de l'avant.

Source: KNUS, 2007

ENCADRE 14.11: PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AU BANGLADESH

Les initiatives du gouvernement ont cherché à promouvoir la participation communautaire à la prestation de services fondamentaux. A titre d'exemple, le Health and Population Sector Programme (Programme du secteur de la population et de la santé) s'étalant sur 5 ans (1998-2003) a inclus un composant pour motiver les utilisateurs des services à surveiller la performance des fournisseurs publics sur le plan local. Une sélection d'organisations non gouvernementales a formé des comités locaux de parties prenantes et fourni aux utilisateurs des services une formation/un développement de capacités dans la participation et les délibérations. Femmes, hommes, élite et personnes sans terre ont été recrutés de manière transparente afin de prendre part aux comités. Il a été noté : une participation forte, variée et diversifiée au niveau des membres ; une meilleure prise de conscience à propos des équipements sanitaires collectifs ; une demande communautaire en matière de santé publique; et les médecins ont été forcés d'assurer une présence durant les heures de travail et de ne pas percevoir des frais illégaux. Cependant, la sensibilisation de la communauté concernant les comités et les possibilités qu'ils offrent pour assurer une rétroaction pour le système de soins de santé a été faible. Les comités ont manqué d'autorité et de capacité politique pour prendre des décisions. Avec la mise en œuvre du nouveau programme sur le secteur de la santé en 2003, qui n'a pas maintenu ces comités de parties prenantes, la plupart de ces derniers se sont dissous. Le plan des 5 ans pour 1998-2003 a également été essayé avec l'appropriation de la communauté des équipements sanitaires. La communauté devait donner le terrain et les frais de construction devaient être partagés entre la communauté locale et le gouvernement central. Mais la candidature des groupes communautaires a été biaisée en faveur de l'élite locale et des proches du président. Le leadership a été faible et l'absence de structures définies, les relations inéquitables entre riches et pauvres, hommes et femmes ont resurgi et l'on a accordé peu de valeur à ceux qui ont un statut faible.
Source: SEKN, 2007

Mouvements sociaux

Pour effectuer des changements au niveau du pouvoir, il faut laisser de la place au défi et à la contestation des mouvements sociaux. Quoique les mouvements sociaux et les organisations communautaires tendent à se mobiliser autour de questions concrètes relatives à la vie de tous les jours, leurs actions sont clairement enracinées dans des structures et des processus qui vont au-delà du domaine local. Ces mouvements prennent l'une des trois formes suivantes : les sociétés politiques (par ex. partis politiques, groupes de pression) qui veulent exercer une influence sur la scène politique ; les sociétés civiles telles que les syndicats, les organisations des paysans et les mouvements religieux ; et les sociétés civiles politiques qui combinent ou lient les activités des sociétés politiques et civiles (par ex. mouvements ouvriers, mouvement féministe, mouvement anti-apartheid).

Le Mouvement populaire pour la santé (**http://phmovement.org/**) est un grand réseau de société civile mondiale formé d'activistes de la santé qui soutiennent la politique de l'OMS 'Santé pour tous'. Il vise à lutter contre les causes d'ordre économique et politique à l'origine du fossé des disparités en santé partout dans le monde et appelle au retour aux principes de Alma Ata. En appuyant le Mouvement populaire pour la santé et d'autres organisations similaires de la société civile telles que le mouvement mondial contre la pauvreté et le mouvement ouvrier, on garantit que l'action sur les déterminants sociaux de la santé sera développée, exécutée et évaluée.

Une société soucieuse d'une répartition plus équitable de la santé est une société qui conteste l'inégalité des rapports de force dans la participation, tout en garantissant que toutes les voix soient entendues et respectées lors de la prise des décisions qui contribuent à l'équité en santé. Pour plus de participation il faut des politiques sociales, des lois, des institutions et des programmes qui protègent les droits de l'homme. La participation d'individus et de groupes est nécessaire pour exposer réellement leurs besoins et intérêts dans l'élaboration des politiques. Une société civile active et des mouvements sociaux sont également nécessaires. Il est clair que 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 de biens matériels et sociaux essentiels entre les différents groupes de population (Solar & Irwin, 2007). Les approches descendantes et ascendantes sont aussi essentielles les unes que les autres.

ENCADRE 14.12: AGIR SUR LES DROITS ET LE COMMERCE : CAS DES MEDICAMENTS ANTI SIDA

« Le droit humain à la santé requiert la fourniture de médicaments essentiels en tant qu'obligation fondamentale qui ne peut être troquée contre des intérêts de biens propres ou une croissance économique domestique. Ce droit peut fournir un moyen pour effectuer une formulation, une mise en œuvre et une interprétation de règles commerciales orientées davantage vers la santé publique, et ce tant à travers les tribunaux nationaux et les gouvernements que l'OMS. Le pouvoir grandissant de ce droit se reflète de manière similaire dans la jurisprudence émergente où les médicaments ont été réclamés avec succès dans le cadre de la protection des droits de l'homme ».

Il y a une dizaines d'années, le prix élevé des médicaments contre le SIDA a poussé l'OMS et ONUSIDA à déclarer que le traitement ne constituait pas une utilisation sage des ressources dans les pays pauvres. La prévention du VIH/SIDA a été préférée au traitement. Il n'y avait pas de financement international pour les pays en voie de développement afin qu'ils achètent les médicaments, et les compagnies ont donné des concessions de prix très limitées. Il en a résulté un combat dramatique pour obtenir des médicaments contre le SIDA qui a atteint son plus haut degré en 2001 dans le cas de l'Association de l'industrie du médicament en Afrique du Sud. Entre 1997 et 2001, les Etats-Unis et 40 compagnies pharmaceutiques ont exercé des pressions et des litiges commerciaux pour empêcher le gouvernement d'Afrique du Sud d'adopter une loi permettant l'accès à des médicaments d'un coût abordable. La branche industrielle a déclaré que la loi (et parallèlement l'importation qu'elle autorisait) contrevenait aux ADPIC et à la Constitution de l'Afrique du Sud et menaçait la motivation industrielle à créer de nouveaux médicaments. Les compagnies pharmaceutiques se sont pourvues en justice en Afrique du Sud. Un niveau exceptionnel d'action publique a accompagné le cas, attirant une censure mondiale contre les sociétés commerciales. En avril 2001, les compagnies pharmaceutiques se sont retirées de l'affaire.

Une cascade de normes a suivi, avec une recrudescence rapide à l'ONU des déclarations internationales sur le traitement en tant que droit humain et de l'articulation des obligations de l'Etat sur la thérapie antirétrovirale. Durant la même année, l'OMS a formulé sa déclaration sur les APDIC et la santé publique. Ces engagements de pure forme ont été atteints grâce à des changements politiques et de prix. Les prix des thérapies antirétrovirales sont tombés dans de nombreux pays à revenu faible de 15 000 $US à 148-549 $US par an. De nouveaux dispositifs de financement mondial ont été créés, tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida des Etats-Unis (PEPFAR) et le programme VIH/SIDA multi-pays de la Banque mondiale pour la région Afrique. En 2002, l'OMS a adopté le but activiste de placer 3 millions de personnes en thérapie antirétrovirale et vers la fin de 2005, a visé l'accès universel au traitement avant 2010, un but également adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies et par le G8. En 5 ans, l'accès à la thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne a augmenté de moins de 1 % aux taux actuels de 28 %.

Source: Forman, 2007

CHAPITRE 15
Bonne gouvernance mondiale

"Nous sommes réellement témoins et nous vivons dans une nouvelle ère très importante de l'histoire du monde."

Kemal Dervis (2005)

BONNE GOUVERNANCE MONDIALE ET ÉQUITÉ EN SANTÉ

Les énormes différences actuelles dans l'état de santé et l'espérance de vie entre les peuples du monde reflètent un déséquilibre profond, de longue durée et grandissant au niveau du pouvoir et de la prospérité des nations. En 2000, le membre moyen du décile supérieur riche du monde possédait à peu près 3000 fois la richesse moyenne du décile inférieur (Davies et al., 2006). Entre les nations les plus pauvres et celles les plus riches, la différence en espérance de vie à la naissance dépasse les 40 ans – quatre décennies de vie niées. Les coûts des technologies de l'information et de la communication (aspects essentiels de la croissance économique) sont 170 fois plus élevés dans certains pays à revenu faible par rapport à d'autres à revenu élevé. Si les risques associés à la mondialisation – liés à la santé, au commerce et aux finances, ou à la sécurité humaine – sont de plus en plus transnationaux et vécus disproportionnellement dans les pays à revenu faible et moyen, les bienfaits de la mondialisation demeurent répartis de façon extrêmement inégale, en faveur des régions à revenu élevé. Il est impératif que la communauté internationale 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 permettre à tous d'influencer les décisions sur un pied d'égalité qu'on peut œuvrer en faveur de l'équité en santé dans le monde et reconnaître les droits des personnes à bénéficier de conditions favorables pour leur santé.

Possibilités et menaces

La mondialisation a apporté de nouvelles possibilités pour réaliser l'équité en santé. Mais elle s'est également chargée de menaces et de risques. « Les marchés mondiaux se sont accrus rapidement sans qu'il y ait en parallèle un développement des institutions économiques et sociales, pourtant nécessaire pour leur bon fonctionnement, de façon équitable. En même temps, on craint l'injustice dans les règles mondiales principales ... et leurs effets asymétriques tant sur les pays riches que sur les pays pauvres » (World Commission on the Social Dimension of Globalization, 2004). L'image actuelle de la mondialisation comprend des 'gagnants' et des 'perdants' parmi les pays du monde. Si l'on veut réduire les risques d'inégalités dans la mondialisation et gérer le potentiel de la mondialisation en vue d'une santé meilleure et plus juste, il est nécessaire de créer dès à présent de nouvelles formes de gouvernance mondiale. La mondialisation offre des occasions sans précédent pour la réalisation de l'équité en santé par le moyen d'une gouvernance efficace. Cependant, ce qu'elle offre comme possibilité peut constituer une menace, si elle n'est pas gérée convenablement (Encadré 15.1).

Les aspects de la mondialisation tels que la libéralisation des échanges et l'intégration du marché entre les pays ont apporté des changements significatifs dans les politiques nationales de production et de distribution. 'L'ajustement structurel', qui a exercé une influence importante sur les programmes et les politiques sur le plan mondial à partir des années 1970, a servi de cadre à l'émergence d'une orthodoxie dominante (quelquefois appelée 'néolibérale') dans les institutions mondiales. Les politiques d'ajustement, conçues pour réduire l'inflation dans les pays en voie de développement endettés, diminuer les dépenses publiques et promouvoir la croissance – le tout fortement orienté vers un plan de remboursement de la dette - ont opté

ENCADRE 15.1: MONDIALISATION - REPERCUSSIONS POLITIQUES QUI MENACENT L'EQUITE EN SANTE

Les répercussions politiques qui menacent l'équité en santé englobent :

- les progrès technologiques, aboutissant à une diminution rapide des coûts des transports, des communications et du traitement des informations, qui, à côté des changements institutionnels comme la libéralisation des échanges, facilitent la réorganisation mondiale de l'activité productive par des moyens qui accentuent les inégalités ;
- une augmentation de la valeur de l'investissement étranger direct relatif au commerce, reflétant l'interchangeabilité croissante de l'investissement direct et du commerce dans la production et la fourniture des biens et des services ;
- un accroissement de l'importance de la production 'extraterritoriale' ou 'externalisée', souvent assumée par des entrepreneurs indépendants plutôt que par les succursales ou filiales d'une entreprise parente, ce qui implique fréquemment de mauvaises conditions de travail ;
- une forte augmentation des flux d'investissements de portefeuilles fortement mobiles ('capitaux flottants'), élevant ainsi le risque de crises de change ;
- une concurrence accrue autour de l'investissement et un glissement du rapport de forces des autorités locales vers les décideurs sur les marchés financiers internationaux, créant de cette manière une influence politique qui nuit à l'équité en santé.

Source: GKN, 2007

pour la libéralisation des échanges, la privatisation et pour un rôle réduit du secteur public. Ceci a eu une incidence nuisible sur les déterminants sociaux de la santé, y compris les soins de santé et l'éducation, dans la plupart des pays participants. De nombreux pays ont sans doute profité de la réduction de l'inflation galopante et de l'amélioration de la gestion des finances publiques. Pourtant, il n'est pas sûr que le niveau sévère et la camisole de force imposés par l'ajustement structurel ont produit les bienfaits espérés, moins encore que les coûts sanitaires et sociaux ont été garantis (Jolly, 1991).

Une pauvreté persistante

Alors que le débat sur le rapport entre la libéralisation des échanges et la croissance pourrait continuer, il est clair que l'augmentation du commerce selon des modalités améliorées est désirable – en supposant qu'elle entre dans le cadre des impératifs écologiques de l'utilisation soutenue des ressources. Cependant, les relations entre la mondialisation, la croissance et la réduction de la pauvreté sont profondément problématiques. Le nombre total de personnes vivant avec 1 $US ou moins par jour a chuté de 414 millions entre 1981 et 2003. Mais cela provient surtout de la forte réduction de pauvreté en Chine (Chen & Ravallion, 2004). La vague montante de la mondialisation n'a pas soulevé tous les bateaux ou ne les a pas entraînés très loin. Elle n'a pas non plus suivi le rythme de la croissance démographique. Durant cette même période, en Afrique subsaharienne, le nombre de personnes vivant avec 1 $US ou moins par jour a doublé et le nombre de celles qui vivent avec 2 $US/jour a presque doublé.

Les inégalités en santé dans le monde

La croissance en termes de richesses et de connaissances n'a pas non plus été traduite par une augmentation de l'équité en santé sur le plan mondial. Au lieu qu'il y ait une convergence, les pays pauvres rejoignant l'OCDE, il y a eu, au contraire, un écart dans l'espérance de vie, qui a varié d'un pays ou d'une région à l'autre, certains enregistrant une amélioration, d'autres une stagnation et d'autres encore une dégradation (Fig. 15.1).

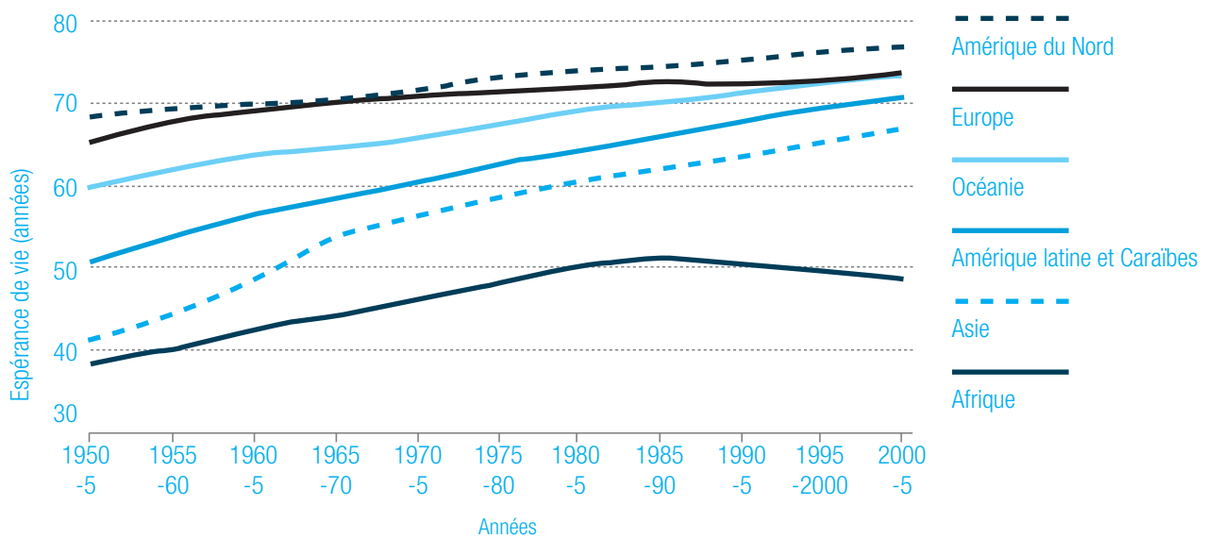
Si l'espérance de vie à la naissance persiste à converger et à se stabiliser dans les pays à revenu élevé, et à converger rapidement dans les pays à revenu moyen vers les niveaux des pays à revenu élevé, l'espérance de vie à la naissance dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne et dans les pays en transition économique, en 2006, a été plus basse qu'en 1990. Ceci est dû en grande partie aux revirements considérables dans les économies en transition des anciennes républiques soviétiques et à la pandémie du VIH/SIDA (bien que récemment, depuis 2005, la mortalité due au VIH/SIDA ait diminué en Afrique subsaharienne).

Cependant, l'analyse de régression entreprise par le GKN laisse entendre que d'autres facteurs, tels que ceux qui dépendent des politiques économiques dominantes orientées vers le marché, ont contribué à provoquer l'écart entre les résultats régionaux en matière d'espérance de vie. Si les pays de l'OCDE ont connu une augmentation nette d'environ 3 ans en espérance de vie à la naissance, l'Afrique subsaharienne a vu de son côté diminuer son taux d'environ 6 ans.

Outre qu'augmenter les inégalités en santé entre les pays, la récente phase de mondialisation a aussi exacerbé l'inéquité en santé au sein des pays. La libéralisation des échanges et l'intégration au marché, qui ont contribué à l'émergence d'un marché du travail mondial, ont augmenté l'exigence de flexibilité du travail, avec pour résultat une augmentation de l'insécurité de l'emploi (cf. Chapitre 7 : *Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). L'offre d'emploi croissante, tout en fournissant de nouvelles possibilités de participation des femmes à la vie active, a également maintenu les disparités entre les sexes dans les conditions d'emploi, contribuant en même temps à une double charge de travail pour les femmes qui demeurent responsables de la famille et du ménage (cf. *Chapitre 13 : Equité entre les sexes*). Les gains en revenus par le biais des marchés étendus et la productivité croissante n'ont pas circulé de façon équitable entre les sociétés. La Banque Mondiale reconnaît que « les changements au niveau du marché du travail vont mener à une inégalité économique augmentée dans les pays, représentant 86 % de la population mondiale en voie de développement sur une période s'étendant jusqu'en 2030, les 'pauvres sans qualifications' étant laissés pour compte » (World Bank, 2007).

Les effets de la mondialisation sur l'inéquité en santé au sein des

Figure 15.1 Espérance de vie à la naissance (en années) par région, 1950-2005.



Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Dorling et al. (2006).

pays peuvent aussi être détectés dans les accords commerciaux qui restreignent l'utilisation des tarifs de douane, réduisant les revenus du trésor public dans les pays pauvres avec de faibles capacités d'impôts directs, et diminuant par conséquent les dépenses du secteur public sur les déterminants sociaux principaux, tels que la santé et l'éducation (cf. Chapitre 11: *Financement équitable*). La libéralisation des échanges a été associée à la commercialisation grandissante des soins de santé - accentuant les inégalités au niveau de l'accès aux soins et aux avantages sociaux chez les groupes les plus défavorisés - et au coût montant des médicaments d'importance vitale au titre des droits de propriété intellectuelle (cf. Chapitre 12 : *Rôle du marché*) (GKN, 2007).

Nouvelle nécessité de gouvernance mondiale

A côté de la libéralisation des échanges, des modèles de croissance économique et de la divergence dans les conditions de santé, la mondialisation a vu naître d'autres risques aigus pour l'équité en santé. La croissance massive de capitaux en mouvement constant a accentué la volatilité des marchés financiers internationaux et mené à une tendance de plus en plus fréquente aux crises financières (Encadré 15.2). La pauvreté persistante et l'inégalité économique croissante, souvent associées à l'exploitation transnationale des ressources naturelles des pays, contribuent à augmenter les niveaux du conflit international, avec un impact de plus en plus fort sur les populations civiles (Encadré 15.3). Conflit, pauvreté et motivation économique ont tous contribué à l'augmentation significative du nombre total des personnes qui migrent à l'intérieur des pays ou au-delà des frontières (Encadré 15.4).

La nature des flux financiers contemporains, leurs bénéfices potentiels et leurs dangers évidents établissent le bien-fondé du renforcement de la gouvernance financière mondiale. Les conséquences de la gouvernance mondiale sur les conflits peuvent être renforcées de plusieurs manières : en rendant la répartition des profits de la production et du commerce nationaux et transnationaux plus équitable, notamment en ce qui concerne les ressources naturelles ; en créant des mesures

ENCADRE 15.2: FINANCEMENT MONDIAL

Dans le cadre de la mondialisation contemporaine, des volumes croissants de capital 'hypermobile' circulent vers l'intérieur des pays comme vers l'extérieur, un taux incontrôlable par les gouvernements et les trésors. A côté de cette augmentation du mouvement transnational des capitaux, le niveau mondial des crises financières s'est élevé comme au Mexique en 1994, en Asie en 1997, en Fédération de Russie en 1998 et en Argentine en 2001. De telles crises se répercutent sur les déterminants principaux de la santé, notamment pour ce qui est de la capacité des gouvernements à investir dans le secteur public et de la stabilité des marchés du travail.

ENCADRE 15.3: CONFLIT MONDIAL

Associé à la pauvreté dans le monde et à l'inéquité économique, et les renforçant, le conflit demeure partout un fléau et l'indicateur d'échec au niveau de la gouvernance mondiale et nationale. L'année 1990 a connu 502 000 décès de guerre dans le monde, les conflits étant devenus mondialement la troisième cause principale de mort violente. Depuis le début des années 1990, les conflits ont directement tué 3,6 millions de personnes et déplacé 50 millions. Le conflit contemporain est souvent un phénomène de pauvreté dans le monde en voie de développement. Plus précisément, c'est une tragédie qui atteint l'Afrique subsaharienne. Parmi les 49 conflits ayant eu lieu sur la planète depuis 1990, 90 % ont éclaté dans cette région. Les causes principales des conflits, en particulier des conflits intranationaux civils croissants, se rapportent, en plus du revenu national faible et de la pauvreté, à des questions de justice, de répartition quant à l'accès aux ressources, d'identité ethnique et d'exclusion sociale.

ENCADRE 15.4: MIGRATION MONDIALE

A cause des guerres qui ont éclaté, les gens se sont déplacés, à l'intérieur des pays et entre eux. Depuis les années 1970, le nombre de réfugiés externes et internes a constamment augmenté. Selon le World Refugee Survey (Enquête sur les réfugiés dans le monde) (1996), il y avait, en 1995, 5,2 millions de réfugiés dans toute l'Afrique subsaharienne, le groupe le plus grand étant celui de la république démocratique du Congo (précédemment appelée Zaïre) (1,3 million), suivi de la République-Unie de Tanzanie (0,7 million) et de la Guinée (0,6 million). Le nombre de personnes déplacées à l'intérieur des pays était encore plus grand et estimé à plus de 8 millions de personnes en Afrique seulement. L'émigration, à la fois forcée et volontaire, est un autre champ critique dans lequel l'action humaine et le bien-être dépendent d'un niveau de gouvernance supérieur au niveau national. En plus des déplacements forcés et de leurs effets énormes sur l'homme et sur sa santé, la mondialisation a également vu s'accélérer l'émigration de l'emploi à partir des pays pauvres. D'une importance particulière dans ce cas, on cite le grand mouvement des travailleurs de la santé (médecins, infirmières et le reste du personnel qualifié de la santé) à l'extérieur des pays à revenu faible, avec des répercussions considérables sur la capacité des soins de santé au sein de ces pays qui connaissent une véritable fuite des cerveaux.

de sécurité internationale, y compris le contrôle du commerce mondial des armes ; et en renforçant le financement et l'action cohérents et au moment opportun pour une intervention humanitaire dans des Etats fragiles et déchirés par les conflits (Collier, 2006). Les répercussions de la gouvernance mondiale sur la migration des populations peuvent être accentuées par : des dispositifs politiques et financiers plus efficaces en faveur des réfugiés et des populations déplacées ; une coopération mondiale plus importante concernant l'établissement de 'droits transférables' dus à tous les migrants transfrontaliers, respectés par tous les pays d'accueil ; et des accords de réciprocité à l'égard des travailleurs de la santé entre les pays qui perdent des capacités et ceux qui en gagnent.

La mondialisation offre des possibilités réelles et tangibles pour une meilleure équité en santé. Cependant, même si la 'forte gouvernance' a développé sur le plan mondial des actions, des accords et des contrôles concernant les rapports économiques, commerciaux, financiers et d'investissement, la gouvernance mondiale relative à l'équité en santé et sociale reste 'faible'. La Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation, 2004, et le Processus de Helsinki sur la mondialisation et la démocratie représentent deux initiatives multilatérales récentes pour préconiser une nouvelle forme de mondialisation qui reconnaît les obligations sociales et comprend de nouvelles institutions pour la gouvernance mondiale. Renforcer au niveau mondial la gestion de l'activité économique intégrée et du développement social offre pour les nations une voie plus cohérente afin d'assurer une répartition plus juste des bienfaits indubitables de la mondialisation et une protection plus équitable contre ses dangers potentiels.

C'est l'heure du changement

Le système multilatéral est complexe et il influe sur la santé mondiale de différentes façons : de l'Assemblée générale où les Etats Membres se réunissent (au moins en principe) en tant qu'entités égales, jusqu'au Conseil de sécurité avec les cinq sièges permanents de l'OCDE ; du Conseil économique et social mandaté pour coordonner l'action intergouvernementale et le travail des organismes spécialisés de l'ONU, tels que l'OMS, soutenu par l'Assemblée mondiale de la Santé, jusqu'aux établissements financiers internationaux (la Banque Mondiale et le FMI) et l'OMC, où les politiques économiques se sont heurtées aux impératifs du développement social ; des organismes régionaux ayant une grande puissance comme l'UE, jusqu'à ceux qui font leur possible pour arriver à une voix mondiale appropriée : le système multilatéral est le lieu le plus puissant où les pays, représentant les populations, peuvent s'engager pour atteindre ce qui est mondialement efficace et équitable.

Pourtant, l'infrastructure multilatérale des Nations Unies (créée dans la période qui a immédiatement suivi la deuxième guerre mondiale), des organismes de l'ONU et des établissements financiers internationaux les plus importants, a désormais 60 ans. La nature des systèmes mondiaux et les exigences de la bonne gouvernance mondiale ont considérablement changé. Il y a à la fois une nécessité et une possibilité de repenser les mandats et l'organisation du système mondial (GKN, 2007) – reflétant notamment le processus de réforme en cours de l'ONU. Si la Commission reconnaît les limites de son mandat et de ses compétences, elle ne manque pas de noter la prédominance d'un fonctionnement démocratique faible et d'une influence non équilibrée. Presque toute réforme valable qui cherche à améliorer la gouvernance et le fonctionnement démocratique du système multilatéral dans son ensemble dépend significativement de la réforme du Conseil de sécurité (Encadré 15.5).

Une des approches de la réforme du Conseil de sécurité – notant la paralysie de la réforme par les intérêts nationaux individuellement établis de ceux qui sont ou ne sont pas membres – est l'option de renforcer la représentation régionale. Chaque région pourrait avoir son propre secrétariat à New York. Ceci pourrait consolider le soutien de ses membres élus et promouvoir des politiques régionales communes sans qu'il soit nécessaire de réviser la Charte. Ainsi les nations, qu'elles soient petites ou grandes, pourront élargir leurs possibilités de participer au Conseil de sécurité avec une position forte (Paul & Nahory, 2005).

Peu d'institutions mondiales ont eu autant d'influence sur l'élaboration de politiques et de programmes, internationalement et nationalement, que les établissements financiers internationaux (la Banque Mondiale et le FMI). Au cours des trente dernières années, ces deux institutions ont acquis une voix puissante dans le domaine de la gouvernance mondiale, non seulement dans leurs rapports de financement direct avec les pays, mais aussi indirectement, à travers leur influence sur le paradigme dominant de l'élaboration politique et de la pratique. Alors que leurs influence et expertise sont hors de doute, leurs processus institutionnels et qualifications démocratiques – pour permettre les différentes perspectives des priorités de développement des pays, y compris la priorité de l'équité en santé – sont, pour le moins qu'on puisse dire, discutables (Encadré 15.6).

ENCADRE 15.5: REFORME DU CONSEIL DE SECURITE

Le Conseil de sécurité reflète la structure du pouvoir mondial de 1945, lorsque la plupart des nations d'aujourd'hui étaient sous le régime colonial. En 1965, sous la pression du nombre croissant des membres, l'ONU a ajouté au Conseil de sécurité quatre nouveaux membres élus, portant le nombre total à 15. Mais les cinq alliés principaux de la deuxième guerre mondiale se sont agrippés à leur statut privilégié. Ils demeurent 'permanents' et ont le droit d'opposer leur veto à toute décision du Conseil de sécurité. Cet arrangement rend ce dernier à la fois non démocratique et inefficace. Les cinq membres exerçant le droit de veto empêchent bon nombre de questions d'intégrer l'ordre du jour du Conseil de sécurité et souvent excluent de manière égoïste des initiatives nécessaires et approuvées largement. Malgré les dix membres élus, le Conseil de sécurité n'est ni équilibré du point de vue géographique ni sérieusement représentatif.

Source: **http://www.globalpolicy.org/security/reform/index.htm**

La mondialisation indique l'interdépendance des nations et des peuples, et le bienfait proportionnel, pour ne pas dire la nécessité, de collaboration dans les domaines d'intérêt commun. Un concept de biens publics mondiaux a émergé (la gestion partagée des conditions et des ressources essentielles pour tous) et il réside en dehors de la capacité de contrôle des pays individuels. Ce concept a englobé jusqu'à présent des questions telles que la surveillance du changement climatique et de l'environnement, la paix et la sécurité, le contrôle des maladies et la connaissance. Au delà de celles-ci et on pourrait dire les soutenant toutes, se trouve le concept de la justice sociale, de l'équité et donc de l'équité en santé, non seulement au sein des pays mais aussi entre eux.

ACTIONS EN FAVEUR D'UNE BONNE GOUVERNANCE MONDIALE

La Commission recommande que :

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

L'équité en santé – un objectif mondial

La réduction des inégalités en santé entre les pays et en leur sein requiert une cohérence politique au niveau mondial, comme elle la requiert au niveau national (cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*). En adoptant l'équité en santé entre les pays et en leur sein comme mesure principale du développement, le Conseil économique et social peut utiliser sa fonction coordinatrice afin d'améliorer la cohérence des actions sur les déterminants sociaux de la santé dans les différents organismes de l'ONU (Encadré 15.7).

Cohérence multilatérale

La 61ème session de l'Assemblée générale de l'ONU intitulée «Renforcement du Conseil économique et social» (14 novembre 2006), a été une occasion pour le Conseil économique et social d'être à la tête de l'action cohérente en faveur du développement et de l'équité en santé sur le plan mondial. Premièrement, le Conseil peut orienter sa Commission permanente pour le développement social vers l'adoption de l'équité en santé comme thème pour l'examen biennal de 2009-2010 et cibler l'établissement d'un cadre multilatéral pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Deuxièmement, il peut rendre compte du progrès réalisé en équité en santé au processus de l'Examen ministériel annuel. Troisièmement, bien qu'il semble tabler à première vue sur l'amélioration de la réponse

ENCADRE 15.6: IL EST TEMPS DE REPENSER L'INFLUENCE ECONOMIQUE MONDIALE

La représentation au niveau des prises de décision dans les conseils d'administration du FMI et de la Banque Mondiale s'inspire de la contribution économique (et donc dans une large mesure, de l'état de richesse) des Etats Membres. Les pays développés, représentant 20 % des membres du FMI et 15 % de la population mondiale, détiennent la majorité des voix dans les deux institutions. Les pays en voie de développement, en revanche, sont sous-représentés. Le système de vote pondéré donne aux Etats-Unis à eux seuls et à n'importe quels autres quatre membres du G7 agissant ensemble sans les Etats-Unis, la possibilité de bloquer des décisions politiques dans les 18 domaines nécessitant une majorité qualifiée de 85 % des voix. Les présidents de la Banque Mondiale et du FMI sont en réalité nommés respectivement par les Etats-Unis et l'UE, et les discussions ainsi que les processus de prise de décisions dans les conseils d'administration restent secrets. Malgré les efforts entrepris pour engager un plus grand nombre de parties prenantes, améliorer les services d'information du public et fournir des rapports complets sur les activités, la transparence des processus de prise de décisions clés demeure inadéquate.

Source: GKN, 2007

BONNE GOUVERNANCE MONDIALE : CHAMP D'ACTION 15.1

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

ENCADRE 15.7: LE CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

Le Conseil économique et social est le principal organe qui coordonne le travail économique, social et ceux qui y sont liés des 14 organismes spécialisés de l'ONU, des commissions fonctionnelles et des cinq commissions régionales. Il reçoit également des rapports de 11 fonds et programmes de l'ONU. Le Conseil fait fonction de forum central pour discuter des questions économiques et sociales internationales et pour émettre des recommandations politiques adressées aux Etats Membres et au système des Nations Unies. Son rôle consiste à : promouvoir un meilleur niveau de vie, le plein emploi et le progrès économique et social ; identifier les solutions aux problèmes économiques, sociaux et de santé au niveau international ; faciliter la coopération culturelle et éducationnelle à l'échelle internationale; et encourager le respect universel des droits de l'homme et des libertés fondamentales

Source: ECOSOC, nd

multilatérale aux crises humanitaires, le Forum de coopération pour le développement, qui doit se réunir tous les deux ans depuis 2008, peut être très utile pour mettre en valeur les domaines clés émergents relatifs à la question de santé dans le monde, y compris les problèmes d'équité en santé.

Les objectifs du Millénaire pour le développement

Les OMD représentent une déclaration profonde de la volonté concertée de la communauté internationale d'agir d'une manière décisive. Ils constituent une plate-forme solide sur laquelle la Commission élabore son programme. Ils reflètent un consensus grandissant sur le besoin d'acteurs mondiaux qui œuvrent ensemble en faveur d'un développement social et économique cohérent. Malheureusement, les OMD reflètent également un manque d'attention aux inégalités en santé au sein des pays. Il est clair que l'occasion se présente ici, à la fois pour le rôle de chef de file de l'OMS et la collaboration cohérente en faveur de l'équité à travers le système multilatéral, de revoir les OMD et de considérer l'équité en tant qu'indicateur principal de réalisation de ces objectifs (Encadré 15.8).

Les organismes multilatéraux jouent déjà un rôle essentiel dans l'élaboration de normes mondiales pour les politiques et les actions, à travers une panoplie de déterminants sociaux de la santé, par le biais d'accords mondiaux, internationaux et régionaux et des dispositifs de gouvernance, y compris la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous et le Programme de travail décent de l'OIT, les programmes de réduction de la pauvreté du PNUD, le Contrat de cohésion sociale de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, l'initiative de l'OPS pour lutter contre l'exclusion en santé, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies et les rapports annuels conjoints de l'UE sur la protection sociale et l'inclusion sociale (SEKN, 2007). Mais il y a encore de grandes occasions à saisir de la planification de politiques et de programmes plus étroits entre les organismes multilatéraux pertinents, tout en renforçant leur propre gouvernance collective.

La Commission appelle les organismes mondiaux pertinents à faire un pas de plus. L'amélioration de la gouvernance mondiale en faveur de l'équité en santé relève d'un travail plus cohérent entre les organismes multilatéraux en vue d'un ensemble commun d'objectifs généraux, avec à la base une vision commune des problèmes à résoudre et d'indicateurs partagés selon lesquels mesurer les effets de leurs actions. C'est pourquoi les organismes bénéficieraient d'un partage plus systématique des ensembles de données (englobant les ensembles de données déjà utilisés et ajoutant les mesures de l'équité en santé) (cf. Chapitre 16: *Déterminants de la santé : observation, recherche et formation*).

La Commission propose que la communauté multilatérale révise les cadres de développement mondial existants pour y incorporer les indicateurs de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé, de manière plus cohérente. Un tel cadre révisé exigerait une crédibilité mondiale ainsi que l'engagement des Etats membres, de la même manière dont l'indice du développement humain et le bilan commun de pays ont réalisé ou réalisent la reconnaissance et l'utilisation communes. Le cadre proposé par la Commission comprendrait des indicateurs du progrès accompli au niveau des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé.

ENCADRE 15.8: L'EQUITE EN SANTE AU COEUR DE LA GOUVERNANCE MONDIALE DE LA SANTE – LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

Les OMD sont un ensemble de huit objectifs visant la réduction de la pauvreté, définis par l'ONU au Sommet du millénaire en 2000. Tous les OMD se rapportent à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Le consensus mondial représenté par les OMD constitue un nouveau point de départ pour la communauté de développement. Le Projet du millénaire des Nations Unies ainsi qu'un tas d'autres décideurs, d'activistes, d'organisations d'aide bilatérale et de communautés déploient déjà beaucoup d'efforts pour atteindre les OMD. Pourtant cet effort mondial pourrait toujours bénéficier d'un engagement systématique à l'égard de l'équité, au niveau national. Des objectifs bien définis, soucieux de l'équité – liés à des sources de données pertinentes – sont nécessaire pour garantir que les groupes défavorisés, marginalisés et vulnérables disposent de possibilités pour une meilleure santé et un meilleur accès aux services de santé.

Source : Wirth et al., 2006

BOX 15.9: EXCLUSION SOCIALE – METHODE OUVERTE DE COORDINATION DE L'UNION EUROPEENNE

Au Conseil européen de Lisbonne tenu en l'an 2000, les chefs d'Etat ont élaboré une stratégie pour combattre l'exclusion sociale au sein de l'UE et avoir une répercussion sur l'éradication de la pauvreté avant l'an 2010. Cette stratégie a mis l'accent sur le besoin d'améliorer la compréhension de l'exclusion sociale et d'organiser une coopération politique entre les Etats Membres selon une 'Méthode ouverte de coordination'. Tous les Etats Membres se sont fixé des objectifs communs pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale et susciter des plans d'action nationale biannuels en faveur de l'inclusion sociale, fournissant des données sur la pauvreté et l'exclusion sociale dans leurs pays. Les indicateurs communs en matière d'exclusion sociale – les indicateurs de Laeken – devaient être utilisés. Les nouveaux Etats Membres ont accepté d'émettre des mémorandums conjoints obligatoires sur l'inclusion sociale qui donnent un aperçu général de la situation de leur pays et de leurs priorités politiques aux niveaux de la pauvreté et de l'exclusion sociale, et ce, avant leur adhésion complète.

Source : SEKN, 2007

Conjointement élaboré et rigoureusement testé, ce cadre de développement social et d'équité en santé pourrait être appuyé par un observatoire mondial de la santé (OMS) et constituer le fondement pour la soumission de rapports mondiaux réguliers et périodiques au Conseil économique et social.Vous trouverez ce sujet plus détaillé dans le Chapitre 16 (*Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*). Un cadre adaptable similaire pourrait être également utilisé par les pays participants afin d'élaborer leurs propres plans, indicateurs et rapports sur les déterminants sociaux de la santé, tout en renforçant les objectifs de santé et d'équité en santé et donc la cohérence des allocations d'aide, dans le Processus de stratégie de réduction de la pauvreté (cf. Chapitre 11 : *Financement équitable*).

Il s'agit d'un processus progressif. En approuvant les objectifs fondamentaux, l'équité en santé étant placée en leur centre, les organismes mondiaux peuvent bâtir sur des indicateurs partagés. L'exemple régional des indicateurs d'exclusion sociale approuvés progressivement, sous des dispositifs d'opt-in, parmi les Etats Membres de l'UE, fournit un modèle possible de comment les organismes peuvent viser l'équité en santé en tant qu'objectif fondamental de développement et en tant qu'indicateur partagé du progrès (Encadré 15.9).

La Commission recommande que :

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

En considérant les déterminants sociaux de la santé comme cibles pour l'action de collaboration, les organismes multilatéraux pertinents peuvent former des groupes de travail qui soumettent des rapports réguliers sur le progrès dans le domaine de leur déterminant spécifique, sous l'égide des indicateurs des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé (comme ci-dessus). Citons comme exemple de ce type de groupes de travail entre les organismes, le Comité permanent de la

ENCADRE 15.10: L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ET ONU-HABITAT

ONU-HABITAT et l'OMS ont déterminé trois interventions importantes pour relancer une réponse de la part du secteur de la santé en faveur d'une urbanisation saine : un outil d'évaluation et d'intervention en santé urbaine appelé Urban HEART qui permet aux ministres de la Santé de suivre les zones d'urbanisation rapide et de surveiller les inégalités en santé ; un rapport mondial sur la santé urbaine ; et une réunion mondiale conjointe ONU-HABITAT et OMS portant sur l'urbanisation saine qui coïncide avec le Colloque mondial des villes de ONU-HABITAT, prévu pour 2010. Il existe également des outils pour réduire les inégalités en santé en milieu urbain. Il s'agit du réseau de technologie sociale et du module de formation (Healthy Urbanization Learning Circle – cercle d'apprentissage en vue d'une urbanisation saine) conçus pour lier la santé publique et les initiatives communautaires au niveau municipal.

KNUS, 2007

ENCADRE 15.11: L'ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE ET L'ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

L'OPS et l'OIT élaborent conjointement une stratégie en vue de « l'extension de la protection sociale en santé ». L'initiative conjointe visant l'extension de la protection sociale en santé a été définie par l'OPS et l'OIT comme étant des « interventions publiques afin de garantir l'accès des citoyens à des soins de santé efficaces et diminuer l'impact économique et social négatif (i) de risques d'événements individuels, comme des maladies ou le chômage, ou (ii) d'événements collectifs, comme les désastres naturels et la surpopulation et/ou (iii) de risques spécifiques encourus par les groupes sociaux les plus vulnérables. » A la différence des politiques dirigées vers la gestion sociale du risque, l'OPS conçoit la protection sociale en santé en tant que droit humain, non seulement en tant que risque économique. D'après l'OPS, le droit à la protection sociale en santé est composé de trois éléments : (i) l'accès garanti aux services de soins de santé en éliminant tous les obstacles économiques, sociaux, géographiques et culturels, (ii) la sécurité financière garantie des ménages et (iii) les soins de santé de qualité qui respectent la dignité humaine.

Source: SEKN, 2007

nutrition du système des Nations Unies (cf. Chapitres 5, 6 et 7 : *L'équité dès le départ, Un environnement salubre pour une population en bonne santé, Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent*). Les groupes de travail peuvent également s'appuyer sur des collaborations interinstitutionnelles existantes. L'OMS, par exemple, travaille avec un éventail d'organismes principaux de l'ONU (tels que UNICEF, ONU-HABITAT, OIT et la Banque Mondiale) (Encadrés 15.10 et 15.11).

De tels groupes de travail peuvent renforcer la cohérence des programmes et de leur exécution au niveau national en complétant les cadres au sein des pays pour mener une action unifiée (Encadré 15.12).

Champions de la gouvernance mondiale en matière de santé

Si la justice sociale, économique et politique constitue une préoccupation centrale de l'appareil grandissant de la gouvernance mondiale, l'équité en santé doit être le marqueur principal du succès d'une telle gouvernance. Etablir l'équité en santé en tant que préoccupation partagée et indicateur clé de l'action de la communauté des acteurs multilatéraux requiert un leadership mondial – des champions qui continuent à attirer l'attention du monde sur la progression vers l'équité en santé.

Un envoyé spécial pour l'équité en santé

La désignation d'envoyés spéciaux peut être interprétée comme le point de bascule auquel un problème est entièrement reconnu comme mondial, urgent et remédiable. Un des objectifs fondamentaux de la désignation d'envoyés spéciaux est de mener tous les acteurs pertinents vers une action multilatérale plus concertée (Encadré 15.13).

Un rapporteur spécial permanent sur le droit à la santé

Il existe des liens évidents entre l'approche des 'droits' à la santé et l'approche des déterminants sociaux de la santé à l'équité en santé. La Déclaration universelle des droits de l'homme indique l'interdépendance des droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux - les dimensions de l'exclusion sociale soulignées au niveau des déterminants sociaux dans le cadre de la santé. Le droit à la santé, tel qu'il est défini par le rapporteur spécial actuel, Professeur Paul Hunt, présente un cas jugé probant pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé (Encadré 15.4).

ENCADRE 15.12: CADRE DE L'ACTION UNIFIEE DE L'ONU

Depuis le niveau mondial jusqu'au niveau national, le Cadre de l'action unifiée de l'ONU cherche à rassembler le travail d'organismes variés de l'ONU au niveau d'un pays, pour réduire le dédoublement des tâches et augmenter les synergies entre les organismes et les donateurs. Un travail pilote dans huit pays teste actuellement un modèle selon lequel les organismes de l'ONU fonctionnent par l'intermédiaire d'un 'coordinateur-résident', qui fournit une aide pour l'élaboration et l'instauration de plans globaux de développement national visant la réalisation des OMD.

Source: SEKN, 2007

ENCADRE 15.13: ENVOYE SPECIAL POUR LE VIH/SIDA EN AFRIQUE

L'ancien ambassadeur du Canada aux Nations Unies, Stephen Lewis, a été désigné à titre d'envoyé spécial du Secrétaire Général Kofi Annan pour le VIH/sida en Afrique en 2001. Dans cette fonction, Lewis a été décrit comme « l'une de nos armes les plus puissantes dans la lutte contre l'épidémie ». Son rôle d'envoyé spécial a été celui du défenseur, soulevant les questions de sexospécificités en tant que facteur clé dans la pandémie, de la condition des orphelins, de l'accès au traitement et du potentiel d'assistance apportée à l'action sur le VIH/SIDA.

Face à la crise du sida en Afrique, a-t-il dit, « le monde a terriblement failli » à son devoir, tout comme certains dirigeants africains. Même à la fin des années 90, «nombre d'entre eux ne se sentaient tout simplement pas concernés ... et leurs pays avaient manifestement de sérieux problèmes. A leur décharge, le reste du monde ne se sentait pas non plus concerné... Tout le monde était ... en retard sur notre époque, alors que la pandémie faisait des ravages autour de nous. »

Ces progrès s'expliquent, a affirmé M. Lewis, par une compréhension bien meilleure de la portée et de la nature de la crise du sida en Afrique - surtout de la corrélation avec l'oppression des femmes. « Enfin, le monde semble comprendre qu'il s'agit [en Afrique] d'une pandémie fondée sur le sexe. Si l'on ne reconnaît pas que les femmes sont les plus vulnérables ... et si l'on ne fait rien en matière d'égalité sociale et culturelle des femmes, on ne pourra jamais venir à bout de la pandémie. »

Reproduit avec l'autorisation de l'imprimeur, tiré de ONU (2001).

La Commission recommande que :

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

La fragmentation et la rivalité sont évidentes entre les acteurs mondiaux principaux ayant des rôles significatifs dans les initiatives concernant les déterminants sociaux de la santé (depuis la Banque Mondiale, l'OMC et les organismes principaux de l'ONU, en passant par le G8, jusqu'à d'autres groupements de pays) et les initiatives de développement social national (Deacon et al., 2003). Les fonds internationaux consacrés à la santé mondiale se sont également diversifiés au cours des dernières décennies, des changements correspondants ayant suivi dans les processus et les structures de responsabilité comptable. Le budget de la Fondation Gates, par exemple, a parfois excédé le budget central de l'OMS (Kickbusch & Payne, 2004). La Commission appuie fortement le renouvellement du rôle de chef de file de l'OMS au niveau de la santé mondiale et de son rôle de tutelle dans le système multilatéral. Pourtant, au centre de ce renouvellement, l'OMS a besoin de se renouveler institutionnellement en adoptant l'approche des déterminants sociaux de la santé dans ses programmes et Départements.

Ce travail est déjà en cours, et un des Réseaux de connaissances de la Commission, qui œuvre sur les conditions de santé publique (PPHCKN), a été convoqué de l'intérieur de l'OMS, pour atteindre tous les bureaux centraux et les programmes qui traitent des conditions de santé, en faisant intervenir des chercheurs du monde universitaire et régionaux, des projets et des ONG œuvrant dans les pays. Le PPHCKN a adopté et utilisé un cadre analytique, l'a appliqué dans un certain nombre de conditions de santé publique sur lesquelles l'OMS se penche, en commençant au niveau conventionnel par les résultats de santé, mais en travaillant en amont pour analyser de manière plus profonde plus de facteurs structurels causaux et définir par la suite un domaine plus large de points d'entrée à chacun des cinq niveaux du cadre (Fig. 15.2). L'OMS a aussi des foyers régionaux désignés pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé, afin de collaborer étroitement avec les Etats Membres, soutenir le champ de travail de la Commission dans les pays et stimuler l'adoption de politiques et d'actions en faveur de l'équité en santé.

Les programmes consacrés aux conditions spécifiques ont un attrait particulier et par conséquent la capacité d'augmenter le financement. Deux tiers environ du budget de l'OMS sont consacrés à ces programmes ; les programmes consacrés à une maladie particulière ou à un nombre limité de maladies étant en pleine floraison, à l'échelle mondiale. Le PPHCKN développe des points d'intervention pour des programmes en vue d'une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé. Le travail déjà initié par le PPHCKN montre la possibilité de créer un support pour le changement à travers l'OMS (Encadré 15.15).

Institutionnaliser les déterminants sociaux de la santé dans l'ensemble de l'OMS requerra des investissements considérables pour renforcer les capacités organisationnelles (cf. Chapitre 16 : *Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*).

La mondialisation est un fait. Elle est susceptible de produire des bienfaits considérables, dont de grands progrès au niveau de la santé mondiale. A l'heure actuelle, ces bienfaits ne sont pas visibles. Au contraire, nous assistons à l'augmentation des inégalités à la fois entre les régions, les pays et en leur sein. L'intégration accrue entre les peuples dans le domaine économique n'a pas été équilibrée par une attention proportionnée aux impératifs plus larges du développement social équitable. Pour ce faire, l'architecture de la gouvernance mondiale a besoin d'être réformée et étendue – ouvrant équitablement ses colloques d'élaboration des politiques à tous et plaçant au cœur de ses préoccupations l'équité en santé et le bien-être de tous.

ENCADRE 15.14: LE DROIT A LA SANTE – LE DROIT AUX BONNES CONDITIONS DE SANTE

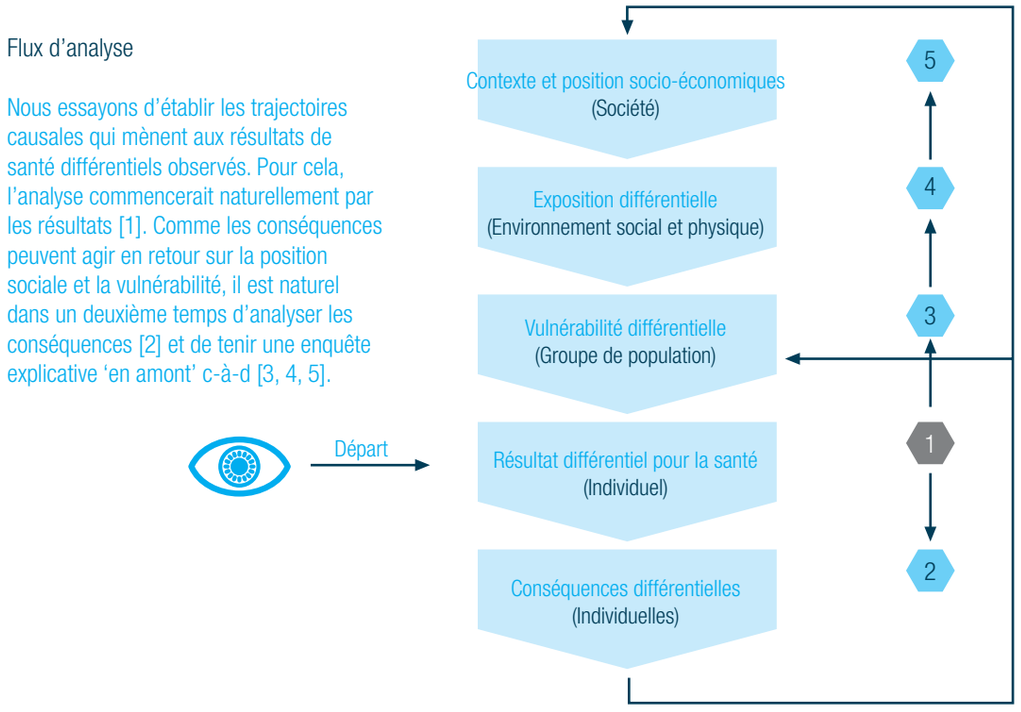
"Le droit à la santé englobe le droit aux soins de santé - il va même au-delà pour inclure l'assainissement adéquat, les conditions saines au travail et l'accès aux informations en matière de santé, y compris la santé sexuelle et génésique. Il englobe également les libertés, telles que le droit d'être libre d'une stérilisation forcée et de la discrimination, de même que le droit aux prestations, telles que le droit au système de protection sanitaire. Le droit à la santé est formé de plusieurs éléments, de droits subsidiaires, à savoir, la santé des mères, des enfants et la santé génésique. Comme les autres droits de l'homme, le droit à la santé concerne particulièrement les personnes démunies, vulnérables et qui vivent dans la pauvreté. Bien que sa réalisation s'opère d'une façon progressive, le droit impose certaines obligations devant produire un effet immédiat, citons les obligations de traitement égal et la non-discrimination. Il requiert des indicateurs et des points de référence pour surveiller la réalisation progressive du droit."

Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de Hunt (2003).

BONNE GOUVERNANCE MONDIALE : CHAMP D'ACTION 15.2

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

Figure 15.2 Conditions de santé publique prioritaires – Trajectoires causales pour l'action dans le domaine de la santé.



ENCADRE 15.15 : CHANGEMENTS INSTITUTIONNELS AU NIVEAU DES DETERMINANTS SOCIAUX DANS L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

L'action menée sur les déterminants sociaux de la santé est en train de progresser au sein de l'OMS, incarnée dans le PPHCKN. Elle englobe les éléments suivants :

effectuer un changement conceptuel dans l'Organisation par l'examen des indications techniques concernant les maladies et les déterminants et par la révision d'autres aspects des programmes nationaux prioritaires, montrant comment les activités de promotion et de prévention en matière de santé, associées à des programmes ciblant une maladie spécifique, ont réussi à agir sur les déterminants sociaux de la santé et à instaurer une plus grande équité en santé ;

influencer les programmes consacrés à une condition spécifique pour qu'ils agissent mieux qu'ils ne le font actuellement (prévenir, détecter, traiter et soigner), mais aussi pour recommander que le changement social en vue d'atteindre une amélioration durable de la santé des populations figure plus souvent dans ce que réalise l'OMS ;

encourager l'OMS à renforcer son rôle politique de chef de file afin qu'elle considère la santé et l'équité en santé comme des valeurs mondiales intrinsèques et non pas seulement comme un moyen pour aboutir à une meilleure croissance économique ;

mesurer la durabilité et l'engagement institutionnel dans la collaboration à l'égard des déterminants sociaux de la santé dans l'ensemble de l'OMS et dans les programmes, par l'affectation de ressources et de personnel – mesurer l'engagement dans l'action sur les déterminants sociaux, dans un plus grand travail programmatique en corrélation avec les types sociaux des maladies et dans le changement du fonctionnement au niveau des pays, y compris l'adoption d'un cadre différent pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé pour chaque pays.

Source: PPHCKN, 2007c

CONNAISSANCE, OBSERVATION ET COMPETENCES :

CHEVILLE OUVRIERE DE L'ACTION

Le troisième principe d'action de la Commission est :

Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion publique aux questions de déterminants sociaux de la santé.

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

Le monde change rapidement et on ignore souvent quelles conséquences auront les changements sociaux, économiques et politiques sur la santé en général et sur les inégalités en santé dans les pays et dans l'ensemble du monde. L'action sur les déterminants sociaux de la santé sera plus efficace s'il existe des systèmes de données de base – comme les statistiques d'état civil et les données obtenues par l'observation systématique des inégalités en santé et des déterminants sociaux de la santé – et des mécanismes permettant d'analyser les données et de les utiliser pour élaborer des interventions plus performantes.

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

CHAPITRE 16

Déterminants sociaux de la santé : Observation, recherche et formation

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

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

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

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

Observation

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

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

Tableau 16.1

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

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

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

Source: UNICEF, 2005

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

Recherche

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

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

Formation

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

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

Systèmes d'enregistrement des naissances

La Commission recommande que:

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

L'amélioration de l'enregistrement des naissances doit figurer parmi les priorités les plus urgentes dans le renforcement des capacités pour une observation méthodique des inégalités en santé, notamment dans les pays à revenu faible et moyen (Braveman, 1998). Ceci nécessite que les pouvoirs publics accordent une plus grande priorité au développement des capacités et de l'infrastructure pour l'enregistrement civil, dans leurs plans de santé et de développement nationaux, y compris dans leur affectation de ressources financières et humaines (Mahapatra et al., 2007; Setel et al., 2007). C'est aux autorités nationales qu'incombe la mise sur pied d'un système d'enregistrement des naissances qui s'inscrit dans un système d'enregistrement civil complet de bonne qualité. L'enregistrement des décès et de leur cause doit être renforcé en perfectionnant les enregistrements méthodiques ou (à court terme) en améliorant d'autres méthodes, par exemple, les autopsies verbales (Murray et al., 2007).

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

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

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

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

OBSERVATION, RECHERCHE ET INTERVENTION : CHAMP D'ACTION 16.1

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

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

Systèmes nationaux de surveillance de l'équité en santé

La Commission recommande que:

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

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

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

Il est recommandé que tous les gouvernements nationaux œuvrent en vue d'instaurer un système complet de surveillance de l'équité en santé (cf. Encadré 16.3), si nécessaire, avec l'assistance technique de l'OMS. Un tel système pourrait être mis en place progressivement, en fonction de la phase de développement du pays et du système d'informations existant. La première exigence consiste à ce que les gouvernements garantissent la disponibilité des données de mortalité et de morbidité de base, stratifiées par groupes socio-économiques et par régions au sein des pays. L'expérience acquise dans le travail pour l'UE montre invariablement que les pays dépourvus de données de base relatives à la mortalité et à la morbidité selon des indicateurs socio-économiques sont incapables d'avancer dans le programme de l'équité en santé (Mackenbach & Baker, 2003); on pourrait soutenir que ceci est aussi vrai pour les pays en dehors de l'UE. Vous trouverez dans l'Encadré 16.2 un cadre pour un système de surveillance minimale de l'équité en santé.

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

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

ENCADRE 16.1: LES STATISTIQUES D'ETAT CIVIL SONT CRUCIALES POUR L'ELABORATION DES POLITIQUES

"En Afrique, l'Afrique du Sud représente l'un des cas les mieux documentés où l'absence de données fiables sur les causes des décès a permis pendant un certain temps à des politiques nationales faibles de durer et où l'utilisation de plus en plus perfectionnée des données existantes relatives aux événements démographiques a apporté des changements dans l'ordre des priorités par rapport à la politique et aux programmes ...Au début des années 2000, les données disponibles liées aux événements démographiques de ces pays ont indiqué clairement une forte augmentation du nombre de décès parmi les adultes. Cependant, l'absence de renseignements concernant les causes de ces décès a permis au gouvernement, qui était officiellement sceptique sur le SIDA, de continuer à émettre des doutes quant aux effets réels de l'épidémie dans le pays. Les autorités de la ville du Cap ont participé à l'analyse d'informations existantes sur les causes des décès, notamment le SIDA et les homicides, et ont apprécié la valeur des données générées localement pour la prise de décisions sur le plan local."

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

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

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

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

L'Encadré 16.3 donne un exemple de ce à quoi pourrait ressembler un cadre pour la surveillance de l'équité en santé. Il devrait inclure des informations sur les inégalités en santé, les déterminants de la santé et les conséquences du mauvais état de santé. Les informations sanitaires devraient être présentées de manière stratifiée, à l'aide de critères de classification sociaux et régionaux. Si les informations sanitaires concernant certains groupes sociaux spécifiques doivent être incluses, le niveau absolu de la santé des groupes défavorisés, en particulier, est un indicateur important pour les responsables des politiques. En outre, les mesures qui résument l'ampleur des inégalités en santé entre les groupes de population doivent y être signalées. Il est conseillé d'insérer à la fois des mesures d'équité en santé relatives et absolues, étant donné que ces types de mesure sont complémentaires et que les résultats dépendent du type utilisé. Lorsqu'ils interprètent les modèles et tendances des inégalités, les responsables du choix des politiques, les planificateurs et les chercheurs doivent être clairs quant au type de mesure sommaire ils sont en train d'utiliser. Les mesures simples des inégalités en santé – par exemple le ratio des taux et la différence des taux – peuvent, à des fins de recherche, être complétées par des mesures d'inégalités en santé plus complexes (par exemple l'index relatif de l'inégalité) (Kunst & Mackenbach, 1994 Mackenbach et al., 1997; MEKN, 2007b;Vågerö, 1995). Les informations relatives à la répartition de la population entre les groupes sociaux et régionaux doivent figurer dans le système de surveillance puisque la taille des groupes déterminera l'impact des inégalités en santé sur la population.

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

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

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

Résultats sur le plan sanitaire :

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

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

auto-évaluation de la santé mentale et physique.

Mesures des inégalités :

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

sexe;

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

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

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

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

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

INEGALITES EN SANTE

Introduire des informations concernant :

les résultats sanitaires classés selon :

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

la répartition de la population dans les sous-groupes ;

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

une mesure sommaire de l'inégalité en santé absolue :

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

RESULTATS SUR LE PLAN SANITAIRE

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

DJE ;

santé mentale ;

morbidité et incapacité ;

auto-évaluation de la santé physique et mentale ;

résultats par cause.

DETERMINANTS, LE CAS ECHEANT, Y COMPRIS LES DONNEES CLASSIFIEES

Conditions de vie quotidiennes

comportements de santé :

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

environnement physique et social :

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

conditions de travail :

- substances de travail dangereuses ;
- stress ;

soins de santé :

- couverture ;
- infrastructure des systèmes de soins sanitaires ;

protection sociale :

- couverture ;
- générosité.

Facteurs structurels de l'inégalité en santé:

sexospécificité:

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

inégalités sociales:

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

contexte sociopolitique:

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

CONSEQUENCES DU MAUVAIS ETAT DE SANTE

conséquences économiques ;

conséquences sociales.

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

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

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

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

ENCADRE 16.4: OBSERVATION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE EN ANGLETERRE

Dans le cadre de la surveillance du progrès depuis l'enquête d'Acheson en 1997, le ministère de la Santé réexamine les tendances en matière d'inégalité et de déterminants sociaux de la santé. La révision comprend un certain nombre de résultats sanitaires répartis par classes sociales, avec des données sur une grande panoplie de déterminants sociaux allant des comportements de santé, passant par les systèmes sanitaires et l'utilisation des soins de santé, jusqu'aux conditions matérielles, modalités de l'emploi et politiques sociales et économiques, en suivant sommairement le cadre exposé dans l'Encadré 16.3.

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

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

La GEGA vise à réduire les inégalités en santé par une approche 'gauge equity' ou 'jauge de l'équité' qui inclut l'évaluation, l'observation, le plaidoyer et l'habilitation communautaire. La jauge de l'équité est actuellement active dans au moins 10 pays. Cette approche nécessite l'implication d'une diversité d'acteurs sociétaux, y compris les communautés, les organisations de la société civile, les chercheurs, les responsables du choix des politiques, les médias, les agents de santé et les autorités locales. Le suivi des inégalités en santé est lié à la mobilisation sociale et politique. A titre d'exemple, la jauge de l'équité portant sur le VIH pour l'Afrique du Sud utilise la surveillance et l'évaluation communautaire pour estimer si les services et les ressources principaux du traitement lié au VIH sont existants. Les résultats de cette activité de surveillance servent à plaider en faveur de la communauté et à élaborer des solutions locales aux facteurs qui entravent la mise en fonction des services liés au VIH.

Source : GEGA, nd; Health Systems Trust, nd

ENCADRE 16.6: MOBILISATION DES COMMUNAUTES DANS LA MISE EN OEUVRE, L'INTERPRETATION ET LE SUIVI DES ENQUETES AUPRES DES MENAGES

Les organisations non gouvernementales peuvent jouer un rôle important dans la surveillance communautaire. Par exemple, l'ONG néerlandaise Connect International finance les organisations partenaires locales et leur facilite l'exécution des programmes de développement communautaire dans plusieurs pays africains. Les partenaires mènent des enquêtes auprès des ménages portant sur la santé et les déterminants sociaux de la santé dans les communautés au Mozambique, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie où ils travaillent. Les enquêtes servent à évaluer les programmes de développement communautaire et fournir un aperçu des forces et des faiblesses de la santé et des déterminants sociaux dans chaque village impliqué. Les agents de santé locaux au niveau des villages et le personnel des organisations partenaires locales sont formés pour mener les enquêtes. Les résultats des enquêtes sont présentés aux communautés et discutés avec elles. Ces dernières participent activement à l'évaluation du progrès accompli et à l'établissement des priorités en vue d'améliorations ultérieures en partant des résultats obtenus.

Source : Connect International, nd

Système mondial de l'équité en santé

La Commission recommande que:

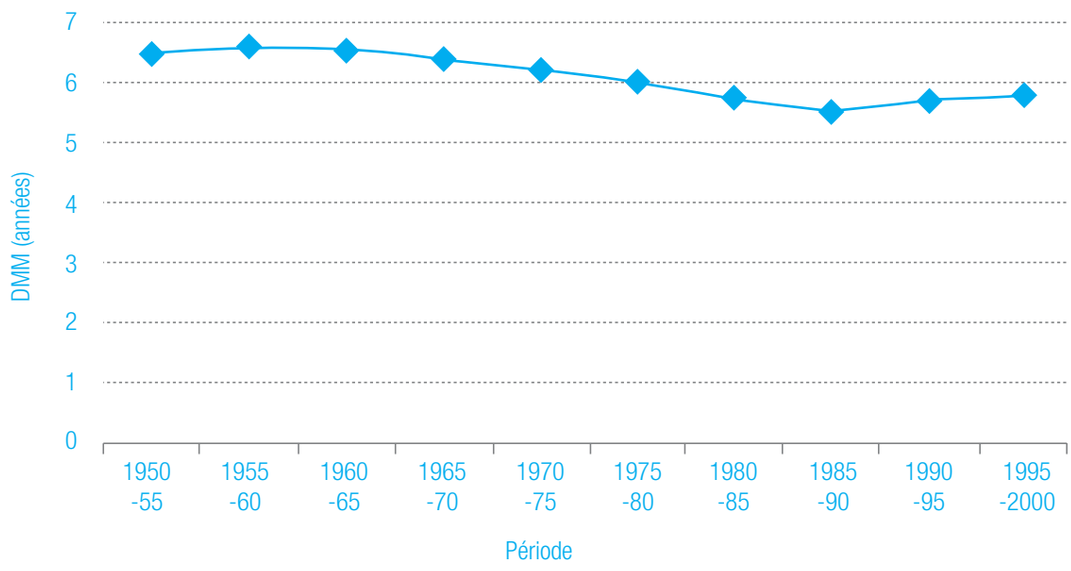
16.3 L'OMS dirige l'instauration d'un observatoire mondial de l'équité en santé qui s'inscrit dans une structure plus élargie de gouvernance mondiale (cf. Rec. 15.1).

Un observatoire mondial de l'équité en santé collationne systématiquement les données sur les inégalités en santé et sur les déterminants et les rend accessibles au public, pour tous les pays du monde. Il constitue un élément important d'une bonne gouvernance mondiale (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*). Un observatoire mondial de l'équité en santé se fonde sur les observatoires nationaux de la santé et s'ajoute à eux. Il peut être basé sur un cadre similaire à celui exposé dans l'Encadré 16.3 pour les systèmes nationaux de surveillance. En plus des inégalités au sein des pays, l'observatoire mondial devra surveiller les inégalités dans les résultats sanitaires entre les pays (Encadré 16.7) et les déterminants de ces inégalités. Ces déterminants peuvent être retrouvés parmi d'autres au niveau de l'environnement mondial: dans les différences de richesses entre pays, le montant total des fonds mondiaux dépensés sur le travail sur les déterminants sociaux de la santé (comparés aux fonds consacrés à des maladies spécifiques), l'allocation de l'OMS en faveur de l'équité en santé et des déterminants sociaux du travail pour la santé, la mesure à laquelle les engagements de dépenses pour aide à l'étranger sont remplis et l'importance de l'allègement de la dette. Ceux-ci représentent des illustrations des déterminants des inégalités en santé entre pays. Il faut établir un cadre cohérent avec des indicateurs fondamentaux pour la surveillance mondiale de l'équité en santé, sous la houlette de l'OMS, et impliquer des parties prenantes au niveau des pays ainsi que des organisations internationales et des instituts de recherche (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*).

ENCADRE 16.7: MESURES DES INEGALITES EN SANTE AU NIVEAU MONDIAL

Plusieurs méthodes pour mesurer les inégalités en santé à l'échelle mondiale ont été élaborées récemment. Elles englobent la mesure de dispersion de la mortalité (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005), l'analyse typologique (Ruger & Kiml, 2006) et l'application de l'indice de pente d'inégalité – généralement utilisé pour mesurer les inégalités au sein des pays – utilisé pour mesurer les inégalités entre les pays (Dorling, Shaw & Davey Smith, 2006). En utilisant la mesure de dispersion de la mortalité par exemple, il a été démontré que la convergence de la mortalité mondiale (de 1950-55 à 1985-90) a laissé place à la divergence depuis la moitié des années 1980 (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005) (Fig. 16.1). Des recherches supplémentaires doivent être effectuées en termes de moyens pour mesurer les inégalités en santé et leurs déterminants dans le monde. Il est important d'établir mondialement des objectifs pour réduire les inégalités en santé entre les pays et en leur sein, tout en exerçant une surveillance régulière du progrès

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



DMM = mesure de dispersion de la mortalité
Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Moser, Shkolnikov & Leon (2005).

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

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

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

Pour qu'un système mondial de surveillance de l'équité en santé soit efficace, il doit faire partie de l'ensemble du système de l'ONU et inviter les partenaires dans la société civile, le secteur privé et tous les niveaux de l'Etat (cf. Chapitre 15: *Bonne gouvernance mondiale*). Il incombe à l'OMS de défendre la collecte et la surveillance de données stratifiées sur les résultats sanitaires et les déterminants sociaux de la santé à travers le système de l'ONU. En réalité, dans le système de l'ONU, l'Assemblée générale et les DSRP nationaux pourraient se concentrer sur les inégalités en santé, et les OMD pourraient inclure un élément d'équité en santé. Le Bilan commun de pays, étant un instrument commun dans le système de l'ONU pour surveiller et analyser le développement des pays, peut devenir un dispositif de surveillance important en insérant des indicateurs sur l'équité en santé et sur les déterminants sociaux de la santé. Les équipes de pays de l'ONU, formées d'organisations spécialisées dont l'OMS, pourront assurer tout un dispositif pour les réaliser. Dans le cadre du système mondial de surveillance de l'équité en santé, il est recommandé que le système de l'ONU crée un processus en vue d'un ensemble complet d'objectifs en matière d'équité en santé à long terme, qui soient acceptés mondialement avec des références provisoires (cf. Chapitre 17 : *Action durable au-delà de la Commission des Déterminants sociaux de la santé*).

Utilisation des données de surveillance pour l'élaboration des politiques

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

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

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

Du temps de la réforme du système de santé au Mexique en l'an 2000, la moitié des familles mexicaines, dont la plupart dans un état de pauvreté, ne disposait d'aucune protection contre les conséquences financières d'un état de santé médiocre. La réforme du système de santé mexicain a fortement investi dans la création et l'application du savoir. Les comptes de santé nationaux ont montré que plus de la moitié des dépenses de santé au Mexique représentaient des dépenses directes. Comme conséquence, de nombreux ménages sont passés en-dessous du seuil de la pauvreté ou se sont engloutis plus profondément dans la pauvreté. Ces données probantes ont sensibilisé le public à une réalité qui avait été jusqu'à présent en dehors du débat politique: à savoir, les soins de santé pourraient devenir une cause directe de l'appauvrissement. Une réforme législative importante a été lancée pour établir un système de protection en matière de santé et a été approuvée par toutes les parties politiques au sein du Congrès mexicain. Le nouveau plan public volontaire, intitulé Seguro Popular, a été mis en vigueur le 1er janvier 2004. Il s'étendra jusqu'à l'achèvement de la couverture universelle en 2010.

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

Source : MEKN, 2007a

Elargir la base de connaissance

La Commission recommande que :

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

La portée de la recherche en santé publique

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

Les thèmes de tous les chapitres du présent rapport nécessitent davantage de recherche concernant les moyens de réduire les inégalités en santé (cf. Chapitre 17 : *Action durable au-delà de la Commission de Déterminants sociaux de la santé*). Trois grands domaines ont besoin d'un investissement particulier. Premièrement, la recherche sur les déterminants des inégalités en santé exige plus d'étude que celle qui porte sur les déterminants de la santé moyenne de la population. Deuxièmement, il faut effectuer plus de recherche sur les moyens de réduire les inégalités en santé, les circonstances et la meilleure façon de mettre en œuvre les interventions de sorte qu'elles contribuent à la réduction de ces inégalités (Encadré 16.9). Cette recherche doit tenir compte de la complexité de ces interventions. Une certaine expérience a été tirée de l'évaluation d'interventions complexes (telles que les programmes Head Start et Moving to Opportunity aux Etats-Unis et Health Action Zones au Royaume-Uni). Cependant, les fonds investis dans l'élaboration de méthodes appropriées à ces types d'évaluation ont été négligeables, par rapport à ceux investis dans les sciences biomédicales. Le mouvement Villes-santé a constitué une large approche à l'amélioration de la santé, mais il y a eu peu d'évaluation systématique. Le troisième domaine qui requiert un investissement est le développement de méthodes pour mesurer et surveiller les inégalités en santé et pour évaluer l'impact des interventions au niveau de la population (MEKN, 2007b). L'OMS pourrait diriger un processus afin de réunir, à partir d'une diversité de formations disciplinaires, des chercheurs dotés d'une expérience dans l'utilisation des méthodes d'évaluation des interventions complexes. L'OMS pourrait également orienter l'investissement des gouvernements nationaux vers des études d'interventions multinationales qui se servent de méthodes adaptées au contexte, mais qui peuvent être comparées au-delà des frontières entre les pays.

Elargir la définition des éléments probants

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

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

La réforme du système de santé mexicain a fortement investi dans la production et l'application des connaissances. L'expérience de l'évaluation d'impact établie dans le cadre du programme de transfert conditionnel des fonds au Mexique Opportunidades est en cours d'application dans la réforme du système sanitaire, qui a vu naître l'assurance-maladie populaire Seguro Popular. En plus de ses aspects techniques, l'évaluation rigoureuse est dotée d'une valeur politique pour assurer la continuité des innovations face à des changements dans l'administration. Dans le cas d'Opportunidades, les données scientifiques ont persuadé le gouvernement non seulement de poursuivre le programme mais de l'élargir. Les résultats encourageants mis en évidence par l'évaluation continue de Seguro Popular peuvent servir une fois de plus à préserver la réforme dans les changements futurs du gouvernement.

Source : MEKN, 2007a

OBSERVATION, RECHERCHE ET INTERVENTION : CHAMP D'ACTION 16.2

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

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

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

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

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

- d'assurer la collecte de données ventilées par sexe et selon d'autres critères dans le cadre de projets de recherche individuels ainsi qu'à travers des systèmes de données plus grands ;
- d'insérer les femmes en nombre approprié dans des essais cliniques et dans d'autres études sur la santé ;
- d'analyser les données produites par les essais cliniques et dans le cadre d'autres études sur la santé à l'aide d'outils et de méthodes sexospécifiques ;
- de renforcer le rôle des femmes dans la recherche sur la santé en luttant, entre autres, contre le déséquilibre homme femme dans les comités de recherche, le financement, la publication et les organes consultatifs.

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

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

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

Les données statistiques sont essentielles pour décrire l'étendue d'un problème de santé publique mais elles sont peu utiles pour exprimer le vécu de ce problème ou son impact sur la vie des gens. Toutefois, il est important de relater l'expérience vécue afin d'expliquer, de défendre et de donner aux politiciens et aux autres une histoire riche qui puisse toucher les cœurs et les esprits (Baum, 1995). Par exemple, les responsables du choix des politiques sont souvent dans le brouillard lorsqu'il s'agit d'expliquer pourquoi les gens fument malgré les preuves scientifiques des effets négatifs du tabac sur la santé. Graham a eu recours, en1987, à une recherche qualitative afin de montrer que pour les femmes pauvres, le fait de fumer peut constituer un mécanisme d'adaptation aux contraintes imposées par la vie de pauvreté et par la maternité. Les données qualitatives peuvent également aider à expliquer les résultats contre-intuitifs provenant des analyses statistiques. Par ailleurs, certaines recherches sur le capital social et la santé, par exemple, ont trouvé que la participation à la vie communautaire pouvait prévoir un état de santé plus médiocre. L'analyse statistique qui le révèle ne nous informe point sur les causes. Par contre, les données qualitatives complémentaires ont fourni des comptes sur la participation et ont laissé supposer que l'un des facteurs serait les conflits ayant lieu assez souvent lorsque les personnes font partie d'un groupe communautaire (Ziersch & Baum, 2004).

Formation et initiation aux déterminants sociaux de la santé

Former les personnels médicaux et les personnels de santé

La Commission recommande que:

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

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

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

Le secteur des soins de santé joue un rôle important de gestion dans l'AIS en faveur de l'équité en santé (cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*). Il convient que les responsables du choix des politiques et les professionnels dans le secteur des soins de santé aient une connaissance approfondie de l'influence exercée par les déterminants sociaux sur la santé. Les personnels de santé doivent également comprendre comment le secteur des soins de santé, dépendamment de sa structure, de son fonctionnement et de son financement, peut exacerber ou améliorer les inégalités en santé. Ils doivent être conscients de leur rôle de dispenser des soins de santé de façon équitable. Les personnels de santé et les autres professionnels, auront par exemple à suivre une formation afin de développer leurs compétences en termes de bonne communication et d'écoute, et de savoir adapter leur communication en vue de répondre aux besoins de leurs patients (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Il est nécessaire qu'ils soient conscients de l'influence qu'exerce la sexospécificité sur les résultats sanitaires et sur le comportement favorisant la santé. Ainsi il est requis d'intégrer la perspective de la sexospécificité dans le programme d'études du personnel de la santé, dans le cadre de la formation sur les questions de déterminants sociaux de la santé (Encadré 16.11).

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

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

OBSERVATION, RECHERCHE ET INTERVENTION : CHAMP D'ACTION 16.3

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

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

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

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

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

Source : Govender & Penn-Kekana, 2007

La Commission recommande que:

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

Former les autres professionnels et responsables du choix des politiques

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

Sensibiliser aux déterminants sociaux de la santé

Il faut que le grand public ait une meilleure compréhension des déterminants sociaux de la santé dans un nouveau cadre de connaissances de base en santé. Ces connaissances comprennent « la capacité d'accès, de compréhension, d'évaluation et de communication d'informations, comme un moyen de promouvoir, de maintenir et d'améliorer la santé dans une diversité de situations, tout au long de l'existence des personnes » (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008). « Il s'agit d'une stratégie d'émancipation fondamentale pour accroître le contrôle des personnes sur leur propre santé, leur aptitude à chercher des informations et à assumer des responsabilités » (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Les connaissances de base en santé sont très réduites, même dans les pays à revenu élevé et contribuent selon toute vraisemblance aux inégalités en santé entre les groupes sociaux (Kickbusch, Wait & Maag, 2006) (Encadré 16.3).

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

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

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

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

L'ECDVU aborde le renforcement de la direction et des capacités en ce qui concerne le DJE de manière novatrice. Il s'agit d'une institution Nord-Sud œuvrant actuellement de près avec des établissements universitaires au Ghana, Malawi, en République-Unie de Tanzanie et avec des groupes universitaires, gouvernementaux et non gouvernementaux dans d'autres parties d'Afrique subsaharienne, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord. Les fonds assurés par les partenaires internationaux et locaux ont permis de dispenser des cours de direction sur internet et des cours individuels, conçus pour porter de l'avant les initiatives intersectorielles de DJE repérées au niveau national. Une évaluation externe à la conclusion du test a noté que l'ECDVU a « particulièrement réussi à atteindre voire dépasser tous ses objectifs».

Source : ECDKN 2007b

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

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

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

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

La Commission recommande que :

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

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

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

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

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

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

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

L'Australian Better Health initiative (Initiative australienne pour une meilleure santé) fait partie de l'ensemble des réformes du Conseil des gouvernements d'Australie, visant à améliorer la santé de tous les Australiens. Etant inscrite dans l'Implementation Plan for New South Wales (plan d'exécution de la Nouvelle-Galles du Sud), une Rapid Equity Focussed Impact Assessment (évaluation rapide d'impact sur l'équité) a été effectuée. Huit initiatives ont été évaluées quant à leurs effets potentiels sur l'équité, l'examen ayant porté sur les inégalités selon l'âge, le sexe, le lieu de résidence, l'origine ethnique et le statut socio-économique. Des recommandations concrètes ont été établies pour mieux viser l'équité et améliorer les conséquences positives possibles de l'initiative sur l'équité en santé.

Source : Harris, Harris & Kemp, 2006

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

Un exemple de renforcement des capacités d'évaluation d'impact sur l'équité en santé nous est donné par l'approche 'apprendre sur le tas' qui faisait partie du New South Wales Health Impact Assessment Project (projet d'évaluation d'impact sanitaire en Nouvelle-Galles du Sud). L'apprentissage sur le tas comprend une formation régulière, un accès aux ressources et au support technique, et une recherche continuelle de consensus par rapport à la portée de l'évaluation d'impact sanitaire. La notion d'équité doit être intégrée dans toutes les formations relatives à l'évaluation d'impact sur la santé.

Source : Harris, 2007

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

Renforcer les capacités de l'OMS

La Commission recommande que :

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

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

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

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

- groupes constitués des Etats Membres de l'OMS pour conseiller une cohérence politique de l'OMS concernant les déterminants sociaux de la santé, en lien étroit avec des stratégies plus élargies, telles que les soins de santé primaires, les droits de l'homme, les OMD et la stratégie liée à la santé et à la réduction de la pauvreté;
- groupes d'experts externes pour conseiller l'OMS autour des politiques fondées sur des données probantes;
- groupes techniques internes transversaux pour diriger l'intégration institutionnelle efficace des déterminants sociaux de la santé, tels que le PPHCKN (cf. Chapitre 15: *Bonne gouvernance mondiale*) (PPHCKN, 2007c).

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

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

PARTIE 6: Edifier un mouvement mondial

CHAPITRE 17

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

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

Fondements pour une action durable

Dirigeants mondiaux

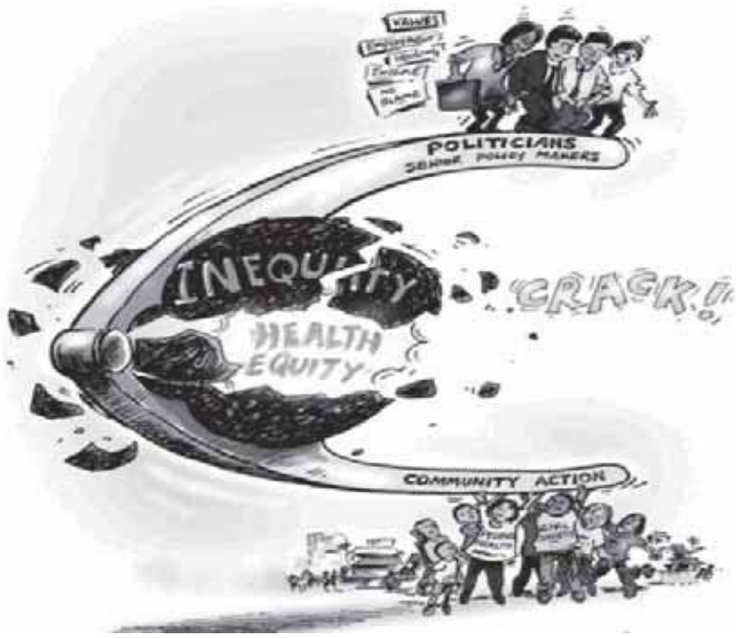
Il est essentiel que l'environnement politique international et mondial soutienne l'action sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. A cette fin, les membres de la Commission - y compris les anciens chefs de gouvernement, les ministres de gouvernement, les responsables politiques nationaux et les conseillers internationaux; les dirigeants des organisations internationales; les principaux milieux universitaires; et les représentants de la société civile – constituent une ressource vitale. Ensemble, ils forment un groupe petit mais puissant de champions locaux qui défendent l'adoption d'une approche de la santé et de l'équité en santé fondée sur les déterminants sociaux de la santé. Le renforcement du rôle de direction au sein du système de l'ONU – au niveau de la gouvernance mondiale, de l'élaboration des politiques et du financement du développement – et à travers des mouvements sociaux mondiaux concourra à donner la priorité à l'équité en santé dans l'agenda mondial pour le 21ème siècle.

OMS

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

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

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



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

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

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

Pays partenaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Résultat escompté7.5: Analyse des spécificités de chaque sexe, démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes intégrée dans l'action normative de l'OMS et soutien aux Etats Membres pour élaborer des politiques et des programmes sexospécifiques.

Villes

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

Société civile

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

Acquisition et mise en commun des connaissances

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

Un programme inachevé

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

Changement climatique

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

Programme de recherche

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

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

Objectifs et cibles en vue de l'équité en santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comme soutenu dans le Chapitre 1, alors que nous n'anticipons pas l'abolition absolue des disparités sanitaires en une génération, nous entrevoyons la possibilité de réduire énormément les inégalités au sein des pays et entre eux. Afin de définir les cibles mentionnées ici, il a fallu réexaminer les tendances des groupes de pays performants de par le passé. Dans le cas de la Cible 1 (espérance de vie à la naissance), la tendance entre 1950 et 1980 a été examinée; période durant laquelle il y a eu une réduction de l'écart dans l'espérance de vie à la naissance au niveau mondial. Dans certains cas, notamment en ce qui concerne les inégalités en espérance de vie au sein des pays, il y a eu peu de données disponibles pour servir de base à la définition de la cible. La Cible 3 projette les OMD 4A et 5A[11] plus ou moins pour 2040. Les Cibles 2 et 3 sont fondées sur le principe que les diminutions de la mortalité doivent être au moins proportionnelles entre les pays et entre les groupes sociaux au sein des pays. Plus spécifiquement, les pays et les groupes sociaux ayant les niveaux de mortalité les plus élevés doivent réaliser au moins la même diminution proportionnelle de mortalité que celle des pays et des groupes sociaux ayant des niveaux de mortalité plus bas. En réalisant ces cibles, avec le principe cité ci-dessus, les inégalités absolues en termes de mortalité entre les pays et entre les groupes sociaux au sein des pays diminueront. Les inégalités relatives resteront les mêmes ou fléchiront au cas où l'on assiste à une augmentation plus que proportionnelle de la mortalité. Plus ambitieusement encore, la Commission voudrait voir accélérer l'amélioration au sein des groupes sociaux et des pays ayant des résultats sanitaires médiocres.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 17.1: Jalons vers l'équité en santé

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

Annexe A: Liste de toutes les recommandations

RECOMMANDATION PRINCIPALE No. 1

Améliorer les conditions de vie quotidiennes

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

Chapitre 5 : L'équité dès le départ

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

La Commission recommande que :

5.1. L'OMS et les Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) instaurent un mécanisme interinstitutions pour garantir la cohérence des politiques de développement du jeune enfant afin que l'ensemble des institutions appliquent une approche globale (cf. Rec. 15.2 ; 16.8).

5.2. Les gouvernements établissent une couverture universelle de sorte que tous les enfants, toutes les mères et toutes les personnes qui s'occupent d'enfants bénéficient d'un ensemble complet de programmes et de services de développement du jeune enfant de bonne qualité, indépendamment de la solvabilité des bénéficiaires (cf. Rec. 9.1 ; 11.6 ; 16.1).

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

La Commission recommande que :

5.3. Les pouvoirs publics offrent aux enfants un enseignement de qualité, qui soit attentif au développement physique, social/ affectif et cognitif/ apprentissage du langage, en commençant par l'éducation préscolaire.

5.4. Les gouvernements offrent à tous les garçons et les filles un enseignement primaire et secondaire obligatoire de qualité, sans considération de solvabilité ; recensent et suppriment les obstacles qui empêchent filles et garçons d'aller à l'école et de continuer leur scolarité ; et suppriment les frais de scolarité à l'école primaire (cf. Rec. 6.4 ; 13.4).

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

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

La Commission recommande que :

6.1. Les autorités locales et la société civile, épaulées par les autorités nationales, établissent des mécanismes de gouvernance participative localement qui permettent aux communautés et aux autorités locales de prendre part à l'édification de villes plus saines et plus sécurisées (cf. Rec. 14.3).

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

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

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

La Commission recommande que :

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

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

La Commission recommande que :

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

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

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

La Commission recommande que :

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

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

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

La Commission recommande que :

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

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

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

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

La Commission recommande que :

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

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

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

La Commission recommande que :

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

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

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

La Commission recommande que :

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

Chapitre 9 : Soins de santé universels

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

La Commission recommande que :

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

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

La Commission recommande que :

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

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

La Commission recommande que :

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

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

RECOMMANDATION PRINCIPALE No. 2

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

Pour remédier aux inégalités sanitaires et aux disparités des conditions de vie quotidiennes, il faut s'attaquer aux inégalités dans le mode d'organisation de la société, par exemple entre hommes et femmes. La tâche exige un secteur public puissant, déterminé, capable et suffisamment financé. Pour qu'il ait ces atouts, il faut plus que renforcer les instances gouvernementales, il faut renforcer la gouvernance : légitimité, latitude dans l'action (« espace ») et soutien de la société civile, d'un secteur privé responsable et de tous les membres de la société pour défendre l'intérêt commun et réinvestir dans l'action collective. A l'heure de la mondialisation, une gouvernance dévouée à l'équité s'impose depuis le niveau communautaire jusqu'aux institutions mondiales.

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

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

La Commission recommande que :

10.1. L'autorité législative et les organismes de contrôle équivalents se fixent pour objectif l'amélioration de l'équité en santé à travers une action sur les déterminants sociaux de la santé en l'incluant dans les critères de performance du gouvernement (cf. Rec. 13.2 ; 15.1).

10.2. Les instances gouvernementales nationales mettent en place un mécanisme à l'échelle de l'ensemble de l'administration dont elles sont tenues de rendre compte devant le Parlement et qu'elles en confient la direction, autant que possible, aux plus hautes instances politiques (cf. Rec. 11.1; 11.2; 11.5; 12.2; 13.2; 16.6).

10.3. Le contrôle des indicateurs relatifs aux déterminants sociaux et à l'équité en santé soit institutionnalisé et que les études d'évaluation de l'impact sur l'équité en santé soient utilisées pour toutes les politiques gouvernementales, y compris celles des finances (cf. Rec. 12.1, 15.1, 16.2, 16.7).

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

La Commission recommande que :

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

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

Chapitre 11 : Financement équitable

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

La Commission recommande que :

11.1. Les donateurs, les agences multilatérales et les Etats Membres développent et renforcent la capacité nationale d'imposition progressive (cf. Rec. 8.1 ; 8.3 ; 9.2 ; 10.2).

11.2. De nouveaux mécanismes de financement public soient instaurés à l'échelle nationale et mondiale, y compris des taxes sanitaires spéciales et des options fiscales mondiales (cf. Rec. 9.2; 10.2).

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

La Commission recommande que :

11.3. Les pays donateurs honorent les engagements pris en portant l'aide à 0,7 % du PIB, qu'ils étendent l'initiative d'allègement de la dette multilatérale et qu'ils coordonnent l'utilisation des aides grâce à un cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 13.6 ; 15.2).

11.4. Les institutions financières internationales fixent des conditions et des modalités transparentes applicables à toute opération internationale d'emprunt et de prêt afin d'éviter un futur endettement insoutenable.

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

La Commission recommande que :

11.5. Les instances gouvernementales, à l'échelle nationale et locale, et la société civile instaurent des mécanismes pour financer l'action de l'ensemble du gouvernement sur les déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 10.2)

11.6. Les fonds publics soient équitablement répartis et contrôlés entre les régions géographiques et les groupes sociaux, en utilisant, par exemple, une jauge de l'équité (cf. Rec. 5.2; 14.3; 16.2).

Chapitre 12 : Rôle du marché

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

La Commission recommande que :

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

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

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

La Commission recommande que :

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

Chapitre 13 : Equité entre les sexes

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

La Commission recommande que :

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

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

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

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

La Commission recommande que :

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

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

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

La Commission recommande que :

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

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

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

La Commission recommande que :

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

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

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

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

La Commission recommande que :

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

Chapitre 15: Bonne gouvernance mondiale

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

La Commission recommande que :

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

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

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

La Commission recommande que :

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

RECOMMANDATION PRINCIPALE No. 3

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

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

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

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

La Commission recommande que :

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

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

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

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

La Commission recommande que :

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

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

La Commission recommande que :

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

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

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

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

Biographie des membres de la Commission

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Références

Aboriginal and Torres Islander Social Justice Commissioner (2005). *Social justice report*. Sydney, Human Rights & Equal Opportunity Commission. (**http://www.hreoc.gov.au/social_justice/sj_report/sjreport05/pdf/SocialJustice2005.pdf**, accessed 20 February 2008).

Abramson JH (1988). Community-oriented primary care – strategy, approaches and practice: a review. *Public Health Review*, 16:35-98.

Acosta M (2006). *Identity rights, civil registration and asset accumulation*. Brookings/Ford Workshop Asset-based Approaches. Washington, DC, Brookings Institution (**http://www.brookings.edu/**, accessed March 2008).

Action for Healthy Kids (2007). Action for Healthy Kids 2005-2006 Annual Report. Skokie, IL, Action for Healthy Kids. (**http://www.actionforhealthykids.org/pdf/AFHK_report_FINAL_5_7_07.pdf**, accessed 13 May 2008)

Adlung R (2006). Public Services and the GATS. *Journal of International Economic Law*, 9:455-485.

Agency for Healthcare Research and Quality (2003). *National Healthcare Disparities Report: inequality in quality exists*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. (**http://www.ahrq.gov/QUAL/nhdr03/nhdrsum03.htm#Inequality**, accessed 7 March 2008).

Aiyer A (2007). The allure of the transnational: notes on some aspects of the political economy of water in India. *Cultural Anthropology*, 22:640-658.

Akin JS et al. (2005). Changes in access to health care in China, 1989-1997. *Health Policy and Planning*, 20:80-89.

Akin JS, Dow WH & Lance PM (2004). Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties? Results from a longitudinal survey. *Social Science and Medicine*, 58:293-304.

Alam KR (2006). Ganokendras: an innovative model for poverty reduction in Bangladesh. *International Review of Education*, 52:343-352.

Alliance for Healthy Cities (nd). *Alliance for Healthy Cities website*. Tokyo: Alliance for Healthy Cities (**http://www.alliance-healthycities.com**, accessed 10 April 2008).

Ambrose S (2006). Preserving disorder: IMF policies and Kenya's health care crisis. *Pambazuka News*. (**http://www.pambazuka.org/en/category/features/34800**, accessed 27 May 2008).

Arslanalp S & Henry PB (2006). Policy watch: debt relief. *Journal of Economic Perspectives*, 20:207-220.

Artazcoz L et al. (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:761-767.

Baez C & Barron P (2006). *Community voice and role in district health care systems in east and southern Africa: a literature review.* Harare, EQUINET. (**http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS39GOVbaez.pdf**, accessed 27 May 2008) (Discussion paper 39).

Bajpai N, Sachs JD & Volavka N (2005). *India's challenge to meet the Millennium Development Goals*. New York, The Earth Institute at Columbia University. (**http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/documents/bajpai_indiamdgchallenge.pdf**, accessed 13 May 2008) (CGSD Working Paper No. 24).

Balabanova D (2007). *Health sector reform and equity in transition*. Prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Barriento S, Kabeer N & Hossain N (2004). *The gender dimensions of the globalization of production*. Geneva, Policy Integration Department, World Commission on the Social Dimension of Globalization, International Labour Office.

Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2000). Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy and Planning*, 15:417-423.

Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2003). Health insurance reforms in Latin America – cream skimming, equity and cost containment. In: Haagh L & Helgo CT, eds. *Social policy reform and market governance in Latin America*. London, MacMillan, pp. 183-199

Barrientos S & Smith S (2007). Do workers benefit from ethical trade? Assessing codes of labour practice in global production systems. *Third World Quarterly*, 28:713-729.

Barrios S, Bertinelli L & Strobl E (2006). Climatic change and rural-urban migration: the case of sub-Saharan Africa. *Journal of Urban Economics*, 60:357-371.

Bartley M (2005). Job insecurity and its effect on health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:718-719.

Barton A et al. (2007). The Watcombe Housing Study: the short term health of residents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:771-777.

Bates I et al. (2004). Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: Determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infectious Diseases*, 4:368-375.

Bauer PT (1981). *Equality, the third world, and economic delusion*. Cambridge, Harvard University Press.

Baum F (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*, 40:459-468.

Baum F, ed. (1995). *Health for all: the South Australian experience*. Adelaide, Wakefield Press.

Baum F (2007). Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health, *Promotion and Education*, 14:90-95.

Baum F (2008). *The new public health*. New York, Oxford University Press.

Baum F, Fry D & Lennie I, eds. (1992). *Community health in Australia: practice and policy*. Sydney, Pluto Press.

Baunsgaard T & Keen M (2005). *Tax revenue and (or?) trade liberalization*. Report No. WP/05/112. Washington, DC, International Monetary Fund.

Bégin M (1998). Gender issues in health care. Presentation at the Symposium on Women Health in Women's Hands, Brandon, Manitoba, Canada, 2 May 1998.

Benach J & Muntaner C (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:276-277.

Bennett S & Gilson L (2001). *Health financing: designing and implementing pro-poor policy*. London, Health Systems Resource Centre.

Bettcher D, Yach D & Emmanuel Guindon G (2000). Global trade and health: key linkages and future challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:521-534.

Bhorat H (2003). A universal income grant scheme for South Africa: an empirical assessment. In: Standing G & Samson M, eds. *A basic income grant for South Africa*. Cape Town, UCT Press, pp. 77-101.

Bidani B & Ravaillon M (1997). Decomposing social indicators using distributional data. *Journal of Econometrics*, 77:125-139.

Bird G & Milne A (2003). Debt relief for low income countries: is it effective and efficient? *The World Economy*, 26:43-59.

Birdsall N (2006). *The world is not flat: inequality and injustice in our global economy*. WIDER Annual Lecture 2005. Helsinki, World Institute for Development Economics Research.

Black RE, Morris SS & Bryce J (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 361:2226-2234.

Black RE et al. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 371:243-260.

Bloom DE (2007). *Education, health, and development*. Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (**http://www.amacad.org/publications/ubase_edu_health_dev.pdf**, accessed 4 September 2007).

Blouin C (2007). Trade policy and health: from conflicting interests to policy coherence. *Bulletin of the World Health Organization* 85:169-172.

Blouin C et al. (2007). *Trade liberalisation*. Globalisation Knowledge Network synthesis paper 4. Background document of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Blumenthal D & Hsiao W (2005). Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 353:1165-1170.

Bokhari F, Gottret P & Gai Y (2005). *Government health expenditures, donor funding and health outcomes*. Washington, DC, World Bank.

Bond P & Dor G (2003). *A critique of uneven health outcomes and neoliberalism in Africa*. Johannesburg, EQUINET. (**http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS2trade.pdf**, accessed 26 March 2007) (Discussion Paper 2).

Boone P (1996). Politics and the effectiveness of foreign aid. *European Economic Review,* 40:289-328.

Bourguignon F (2006). *The case for equity*. Francois Bourguignon was Senior Vice-President and Chief Economist of the World Bank between 2003 and 2007. Washington, DC, World Bank (**http://go.worldbank.org/XY6WQUQOZ0**, accessed 9 May 2008).

Braveman P (1998). *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization (WHO/CHS/HSS/98.1).

Budds J & McGranahan G (2003). Are the debates on water privatization missing the point? Experiences from Africa, Asia and Latin America. *Environment and Urbanization*, 15:87-114.

Burnham G et al. (2006). Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *Lancet*, 368:1421-1428.

Buss P & Carvalho A (2007). Health promotion in Brazil. *Promotion and Education*, 14:209-213.

Caffery M & Frelick G (2006). *Attracting and retaining nurse tutors in Malawi. Health workforce "Innovative Approaches and Promising Practices" study: the Capacity Project*. (**http://www.interchurch.org/resources/uploads/files/242Malawi_Prompractices_Report_First_Official_Draft.doc**, accessed 8 February 2007).

Caldwell JC (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 12:171-220.

Campbell T & Campbell A (2007). Emerging disease burdens and the poor in cities of the developing world. *Journal of Urban Health*, 84:i54-i64.

Campbell-Lendrum D & Corvalan C (2007). Climate change and developing-country cities: implications for environmental health and equity. *Journal of Urban Health*, 84:i109-i117.

Canadian Health Services Research Foundation (2007). *Incorporate lay health workers to promote health and prevent disease*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation. (**http://www.chsrf.ca/mythbusters/html/boost11_e.php**, accessed 24 January 2008).

Carrin G, Waelkens MP & Criel B (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 10:799-811.

CASEL (nd). *How evidence-based SEL programs work to produce greater student success in school and life*. Chicago, Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning. (**http://www.casel.org/downloads/academicbrief.pdf**, accessed 1 February 2008).

Catford J (2005). The Bangkok Conference: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International*, 20:1-6.

Chan M (2007). Speech to the Eleventh Global Forum for Health Research, Beijing, China, 29 October 2007. Geneva, World Health Organization. (**http://www.who.int/dg/speeches/2007/20071029_beijing/en/index.html**, accessed 10 April 2008).

Chan (2008). Speech to the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Global Health and Care Forum 2008: primary health care starts with people, Geneva, 14 May 2008. (**http://www.who.int/dg/speeches/2008/20080514/en/index.html**, accessed 29 May 2008).

Chandler MJ & Lalonde CE (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Horizons*, 10:68-72.

Chen S & Ravallion M (2004). How have the world's poorest fared since the early 1980s? *The World Bank Research Observer*, 19:141-169.

Chinyama V (2006). *Kenya's abolition of school fees offers lessons for the whole of Africa*. New York, UNICEF. (**http://www.unicef.org/infobycountry/kenya_33391.html**, accessed 5 February 2008).

Choi S-H (2002). *Integrating early childhood into education: the case of Sweden*. UNESCO Policy Brief on Early Childhood. Paris, UNESCO. (**http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=43971&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html**, accessed 3 April 2008).

Chu KY, Davoodi H & Gupta S (2004). Income distribution and tax and government spending policies in developing countries. In: Cornia GA, ed. *Inequality, growth and poverty in an era of liberalisation and structural adjustment*. Oxford, Oxford University Press.

Cleland JG & Van Ginneken JK (1988). Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, 27:1357-1368.

Clemens M, Radelet S & Bhavnani R (2004). *Counting chickens when they hatch: the short-term effect of aid on growth*. Washington DC, Center for Global Development (Working Paper 44).

CMH (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, World Health Organization.

COAG (2007). *Communique of the Working Group on Indigenous reform*. Canberra, Council of Australian Governments (**http://www.coag.gov.au/meetings/201207/index.htm#ind**, accessed 2 May 2008).

Cobham A (2005). *Taxation policy and development*. Oxford, The Oxford Council on Good Governance (OCGG Economy Analysis no. 2).

Cohen PN (2007). *Closing the gap: equal pay for women workers*. Statement prepared for the Health, Education, Labor, and Pensions Committee of the US Senate, 12 April 2007. (**http://help.senate.gov/Hearings/2007_04_12/Cohen.pdf**, accessed 5 May 2008).

Collier P & Dollar D (2000). *Aid allocation and poverty reduction*. Washington, DC, World Bank (Policy Research Working Paper 2041).

Collier P (2006). *Rethinking assistance for Africa*. Oxford, Institute of Economic Affairs.

Connect International (nd). Connect International website. Leiden, Connect International (**http://www.connectinternational.nl**, accessed 9 May 2008).

Côté R (2002/3). Pay equity at last in Quebec? *Labour Education*, 128:57-60 (**http://www.oit.org/public/english/dialogue/actrav/publ/ledpubl.htm**, accessed 5 May 2008).

Countdown Group (2008). Countdown to 2015 for maternal, newborn, and survival: the 2008 report on tracking coverage and interventions. *Lancet*, 371:1247-1258.

Cruz-Saco MA (2002). *Global insurance companies and the privatisation of pensions and health care in Latin America – the case of Peru*. Presented at the Globalism and Social Policy Programme (GASPP) Seminar, Dubrovnik, Croatia.

CS (2007). *Civil society report*. Final report of the Civil Society work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Curriculum Corporation (nd). Mind Matters website. Melbourne, MindMatters (**http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters**, accessed 13 May 2008.)

Cutler D& Lleras-Muney A (2006). *Education and health: evaluating theories and evidence*. Ann Arbor, National Poverty Center (National Poverty Center Working Paper Series: # 06-19) (**http://www.npc.umich.edu/publications/workingpaper06/paper19/working-paper06-19.pdf**, accessed 25 September 2007).

CW (2007). *Translating the social determinants evidence into a health equity agenda at the country level*. Report of the Country work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Dambisya Y, Modipa S & Legodi M (2005). *The distribution of pharmacists trained at the University of the North, South Africa*. Harare: EQUINET (**http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/Dis31HRdambisya.pdf**, accessed 27 June 2007) (Discussion Paper 31).

Das Gupta M et al. (2005). *Improving child nutrition outcomes in India: can the Integrated Child Development Services programme be more effective?* Washington, DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper 3647).

DAC (2005). Creditor Reporting System, Aid database. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development (**http://www.oecd.org/department/0,2688,en_2649_34447_1_1_1_1_1,00.html**, accessed 16 May 2008).

Davies JB et al. (2006). *The world distribution of household wealth*. Research of the United Nations University (UNU-WIDER). Helsinki, World Institute for Development Economics.

Davis KK, Scott Collins K & Hall AG (1999). *Community health centres in a changing US health care system*. New York, The Commonwealth Fund.

de Ferranti D et al. (2004). *Inequality in Latin America & the Caribbean: breaking with history?* Washington, DC, World Bank.

De Maeseneer J et al. (2007). *Primary health care as a strategy for achieving equitable care*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Deacon B et al. (2003). *Global social governance: themes and prospects*. Helsinki, Ministry of Foreign Affairs for Finland.

Deaton A (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*, 41:113-158.

Deaton A (2004). Health in an age of globalization. *Brookings Trade Forum*, 83-130.

Deaton A (2006a). Global patterns of income and health. WIDER Annual Lecture. WIDER Angle Newsletter, 2:1-3. (**http://www.wider.unu.edu/publications/newsletter/en_GB/angle-introduction/_files/78200687251423272/default/angle2006-2.pdf**, accessed 20 March 2008).

Deaton A (2006b). *Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies*. Helsinki, WIDER Annual Lecture.

Debbane AM (2007). The dry plight of freedom: commodifying water in the Western Cape, South Africa. *Antipode*, 39:222-226.

Deere CD & Leon M (2003). The gender asset gap: land in Latin America. *World Development*, 31:925-947.

Delhi Group on Informal Sector Statistics (nd). Delhi Group on Informal Sector Statistics website. New York, UN. (**http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/delhi.htm**, accessed 28 May 2008).

Department for Communities and Local Government (2006). *Government action plan: implementing the Women and Work Commission recommendations*. London, Government Equalities Office (**http://www.womenandequalityunit.gov.uk/publications/wwc_govtactionplan_sept06.pdf**, accessed 5 May 2008).

Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the Programme for Action*. London, Department of Health.

Department of Health (2007). *Review of the health inequalities infant mortality PSA target*. London, Department of Health.

Dervis K (2005). *The challenge of globalization: reinventing good global governance*. Keynote address. Washington, DC, George Washington Center for the Study of Globalization.

Dervis K & Birdsall N (2006). A stability and social investment facility for high-debt countries. Washington, DC, Center for Global Development (CGD Working Paper No. 27).

Devernam R (2007). On solid ground: preserving the quality of place. *Environmental Practice*, 9:3-5.

DFID (2008). *Helping Bolivia's poor to access their rights*. London, Department for International Development (**http://www.dfid.gov.uk/news/files/south-america/bolivia-identity.asp**, accessed March 6 2008).

DHS (nd). *Demographic and Health Surveys*. Calverton, MD, MEASURE DHS. (**http://www.measuredhs.com**, accessed 15 February 2008).

Dixon J et al. (2007). The health equity dimension of urban food systems. *Journal of Urban Health*, 84:i118-i129.

Doherty J & Govender R (2004). *The cost-effectiveness of primary care services in developing countries: a review of the international literature*. A background paper commissioned by the Disease Control Priorities Project. Washington, DC, World Bank.

Dorling D, Shaw M & Davey Smith G (2006). Global inequality of life expectancy due to AIDS. *BMJ*, 332;662-664.

Douglas M & Scott-Samuel A (2001). Addressing health inequalities in health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:450-451.

Dreze J (2003). Food security and the right to food. In: Mahendra Dev S, Kannan K, Ramachandran N, eds. *Towards a food secure India: issues and policies*. New Delhi and Hyderabad, Institute for Human Development and Centre for Economic and Social Studies.

Dummer TJB & Cook IG (2007). Exploring China's rural health crisis: processes and policy implications. *Health Policy*, 83:1-16.

Easterly W (2006). *Planners vs. searchers in foreign aid*. ADB Distinguished Speakers Program, Asian Development Bank, 18 January 2006.

Eastwood R & Lipton M (2000). *Rural-urban dimensions of inequality change*. Helsinki, World Institute for Development.

ECDKN (2007a). *Early child development: a powerful equalizer*. Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

ECDKN (2007b). *Total environment assessment model for early child development*. Evidence report. Background document of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

ECOSOC (1997). Agreed Conclusions 1997/2, 18 July 1997.

ECOSOC (nd). *Background information on the United Nations Economic and Social Council*. New York, United Nations (**http://www.un.org/ecosoc/about**, accessed 28 May 2008).

Edward P (2006). The ethical poverty line: a moral quantification of absolute poverty. *Third World Quarterly*, 27:377-393.

EFILWC (2007). *Industrial relations developments in Europe in 2006*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Eichler M, Reisman AL & Borins EM (1992). Gender bias in medical research. *Women and Therapy: a Feminist Quarterly*, 12:61-70.

Elinder LS (2005). Obesity, hunger, and agriculture: the damaging role of subsidies. *BMJ*, 331:1333-1336.

EMCONET (2007). *Employment conditions and health inequalities*. Final report of the Employment Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Engle PL et al. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 369:229-242.

Epping-Jordan JE et al. (2005). Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*, 366:1667-1671.

EU (1997). Decision No. 1400/97/EC of the European Parliament and of the Council of 30 June 1997 adopting a programme of Community action on health monitoring within the framework for action in the field of public health (1997 to 2001). *Official Journal of the European Communities*, 40:1-10.

European Commission (1996). *A code of practice on the implementation of equal pay for work of equal value for women and men*. Brussels, European Commission (**http://aei.pitt.edu/3963/**, accessed 5 May 2008) (COM (96) 336 final, 17.07.1996).

EUROTHINE (2007). *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. EUROTHINE final report. Rotterdam, Department of Public Health, ErasmusMC University Medical Centre Rotterdam.

Farley M (2006). 14 nations will adopt airline tax to pay for AIDS drugs. *Los Angeles Times*, 3 June.

Farmer P (1999). Pathologies of power: rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*, 89:486-1496.

Fathalla MF et al. (2006). Sexual and reproductive health for all: a call for action. *Lancet*, 368:2095-100.

Felstead A et al. (2002). Opportunities to work at home in the context of work-life balance. *Human Resource Management Journal*, 12:54-76.

Fernald LC, Gertler PJ & Neufeld LM (2008). Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 371:828-37.

Ferrie JE et al. (2002). Effects of chronic job insecurity and change of job security on self-reported health, minor psychiatry morbidity, psychological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:450-454.

Forman L (2007). Right and wrongs: what utility for the right to health in reforming trade rules on medicines. Briefings volume four: comparative program on health and society and Lupina Foundation Working Paper Series. Toronto, Munk Centre for International Studies.

French HW (2006). Wealth grows, but health care withers in China. *New York Times*, January 14.

Friedman M (1958). Foreign economic aid: means and objectives. *The Yale Review*, 47.

Friel S, Chopra M & Satcher D (2007). Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 335:1241-1243.

Fröbel F, Heinrichs J & Kreye O (1980). *The new international division of labour*. Cambridge, Cambridge University Press.

Frumkin H, Frank L & Jackson R, eds. (2004). *Urban sprawl and public health: designing, planning and building for healthy communities*. Washington, DC, Island Press.

Galea S & Vlahov D (2005). *Handbook of urban health*. New York, Springer.

Galiani S, Gertler P & Schargrodsky E (2005). Water for life: the impact of the privatization of water services on child mortality. *Journal of Political Economy*, 113:83-120.

Ganesh-Kumar A, Mishra S & Panda M (2004). Employment guarantee for rural India. *Economic and Political Weekly*, 39:5359-5361.

Garau P, Sclar ED & Carolini GY (2005). *A home in the city*. UN Millennium Project: Taskforce on Improving the Lives of Slum Dwellers. London, Earthscan.

GEGA (nd). The equity gauge: concepts, principles, and guidelines. Durban, Global Equity Gauge Alliance & Health Systems Trust (**http://www.gega.org.za/download/gega_gauge.pdf**, accessed 5 May 2008).

Geiger H (1984). Community health centres. In: Sidel V, Sidel R, eds. *Reforming medicine: lessons of the last quarter century*. New York: Pantheon Books, pp. 11-31.

Geiger H (2002). Community-oriented primary care: a path to community development. *American Journal of Public Health*, 92:1713-1716.

Gender Promotion Programme ILO (2001). Promoting gender equality – a resource kit for trade unions. Geneva, International Labour Organization. (**http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/eeo/tu/tu_toc.htm**, accessed 5 May 2008).

GKN (2007). *Towards health-equitable globalisation: rights, regulation and redistribution*. Final report of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Glasier A et al. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368:1595-607.

Glenday G (2006). *Toward fiscally feasible and efficient trade liberalization*. Durham, NC, Duke Center for Internal Development, Duke University.

Glewwe P, Zhao M & Binder M (2006). *Achieving universal basic and secondary education: how much will it cost?* Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (*http://www.amacad.org/publications/Glwwe.pdf*, accessed 4 September 2007).

Global Forum for Health Research (2006). *Monitoring financial flows for health research: the changing landscape of health research for development*. Geneva, Global Forum for Health Research. (**http://www.globalforumhealth.org/filesupld/monitoring_financial_flows_06/Financial%20Flows%202006.pdf**, accessed 9 May 2008).

Goetz A & Gaventa J (2001). *Bringing citizen voice and client focus into service delivery*. Brighton, UK, Institute of Development Studies. (**http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp138.pdf**, accessed 27 June 2007) (Institute of Development Studies Working Papers – 138).

Gordon R & Lei W (2005). *Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation, 2005*. University of California San Diego and University of Virginia (**http://econ.ucsd.edu/~rogordon/puzzles16.pdf**, accessed February 2008).

Gostin L (2007). The 'Tobacco Wars' – global litigation strategies. *JAMA*, 298:2537-2539.

Gostin LO, Boufford JI & Martinez RM (2004). The future of the public's health: vision, values, and strategies. *Health Affairs*, 23:96-107.

Gottret P & Schieber G (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. Washington, DC, World Bank.

Govender V & Penn-Kekana L (2007). *Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Government of Canada (2007). *Tripartite First Nations Health Plan*. Vancouver, The First Nations Leadership Council, Government of Canada and Government of British Columbia.

Graham H (1987). Women's smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25:47-56.

Graham H & Kelly MP (2004). *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. London, Health Development Agency. (**http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=502453**, accessed 5 May 2008).

Graham WJ et al. (2004). The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet*, 363:23-27.

Grantham-McGregor SM et al. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican Study. *Lancet*, 338:1-5.

Grantham-McGregor SM et al. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369:60-70.

Grimsrud B (2002). *The next steps. Experiences and analysis of how to eradicate child labour*. Oslo, Fafo.

Grown C, Gupta GR & Pande R. (2005). Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet*, 365:541-543.

Gupta S, Verhoeven M & Tiongson ER (2003). Public spending on health care and the poor. *Health Economics*, 12:685-696.

Gwatkin D & Deveshwar-Bahl (2001). *Immunization coverage inequalities: an overview of socio-economic and gender differentials in developing countries*. New York, World Bank.

Gwatkin D, Bhuiya A & Victoria C (2004). Making health care systems more equitable. *Lancet*, 364:1272-1280.

Gwatkin D, Wagstaff A & Yazbeck A, eds. (2005). *Reaching the poor with health, nutrition, and population services: what works, what doesn't, and why*. Washington DC, World Bank.

Gwatkin DR et al. (2007). *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, World Bank.

Halstead S, Walsh J & Warren K (1985). *Good health at low cost*. New York, Rockefeller Foundation.

Hamdad M (2003). *Valuing households' unpaid work in Canada, 1992 and 1998: trends and sources of change*. Ottawa: Statistics Canada.

Hanlon P, Walsh D & Whyte B (2006). *Let Glasgow flourish*. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health.

Hargreaves S (2000). Call for increased commitment to promote reproductive health of refugees. *Lancet*, 356:1910.

Harris E (2007). *NSW Health HIA Capacity Building Program: mid-term review*. Sydney, Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales.

Harris E, Harris P & Kemp L (2006). *Rapid equity focused health impact assessment of the Australia Better Health Initiative: assessing the NSW components of priorities 1 and 3*. Sydney, UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity.

Hartmann H, Allen K & Owens C (1999). *Equal pay for working families; national and state data on the pay gap and its costs*. Washington, Institute for Women's Policy Research. (**http://www.aflcio.org/issues/jobseconomy/women/equalpay/EqualPayForWorkingFamilies.cfm**, accessed 28 May 2008).

Hawkes C (2002). Marketing activities of global soft drink and fast food companies in emerging markets: a review. In: *Globalization, diets and non-communicable diseases*. Geneva, World Health Organization.

Hawkes C et al. (2007). Globalisation, food and nutrition transitions. Background paper of the Globalisation Knowledge Network, Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Hayward D (2007). Tackling health inequalities in England – policy development and progress. Case study prepared by Department of Health UK for the Commission on Social Determinants of Health. London, Department of Health.

Health Disparities Task Group (2004). Reducing health disparities – role of the health sector. Discussion paper. Ottawa, Public Health Agency Canada. (**http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_e.pdf**, accessed 11 April 2008).

Health Inequalities Unit (2008). *Tackling health inequalities: 2007 status report on the Programme for Action*. London: Department of Health.

Health Metrics Network (nd). *Assessing the National Health Information System: an assessment tool*. Geneva, Health Metrics Network (**http://www.who.int/healthmetrics/tools/hisassessment/en/index.html**, accessed 5 May 2008).

Health Systems Trust (nd). *The South African equity gauge*. Durban, Health Systems Trust (**http://www.hst.org.za/generic/28**, accessed 9 May 2008).

Healy J (2004). *Housing, fuel poverty and health. a pan-European analysis*. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd.

HelpAge International (2006a). *Why social pensions are needed now*. London, HelpAge International (**www.helpage.org/Resources/Briefings/main_content/LVqT/Pensionbriefing_web.pdf**, accessed 5 May 2008).

HelpAge International (2006b). *Social pensions in Bolivia*. London, HelpAge International (**http://www.helpage.org/Researchandpolicy/Socialprotection/PensionWatch/Bolivia**, accessed 5 May 2008).

HelpAge International (2007). *Jakarta forum highlights importance of social protection*. London, HelpAge International (**http://www.helpage.org/News/Latestnews/KQKY**, accessed 5 May 2008).

HelpAge International (nd). *Social pensions in low and middle income countries*. London, HelpAge International. (**http://www.helpage.org/Researchandpolicy/PensionWatch/Feasibility**, accessed 5 May 2008).

Heymann J (2006). *Forgotten families: ending the growing crisis confronting children and working parents in the global economy*. Oxford, Oxford University Press.

HIFX (2007). Global foreign exchange turnover. Windsor: HIFX Foreign Exchange. (**http://www.hifx.co.uk/marketwatch/market_news/headlines/uk_Daily_Global_Foreign_Exchange_turnover_rises_to_USD_3,-d-,2%20trillion.aspx**, accessed 20 March 2008).

Hillman D, Kapoor S & Spratt S (2006). *Taking the next step: implementing a currency transaction development levy.* Oslo, Norwegian Ministry of Foreign Affaris.

Homedes N & Ugalde A (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71:83-96.

Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85:745-754.

Houweling TAJ (2007). *Socio-economic inequalities in childhood mortality in low and middle income countries* [thesis]. Rotterdam, Erasmus MC University Medical Center Rotterdam (**http://hdl.handle.net/1765/11023**, accessed 5 May 2008).

Houweling TAJ et al. (2005). Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich. A cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 43:1257-1265.

Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an HSKN (2007). *Final report of the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.

Huisman M, Kunst AE & Mackenbach JP (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science and Medicine*, 57:861-873.

Hunt P (2003). *Panel discussion on the rights to sexual and reproductive health*. Ottawa: Action Canada pour la Population et le Développement. (**http://www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section/csih/articleid/223**, accessed 17 April 2008).

Hunt P (2006). *Economic, social and cultural rights: report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. Addendum: mission to Uganda*. UN Economic and Social Council, New York, United Nations (**http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/Uganda.pdf**, accessed March 08).

Hunt P (2007). Right to the highest attainable standard of health. *Lancet*, 370:369-371.

Hutchison B, Abelson J & Lavis JN (2001). Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20:116-131.

Hutton G (2004). *Charting the path to the World Bank's "No blanket policy on user fees": A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future*. London, DFID Health Systems Resource Centre.

Huxley VH (2007). Sex and the cardiovascular system: the intriguing tale of how women and men regulate cardiovascular function differently. *Advances in Physiology Education*, 31:17-22.

IDMC (2007). *Internal displacement: global overview of trends and developments in 2006*. Geneva, Internal Displacement Monitoring Centre.

ILO (2002). *Women and men in the informal economy: a statistical picture*. Geneva, International Labour Organization.

ILO (2003). *ILO launches global campaign on social security for all*. Geneva, International Labour Organization (**http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--en/WCMS_005285/index.htm**, accessed 8 May 2008).

ILO (2004a). Resolution concerning the promotion of gender equality, pay equity and maternity protection. 92nd Session of the International Labour Conference. Geneva, International Labour Organization.

ILO (2004b). *Breaking through the glass ceiling: women in management. Update 2004*. Geneva, International Labour Organization.

ILO (2005). *Decent work – safe work*. Introductory report to the XVIIth World Congress on Safety and Health at Work, 2005. Geneva, International Labour Organization (**www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf**, accessed 3 March 2008).

ILO (2006a). *The end of child labour: within reach*. Global report under the follow-up to the ILO declaration on fundamental principles and rights at work 2006. Geneva, International Labour Organization.

ILO (2006b). Facts on labour migration. Geneva, International Labour Organization.

ILO (2007a). *The end of child labour: millions of voices, one common hope. World of work, No. 61*. Geneva, International Labour Organization.

ILO (2007b). *The decent work agenda in africa: 2007-2015*. Report of the Director-General to the Eleventh African Regional Meeting, Addis Ababa, April 2007. Geneva: International Labour Organization (**http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---webdev/documents/publication/wcms_082282.pdf**, accessed 5 May 2008).

ILO (2008). *Global employment trends*. Geneva, International Labour Organization.

ILO (nd). *In Africa*. Web page of the Social Security Department. Geneva, International Labour Organization. (**http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/projects/africa.htm**, accessed 21 February 2008).

ILOLEX (2007). International Labour Standards [online database]. Geneva, International Labour Organization (**http://www.ilo.org/ilolex/english/**, accessed December 2007).

Indian Government (1992). The Constitution (Seventy-Second Amendment) Act, 1992. (**http://indiacode.nic.in/coiweb/fullact1.asp?tfnm=73**, accessed March 08).

Indigenous Health Group (2007). Social determinants and indigenous health: the international experience and its policy implications. Presented at the Adelaide Symposium of the Commission on Social Determinants of Health.

Ingleby D et al. (2005). The role of health in integration. In: Fonseca L & Malheiros J, eds. *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 state of the art report. Lisbon, Centro de Estudos Geográficos.

IOM (2006). *Migration health annual report 2006*. Geneva, International Office of Migration.

IPCC (2007). *Climate change 2007: the physical science basis*. New York, Cambridge University Press.

Irwin A & Scali E (2005). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*. Background document for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

IUHPE (2007). Shaping the future for health promotion: priority actions. *Promotion and Education*, 14:199-202.

IUHPE/CEU (1999). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part 2 Evidence book*. Vanves: International Union for Health Promotion and Education.

Iyer A, Sen G & Östlin P (2007). *The intersections of gender and class in health status and health care*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Jacobs G, Aeron-Thomas A & Astrop A (2000). *Estimating global road fatalities*. Wokingham: Transport Research Laboratory (TRL Report 445).

Jaglin S (2002). The right to water versus cost recovery: participation, urban water supply and the poor in sub-Saharan Africa. *Environment and Urbanization*, 14:231-245.

Jolly R (1991). Adjustment with a human face: a UNICEF record and perspective on the 1980s. *World Development*, 19:1807-1821.

Jubilee Debt Campaign (2007). *Debt and education*. London, Jubilee Debt Campaign (**http://www.jubileedebtcampaign.org.uk/Debt%20and%20Education+3198.twl**, accessed 29 May 2008).

JUNJI (nd). JUNJI website [in Spanish]. Santiago, Junta Nacional de Jardines Infantiles (**http://www.junji.cl**, accessed 14 May 2008).

Kark SL & Kark E (1983). An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Israel Journal of Medical Science*, 19:707-713.

Kelly MP et al. (2006). *Guide for the Knowledge Networks for the presentation of reports and evidence about the social determinants of health*. Background document of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Kemp M (2001). *Corporate social responsibility in Indonesia: quixotic dream or confident expectation?* Geneva, UNRISD (Technology, Business and Society Programme Paper Number 6).

Kickbusch I (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93:383-388.

Kickbusch I (2007). Health promotion: not a tree but a rhizome. In: O'Neill M et al., eds. *Health promotion in Canada: critical perspectives*, 2nd ed. Toronto, Canadian Scholars Press Inc.

Kickbusch I & Payne L (2004). *Constructing global public health in the 21st century*. Presented to the Meeting on Global Health Governance and Accountability, 2-3 June 2004, Harvard University, Cambridge, MA. (**http://www.ilonakickbusch.com/en/global-health-governance/GlobalHealth.pdf**, accessed 28 May 2008).

Kickbusch I, Wait S & Maag D (2006). *Navigating health: the role of health literacy*. London, Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK. (**http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_3.pdf**, accessed 5 May 2008).

Kida T & Mackintosh M (2005). Public expenditure allocation and incidence under health care market liberalization: a Tanzanian case study. In: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialisation of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, Chapter 17.

Kim IH et al. (2006). The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science and Medicine*, 63:566-74.

Kivimäki M et al. (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology*, 158:663-668.

Kivimäki M et al. (2006). Work stress in the aetiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:431-442.

KNUS (2007). *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Final Report of the Urban Settings Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Koçak AA (2004). *Evaluation report of the Father Support Program*. Istanbul: Mother Child Education Foundation.

Koivusalo M & Mackintosh M (2005). Health systems and commercialisation: in search of good sense. In: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, pp. 3-21.

Korpi W (2001). Contentious institutions: an augmented rational-action analysis of the origins and path dependency of welfare state institutions in Western countries. *Rationality and Society,* 13:235-283.

Korpi W & Palme J (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in Western countries. *American Sociological Review*, 63:661-687.

Kunst AE & Mackenbach JP (1994). *Measuring socio-economic inequalities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Kurowski C, Wyss K & Abdulla S (2007). Scaling up priority health interventions in Tanzania – the human resources challenge. *Health Policy and Planning*. 22:113-127.

Lagarde M & Palmer P (2006). *Health financing. Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access for poor people*. Presented to the meeting of the Alliance for Health Policy and Systems Research, Khon Kaen, Thailand. (**http://www.who.int/rpc/meetings/HealthFinancingBrief.pdf**, accessed 4 May 2007).

Landers C (2003). *Early learning and the transition to school: implications for girls' education*. New York, UNICEF.

Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights (2007). *Shaking the movers: speaking truth to power: civil and political rights of children*. Ottawa, Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights.

Lang T, Rayner G & Kaelin E (2006). *The food industry, diet, physical activity and health: a review of reported commitments and practice of 25 of the world's largest food companies*. London, Centre for Food Policy, City University.

Langer A (2006). Cairo after 12 years: successes, setbacks, and challenges. *Lancet*, 368:1552-1554.

Leon DA et al. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*, 350:383-388.

Levine R (2004). *What's worked? Accounting for success in global health*. Washington, DC, Centre for Global Development.

Levine R et al. (2008). *Girls count: a global investment and action agenda*. Washington, DC, Center for Global Development.

LHC (2000). *The London Health Strategy 2000*. London: London Health Commission.

Lister J (2007). *Globalisation and health care systems change*. Background document of the Health Care Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health.

Locke K (2004). Opportunities for inter-sector health improvement in new Member States. In: McKee M et al., eds. *Health policy and European Union enlargement*. Maidenhead,

Open University Press.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

determinants of health: a guide. Background document of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Meng Q (2007). *Developing and implementing equity-promoting health care policies in China*. Background paper for the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Mercado S et al. (2007). Urban poverty: an urgent public health issue. *Journal of Urban Health*, 84:i7-i15.

Micheletti M & Stolle D (2007). Mobilizing consumers to take responsibility for global social justice. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 611:157-175.

Millennium Villages Project (nd). Millennium Promise website. New York, Millennium Promise (**http://www.millenniumpromise.org**, accessed 8 February 2008)

Mills A (2007). *Strategies to achieve universal coverage*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Ministries of the Economy (2006). *Solidarity and globalisation*. Paris Conference on Innovative Development Financing Mechanisms, 28 February-1 March 2006. Paris, Government of France.

Mishra P & Newhouse D (2007). *Health aid and infant mortality*. Washington, DC, IMF (Working Paper 07/100).

Mitlin D (2007). Finance for low-income housing and community development. *Environment and Urbanization*, 19:331.

Mizunoya S et al. (2006). *Costing of basic social protection benefits for selected Asian countries: first results of a modelling exercise*. Issues in Social Protection, Geneva, Social Security Department, International Labour Organization (*http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1527sp1.pdf*, accessed 5 May 2008) (Discussion paper 17).

Mongella G (1995). Address by the Secretary-General of the 4th World Conference on Women at the formal opening of the Plenary Session 4th September 1995 (**http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/conf/una/950904201423.txt**, accessed 5 May 2008).

Montgomery MR et al., eds. (2004). *Cities transformed: demographic change and its implications in the developing world*. London, Earthscan.

Morris JN & Deeming C (2004). Minimum incomes for healthy living (MIHL): next thrust in UK social policy? *Policy & Politics*, 32:441-454.

Morris JN et al. (2000). A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54:885-889.

Morris JN et al. (2007). Defining a minimum income for healthy living (MIHL): older age, England. *International Journal of Epidemiology*, 36:1300-7.

Moser K, Shkolnikov V & Leon DA (2005). World mortality 1950-2000: divergence replaces convergence from the late 1980s. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:202-209.

Muntaner C et al. (1995). Psychosocial dimensions of work and the risk of drug dependence among adults. *American Journal of Epidemiology*, 142:183-190.

Murphy M et al. (2006). The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001. *American Journal of Public Health*, 96:1293-1299.

Murray CJL et al. (2006). Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in the United States. *PLoS Medicine*, 3:1513-1525.

Murray CJ et al. (2007). Validation of the symptom pattern method for analyzing verbal autopsy data. *PLoS Medicine*, 4:e327.

Murthy R (2007). *Accountability to citizens on gender and health*. Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Musgrove P (2006). *Disability in late middle age and after in low and middle-income countries: a summary of some findings from the Disease Control Priorities Project (DCPP)*. Paper prepared for the Behavioral and Social Research Program. Washington, DC, National Institute on Aging.

Mustard JF (2007). Experience-based brain development: scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. In: Young ME, Richardson LM, eds. *Early child development: from measurement to action*. Washington, DC, World Bank, pp. 43-71.

Musuka G & Chingombe I (2007). *Building equitable, people-centred national health systems: the role of Parliament and parliamentary committees on health in East and Southern Africa*. A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

NAS Panel on Aging (2006). Panel on Aging of the National Academies Committee on Population, convened for the Commission on Social Determinants of Health, August 2006. Washington, DC, National Institute on Aging.

National Coalition on Health Care (2008). *Health insurance cost*. Washington, DC, National Coalition on Health Care (**http://www.nchc.org/facts/cost.shtml**, accessed 7 March 2008).

Newman L et al. (2007). *A rapid appraisal case study of South Australia's Social Inclusion Initiative.* Paper for the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

NHF (2007). *Building health. Creating and enhancing places for healthy, active lives: blueprint for action*. London, UK National Heart Forum.

NHS (2000). *The London Health Strategy.* London, NHS Executive London Regional Office.

Nicholson A et al. (2005). Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women--a life course approach. *Social Science and Medicine*, 61:2345-54.

Nissanke M (2003). Revenue potential of the Tobin Tax for Development Finance: a critical appraisal. In: Atkinson A, ed. *New sources of development finance*. Oxford, Oxford University Press for UNU-WIDER.

NNC (2001). *Smart growth for neighborhoods: affordable housing and regional vision*. USA, National Neighborhood Coalition.

O'Donnell O et al. (2005). *Who benefits from public spending on health care in Asia?* Rotterdam and Colombo: Erasmus University and IPS. (**http://www.equitap.org/publications/wps/EquitapWP3.pdf**, accessed 12 October 2006) (EQUITAP Project Working Paper #3).

O'Donnell O et al. (2007). The incidence of public spending

on healthcare: comparative evidence from Asia. *World Bank Economic Review*, 21:93-123.

ODI (1999). *Global governance – an agenda for the renewal of the United Nations*. London, Overseas Development Institute.

OECD (2001). *Starting strong: early childhood education and care*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.

OECD (2005). *From employment to work*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.

Office of the Mayor (2007). Mayor Bloomberg and major philanthropic foundations unveil size, scope, and schedule of Opportunity NYC, the nation's first-ever conditional cash transfer program. Press release, 29 March. New York: Office of the Mayor. (**http://www.nyc.gov**, accessed 5 May 2008).

Ogawa S, Hasegawa T & Carrin G (2003). Scaling up community health insurance: Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme. *Health Policy and Planning*, 18:270-278.

Oldfield S & Stokke K (2004). *Building unity in diversity: social movement activism in the Western Cape Anti-Eviction Campaign*. A case study for Globalisation, Marginalisation and New Social Movements in post-Apartheid South Africa. Durban, University of KwaZulu-Natal. (**http://www.ukzn.ac.za/ccs/files/Oldfield%20&%20Stokke%20WCAEC%20Research%20Report.pdf**, accessed March 2008)

Ooi GL & Phua KH (2007). Urbanization and slum formation. *Journal of Urban Health*, 84;i27-i34.

Ooms G & Schrecker T (2005). Viewpoint: expenditure ceilings, multilateral financial institutions, and the health of poor populations. *Lancet*, 365:1821-1823.

Oxfam (2002). *Milking the CAP: how Europe's dairy regime is devastating livelihoods in the developing world*. London, Oxfam. (Briefing Paper 34).

Oxfam Great Britain (2000). *Tax havens: releasing the hidden billions for poverty eradication*. Oxford, Oxfam.

Paes de Barros R et al. (2002). *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean*. Santiago: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean.

PAHO (2001). *Investment in health*. Washington, DC, Pan-American Health Organization (Social and Economic Returns Scientific and Technical Publication No.582).

PAHO (2005). PAHO Healthy Municipalities, Cities and Communities. *Bulletin of the Healthy Settings Units*, 1 (**http://www.paho.org/English/ad/sde/municipios.htm**, accessed 10 May 2008).

PAHO (2006). *Mission Barrio Adentro: the right to health and social inclusion in Venezuela*. Caracas, Pan-American Health Organization.

PAHO (2007). R*enewing primary health care in the Americas*. A position paper of the Pan American Health Organization. Washington, DC, Pan-American Health Organization (**http://www.paho.org/English/AD/THS/primaryHealthCare.pdf,** accessed 27 June 2007).

Pal K et al. (2005). *Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise*. Geneva, International Labour Organization (**http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/1023sp1.pdf**, accessed 5 May 2008) (Issues in Social Protection, discussion paper 13).

Palmer N et al. (2004). Health financing to promote access in low income settings – how much do we know? *Lancet*, 364:1365-1370.

Parent-Thirion A et al. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey.* Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Partnership for Child Development (nd). A FRESH start to improving the quality and equity of education. London, Partnership for Child Development. (**www.freshschools.org**, accessed 13 May 2008).

Pasha O et al. (2003). The effect of providing fansidar (sulfadoxine-pyrimethane) in schools on mortality on school-age children in Malawi. *Lancet*, 361:577-578.

Patel V et al. (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ*, 328:820-823.

Paul J & Nahory C (2005). *Theses towards a democratic reform of the UN Security Council*. New York, Global Policy Forum.

Paxson C & Schady N (2007). *Does money matter? The effects of cash transfers on child health and development in rural Ecuador*. Washington, DC, World Bank (**http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/05/03/000016406_20070503092958/Rendered/PDF/wps4226.pdf**, accessed 5 May 2008) (Impact Evaluation Series No. 15. World Bank Policy Research Working Paper 4226).

Petchesky RP & Laurie M (2007). *Gender, health and human rights in sites of political exclusion*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

PHAC (2007). *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.

PHAC & WHO (2008). *Enhancing health and improving health equity through cross-sectoral action: an analysis of national case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.

PHM (2000). *People's charter for health*. Cairo: People's Health Movement.

PHM, Medact & GEGA (2005). *Global Health Watch, 2005-2006: an alternative world health report*. London, Zed Books.

Picciotto R (2004). *Institutional approaches to policy coherence for development*. OECD Policy Workshop May 2004. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.

Pierson P (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review,* 94:251-267.

Pierson P (2001). Investigating the welfare state at century's end. In: Pierson P, ed. *The new politics of the welfare state*. Oxford, Oxford University Press, pp. 1-14.

Pogge T (2008). Growth and inequality: understanding recent trends and political choices. *Dissent Magazine* [online], (**http://dissentmagazine.org/article/?article=990**, accessed 10 April 2008).

PPHCKN (2007a). *Inequities in the health and nutrition of children*. Report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

PPHCKN (2007b). *Alcohol and social determinants of health*. Report from the alcohol node to the Priority Public Health

Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

PPHCKN (2007c). Interim report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

PPHCKN (2007d). *Social determinants of mental disorders*. Report from the mental health node to the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Prince M et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370:859-877.

Prüss-Üstün A & Corvalán C (2006). *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization.

Public Health Agency of Canada (nd). *Canada's response to WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada (**http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/crg-grc-eng.php**, accessed 14 May 2008).

Quan J (1997). *The important of land tenure to poverty eradication and sustainable development in Africa. Summary of findings*. Chatham, UK, National Resources Institute (**http://www.oxfam.org.uk/resources/learning/landrights/downloads/quanpov.rtf**, accessed 30April 2008).

Quartey P (2005). *Innovative ways of making aid effective in Ghana: tied aid versus direct budgetary support*. Helsinki, UNU-WIDER (WIDER Research Paper No. 2005/58).

Rajan R & Subramanian A (2005). *Aid and growth: what does the cross-country evidence really show?* Washington, DC, IMF (IMF Working Paper 05/127).

Randel J, German A & Ewing D, eds. (2004). *The reality of aid 2004: an independent review of poverty reduction and development assistance, the Reality of Aid Project*. London, IBON Books Manila/Zed Books.

Ranson M, Hanson K & Oliveira Cruz V (2003). Constraints to expanding access to health interventions: an empirical analysis and country typology. *Journal of International Development*, 15:15-39.

Ravindran T & de Pinho H, eds. (2005). *The right reforms? Health sector reforms and sexual and reproductive health*. Johannesburg: The Initiative for Sexual and Reproductive Rights and Health Reforms (**www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/globalvolume.htm**, accessed 27 March 2007).

Ravindran TKS & Kelkar-Khambete A (2007). *Women's health policies and programmes and gender-mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Rifkin S & Walt G (1986). Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care. *Social Science and Medicine*, 23:559-566.

Rihani MA (2006). *Keeping the promise: 5 benefits of girls' secondary education*. Washington, DC, AED Global Learning Group (**http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Summary_Book_Girls_Education_MayRIHANI.pdf**, accessed 24 September 2007).

Ritakallio V-M & Fritzell J (2004). *Societal shifts and changed patterns of poverty*. New York: Luxembourg & Syracuse (LIS Working Paper Series, no. 393).

Roberts H & Meddings DR (2007). *What can be done about the social determinants of violence and unintentional injury*. Background paper of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Rodrik D (2001). T*he global governance of trade as if development really mattered*. New York, United Nations Development Programme.

Romeri E, Baker A & Griffiths C (2006). Mortality by deprivation and cause of death in England and Wales, 1999-2003. *Health Statistics Quarterly*, 32:19-34.

Rootman I & Gordon-El-Bihbety D (2008). *A vision for a health literate Canada: report of the expert panel on health literacy.* Ottawa: Canadian Public Health Association.

Rose G (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14:32-38.

Ross CE & Wu C-L (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60:719-745.

Ruger JP & Kim HJ (2006). Global health inequalities: an international comparison. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:928-936.

RWJF Commission (2008). *Perceived health challenges in the United States*. National survey results of a public opinion poll commissioned by the Robert Wood Johnson Foundation. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.

Sachs J (2004). Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals (MDGs). *Bulletin of the World Health Organization*, 82:947-952.

Sachs J (2007). Beware false tradeoffs. *Foreign Affairs* [online], (**http://www.foreignaffairs.org/special/global_health/sachs**, accessed 14 March 2008).

Sachs J (2005). *The end of poverty: how we can make it happen in our lifetime?* London, Penguin Books.

Saltman R, Busse R & Figueras J, eds. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, UK, Open University Press.

Sanders D (1985). *The struggle for health: medicine and the politics of underdevelopment*. London, Macmillan.

Sanders D et al. (2004). Making research matter: a civil society perspective on health research. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:757-763.

Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies (2005). *Making cash count: lessons from cash transfer schemes in east and southern Africa for supporting the most vulnerable children and households*. London: Save the Children UK, HelpAge International and Institute of Development Studies.

Schirnding YE (2002). Health and sustainable development: can we rise to the challenge? *Lancet*, 360:632-637.

Schneider A (2005). Aid and governance: doing good and doing better. *IDS Bulletin*, 36(3).

Schubert B (2005). *The pilot social cash transfer scheme, Kalomo District – Zambia*. Manchester, Insitute for Development Policy and Management/Chronic Poverty Research Centre (Chronic Poverty Research Centre Working Paper 52).

Schurmann A (2007). M*icrocredit, inclusion and exclusion in Bangladesh*. Background paper for the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Schweinhart L (2004). *The High/Scope Perry preschool study through age 40: summary, conclusions, and frequently asked questions*. Ypsilanti, High/Scope Educational Research Foundation.

Schweinhart LJ, Barnes HV & Weikart DP (1993). *Significant benefits: the High/Scope Perry preschool study through age 27*. Ypsilanti, High/Scope Press.

Scott-McDonald K (2002). Elements of quality in home visiting programmes: three Jamaican models. In: Young ME, ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, World Bank, pp. 233-253.

SEKN (2007). *Understanding and tackling social exclusion*. Final Report of the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Sen A (1999). *Development as freedom*. New York, Alfred A Knopf Inc.

Setel PW et al. (2007). A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 370:1569-77.

SEWA Bank (nd). SEWA Bank web page. Ahmedabad, Self-employed Women's Association (**http://www.sewa.org/services/bank.asp**, accessed 7 April 2008).

SEWA Social Security (nd). Childcare section of the SEWA Social Security web page. Ahmedabad, Self Employed Women's Association (**http://www.sewainsurance.org/childcare.htm#Childcare**, accessed 5 May 2008).

Shaw M (2004). Housing and public health. *Annual Review of Public Health*, 25:397-418.

Sheuya S, Howden-Chapman P & Patel S (2007). The design of housing and shelter programs: the social and environmental determinants of inequalities. *Journal of Urban Health*, 84:i98-i108.

Sibal B (2006). People's power in people's hands: the lesson we need to learn. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:521.

Siegel P, Alwang J & Canagarajah S (2001). *Viewing microinsurance as a social risk management instrument*. Washington, DC, World Bank (Social Protection Discussion Paper Series, no. 0116).

SIGN (2006). Newsletter of the Schoolfeeding Initiative Ghana-Netherlands, issue 1. Amsterdam, Schoolfeeding Initiative Ghana-Netherlands (**http://www.sign-schoolfeeding.org/_dynamic/downloads/Augustus_2006.doc**, accessed 30 April 2008).

Simmons R & Shiffman J (2006). Scaling up health service innovations: a framework for action. Chapter 2. In: Simmons R, Fajans P & Ghiron L, eds. Scaling up health services delivery: from pilot innovations to policies and programmes. Geneva, World Health Organization (**http://www.expandnet.net/volume.htm**, accessed 26 June 2007).

Smith L & Haddad L (2000). *Explaining child malnutrition in developing countries: a cross-country analysis*. Washington, DC, International Food Policy Research Institute (Research Report No.111).

Solar O & Irwin A (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Son M et al. (2002). Relation of occupational class and education with mortality in Korea. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:798-799.

Ståhl T et al., eds. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health and the European Observatory on Health Systems and Policies.

Standing Committee on Nutrition (nd,a). United Nations System Standing Committee on Nutrition website. Geneva, Standing Committee on Nutrition (**http://www.unsystem.org/SCN/Default**, accessed 4 May 2008)

Standing Committee on Nutrition (nd,b). *Strategic framework*. Geneva: Standing Committee on Nutrition Secretariat (**http://www.unsystem.org/SCN/Publications/SCN%20Strategic%20Framework%20130407.pdf**, accessed 8 May 2008)

Stansfeld S & Candy B (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:443-462.

Starfield B (2006). State of the art research on equity in health. *Journal of Health Politics Policy Law*, 31:11-32.

Starfield B, Shi L & Macinko J (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83:457-502.

Stern N (2006). *Stern review: the economics of climate change*. London, HM Treasury.

Stern N, Dethier J-J & Rogers H (2004). *Growth and empowerment: making development happen*. Cambridge, MA, MIT Press.

Stiglitz JE (2002). *Globalization and its discontents*. London, Penguin Books.

Stiglitz JE (2006). *Making globalization work*. New York, WW Norton.

Strazdins L, Shipley M & Broom DH (2007). What does family-friendly really mean? Well-being, time, and the quality of parents' jobs. *Australian Bulletin of Labour*, 33:202-225.

Svensson J (2000). Foreign aid and rent-seeking. *Journal of International Economics*, 51:437-461.

Swaminathan M (2006). *2006-7 Year of Agricultural Renewal*. 93rd Indian Science Congress, Hyderabad.

Szreter S (1988). The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850-1914: a re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1:1-37.

Szreter S (2002). Rethinking McKeown: the relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, 92:722-725.

Szreter S (2004). Health, economy, state and society in modern Britain: the long-run perspective. *Hygiea Internationalis*, 4:205-228 (special issue).

Szreter S (2007). The right of registration: development, identity registration, and social security-a historical perspective. *World Development*, 35:67-86.

Tajer D (2003). Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*, 93:2023-2027.

Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56:295-303.

Tanzi V (2001). Globalization and the work of fiscal termites. *Finance and Development*, 38.

Tanzi V (2002). Globalization and the future of social protection. *Scottish Journal of Political Economy*, 49:116-127.

Tanzi V (2004). Globalization and the need for fiscal reform in developing countries. *Journal of Policy Modeling*, 26:525-542.

Tanzi V (2005). Social protection in a globalizing world. *Rivista di Politica Economica*, 25-45.

Tax Justice Network (2005). *Briefing paper – the price of offshore*. Tax Justice Network, UK [online] (**http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/Price_of_Offshore.pdf**, accessed 27 February 2008).

The Age (2008). *Text of PM Rudd's 'sorry' address*. Melbourne, The Age (**http://www.theage.com.au/news/national/bfull-textb-pms-sorry-address/2008/02/12/1202760291188.html**, accessed 28 May 2008).

The Hindu (2008). *Lifeline for the rural poor*. Chennai, The Hindu (**http://www.hindu.com/2008/01/25/stories/2008012555601000.htm**, accessed 30 January 2008).

Thorson A, Long NH & Larsson LO (2007). Chest X-ray findings in relation to gender and symptoms: a study of patients with smear positive tuberculosis in Vietnam. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 39:33-37.

Tolstoy L (1877). *Anna Karenina*. London, Allen Lane/Penguin, 2000.

Townsend P (2007). *The right to social security and national development: lessons from OECD experience for low-income countries*. Geneva, International Labour Organization (**http://www.ilo.int/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1595sp1.pdf**, accessed 5 May 2008) (Issues in Social Protection, Discussion Paper 18).

Tudor Hart J (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1:405-12.

UIS (2008). *75 million children out of school, according to new UIS data*. Paris, United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (**http://www.uis.unesco.org/ev_en.php?ID=7194_201&ID2=DO_TOPIC**, accessed 20 May 2008).

UN (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948 (**http://www.un.org/Overview/rights.html**, accessed 28 May 2008).

UN (2000a). *General Comment No. 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. Geneva, United Nations Economic and Social Council (**http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En**, accessed 1 March 2008).

UN (2000b). *Millennium Development Goals*. New York, United Nations.

UN (2001). Africa's capacity to deliver is huge. *Africa Recovery* 15:12 (**http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no1/151aids3.htm**, accessed 16 May 2008).

UN (2005). Resolution 60/1 adopted at the World Summit 2005 (60th Session of the General Assembly of the UN). New York, United Nations.

UN (2006a). *General comment no. 7: implementing child rights in early childhood*. Geneva, United Nations Committee on the Rights of the Child (**http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf**, accessed 8 May 2008).

UN (2006b). The Status of Women in the United Nations System. United Nations Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women (**http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/Fact%20sheet%2028%20september.pdf**, accessed 21 February 2008).

UN Millennium Project (2005). *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. London, Earthscan.

UNCTAD (2004). *Economic development in Africa – debt sustainability: oasis or mirage*. New York and Geneva, United Nations.

UNCTAD (2006). *Trade and Development Report 2006: global partnership and national policies for development*. Geneva, United Nations Conference on Trade and Development.

UNDESA (2006). *World economic situation and prospects, 2006*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs.

UNDESA, *Population Division (2006)*. Population ageing 2006. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (**http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm**, accessed 5 May 2008).

UNDP (1998). *Human development report. Consumption for human development*. New York, United Nations Development Programme.

UNDP (1999). *Human development report. Gobalization with a human face*. New York, United Nations Development Programme.

UNDP (2007). *Fighting climate change: human solidarity in a divided world*. New York, United Nations Development Programme.

UNDP & Ministry of Planning and Development Cooperation (2005). *Iraq Living Conditions Survey 2004*. Volume I: tabulation report. Baghdad, Central Organisation for Statistics and Information Technology, Ministry of Planning and Development Cooperation.

UNESCO (2001). *Handbook on effective implementation of continuing education at the grassroots*. Bangkok, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Principal Regional Office for Asia and the Pacific.

UNESCO (2006a). *Water: a shared responsibility*. The United Nations World Water Development Report 2. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

UNESCO (2006b). *Strong foundations: early childhood*

care and education. EFA Global Monitoring Report 2007. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (**http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794E.pdf**, accessed 5 May 2008).

UNESCO (2007a). *Education for All by 2015: will we make it?* EFA Global Monitoring Report 2008. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

UNESCO (2007b). Literacy Initiative for Empowerment LIFE 2006-2015.Vision and strategy paper. Hamburg, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Institute for Lifelong Learning.

UN-HABITAT (2006). *State of the worlds' cities 2006/7. The millennium development goals and urban sustainability*. Nairobi, UN-HABITAT.

UN-HABITAT (2007a). UN-HABITAT website. Nairobi, UN-HABITAT (**http://www.unhabitat.org/**, accessed 10 Dec 2007).

UN-HABITAT (2007b). *The emerging global order: the city as a catalyst for stability and sustainability*. Address by Executive Director Anna Tibaijuka. Nairobi, UN-HABITAT (**http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=5389&catid=14&typeid=8&subMenuId=0**, accessed April 30, 2008).

UNHCR (2005). *Measuring protection by numbers*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.

UNHCR (2007). The United Nations Refugee Agency website. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (**http://www.unhcr.org**, accessed December 2007).

UNICEF (1997). *The role of men in the lives of children*. New York, United Nations Children's Fund.

UNICEF (2000). *The state of the world's children 2001*. New York, United Nations Children's Fund.

UNICEF (2001). *We the children: meeting the promises of the World Summit for Children*. New York, United Nations Children's Fund.

UNICEF (2004). *The state of the world's children 2005: childhood under threat*. New York, United Nations Children's Fund.

UNICEF (2005). *The 'rights' start to life 2005: a statistical analysis of birth registration*. New York, United Nations Children's Fund.

UNICEF (2006). *The state of the world's children 2007. Women and children: the double dividend of gender equality*. New York, United Nations Children's Fund.

UNICEF (2007a). *Progress for children: a world fit for children*. New York, United Nations Children's Fund (Statistical Review, Number 7).

UNICEF (2007b). *Can the Kenyan State put the 300,000 most vulnerable children in the country on a cash transfer programme by the end of 2010?* New York, United Nations Children's Fund.

UNICEF (2007c). *The state of the world's children 2008: child survival*. New York, United Nations Children's Fund.

UNICEF (nd,a). *Child protection information sheets*. New York, UNICEF.

UNICEF (nd,b). Life skills website. New York, UNICEF (**http://www.unicef.org/lifeskills**, accessed 1 May 2008).

UNICEF (nd,c) *Life skills: a special case for HIV/AIDS preventions*. New York, UNICEF (**http://www.unicef.org/lifeskills/index_7323.html**, accessed 1 May 2008).

UNICEF (nd,d). *Child friendly schools*. New York, UNICEF. (**http://www.unicef.org/lifeskills/index_7260.html**, accessed 20 March 2008) and *Fact Sheet: The CRC@ 18: its impact on a generation of children*. New York, UNICEF. (**http://www.unicef.org/media/files/Fact_Sheet.doc**, accessed 20 March 2008).

US Social Security Administration (2004). Social security is important to women. Fact Sheet. Baltimore, MD, Press Office of the Social Security Administration (**http://ssa.gov/pressoffice/factsheets/women.htm**, accessed 5 May 2008).

Vågerö D (1995). Health inequalities as policy issues – reflections on ethics, policy and public health. *Sociology of Health & Illness*, 17:1-19.

Van Ginneken W (2003). *Extending social security: Policies for developing countries*. Geneva, International Labour Organization (ESS Paper No. 13).

Vega J & Irwin A (2004). Tackling health inequalities: new approaches in public policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:482-483.

Vega-Romero R & Torres-Tovar M (2007). *The role of civil society in building an equitable health system*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Victora CG et al. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, 356:1093-1098.

Victora CG et al. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*, 371:340-357.

Villaveces A et al. (2000). Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in 2 Colombian cities. *JAMA*, 283:1205-1209.

Vincent I (1999). Collaboration and integrated services in the NSW public sector. *Australian Journal of Public Administration*, 58:50-54.

Vlahov D et al. (2007). Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 84;i16-i26.

Voas RB et al. (2006). A partial ban on sales to reduce high-risk drinking south of the border: seven years later. *Journal of Studies of Alcohol*, 67:746-753.

Wagstaff A (2003). Child health on a dollar a day: some tentative cross-country comparisons. *Social Science and Medicine*, 57:1529-1538.

Wagstaff A (2007). Social health insurance reexamined. Washington, DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper 4111).

Wagstaff A et al., (1999). Redistributive effect, progressivity and differential tax treatment: personal income taxes in twelve OECD countries. *Journal of Public Economics* 72:25.

Waring M (1988). *If women counted: a new feminist economics*. San Fransisco, HarperCollins.

Waring M (1999). *Counting for nothing: what men value and what women are worth*. Toronto: University of Toronto Press.

Waring M (2003). Counting for something! Recognizing

women's contribution to the global economy through alternative accounting systems. *Gender and Development*, 11:35-43.

Watts S et al. (2007). *Social determinants of health in countries in conflict and crises: the eastern Mediterranean perspective*. Background paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

WGEKN (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient – gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization.

WHO (2002a). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2002b). *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life.* Geneva, World Health Organization.

WHO (2005a). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence – initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2005b). *World health report 2005: make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2005c). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2005d). *Bangkok Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2005e). *The Health and Environment Linkages Initiative*. Geneva, World Health Organization (**http://www.who.int/heli/risks/risksmaps/en/index5.html**, accessed May 2008).

WHO (2006). *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2007a). *Medium-term Strategic Plan 2008-2013*. Geneva, World Health Organization (**http://www.who.int/gb/e/e_amtsp.html**, accessed 14 February 2008).

WHO (2007b). *Women's health and human rights: monitoring the implementation of CEDAW*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2007c). *World health statistics*. Geneva, World Health Organization. (**http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf**, accessed 28 March 2008).

WHO (2007d). *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2007e). *Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2008a). Monitoring of health-related Millennium Development Goals. EB 122/33. Executive Board, 122nd session, 22 January 2008. Agenda Item 4.14,.

WHO (2008b). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2008c). *Preventing violence and reducing its impact: how development agencies and governments can help*. Geneva, World Health Organization.

WHO (nd,a). *Cardiovascular diseases: what are cardiovascular diseases?* Geneva, World Health Organization. (**http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html**, accessed 17 March 2008) (Factsheet No 317).

WHO (nd,b). *Management of substance abuse: alcohol*. Geneva, World Health Organization (**http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/index.html**, accessed 15 March 2008).

WHO (nd,c). *Quick diabetes facts*. Geneva, World Health Organization (**http://www.who.int/diabetes/en/**, accessed 17 March 2008).

WHO (nd,d). *Child and adolescent health and development*. Geneva, World Health Organization (**http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm**, accessed 4 May 2008).

WHO & PHAC (2007). Improving health equity through intersectoral action. Geneva, World Health Organization and Public Health Agency of Canada Collaborative Project.

WHO & UNICEF (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva, World Health Organization. (**http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf**, accessed 28 May 2008).

WHO et al. (2007). *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Geneva, World Health Organization. (**http://www.who/reproductive-health/publications/maternal mortality 2005/mme 2005.pdf**, accessed 16 July 2008).

WHO Healthy Cities (nd). Healthy Cities website. Copenhagen, World Health Organization (**http://www.euro.who.int/healthycities**, accessed April 10, 2008).

Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London, Routledge.

Williams K & Borins EF (1993). Gender bias in a peer-reviewed medical journal. *Journal of the American Medical Women's Association*, 48:160-162.

Wilthagen T, Tros F & van Lieshot H (2003). *Towards 'flexicurity': balancing flexicurity and security in EU member states*. Invited paper for the 113th World Congress of the International Industrial Relations Association, Berlin.

Wirth M et al. (2006). *Monitoring health equity in the MDGs: a practical guide*. New York; CIESIN and UNICEF.

Wismar M et al. (2007). *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.

Women and Work Commission (2006). *Shaping a fairer future*. London, Government Equalities Office (**http://www.equalities.gov.uk/publications/wwc_shaping_fairer_future06.pdf**, accessed 30 April 2008).

Wood A (2006). *IMF macroeconomic policies and health sector budgets*. Amsterdam: Wemos Foundation.

Woodward D (2005). The GATS and trade in health services: implications for health care in developing countries. *Review of International Political Economy*, 12:511-534.

Woodward D & Simms A (2006a). *Growth isn't working: the unbalanced distribution of benefits and costs from economic growth*. London, New Economics Foundation (**http://**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Acronymes

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

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

LISTE DES ENCADRES, DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Encadrés

Encadré 3.1 : Inégalités et peuples autochtones – Effets conjugués des politiques

Encadré 3.2: Rendement de l'investissement dans la santé, au canada

Encadré 5.1: Exemple de mécanisme interinstitutions- Le Comité permanent de la nutrition (CPN) du système des Nations Unies

Encadré 5.2: Encourager la lecture à haute voix aux Etats-Unis

Encadré 5.3: Une approche globale pour aborder les défis du développement du jeune enfant en Jamaïque

Encadré 5.4: Commencer les interventions avant la conception – Les services intégrés de développement de l'enfant (ICDS) en Inde

Encadré 5.5: Atteindre les communautés marginalisées aux Philippines

Encadré 5.6: Services universels de développement de l'enfant à Cuba

Encadré 5.7: S'appuyer sur des programmes et des services existants pour le développement du jeune enfant

Encadré 5.8: Elaboration du programme de développement du jeune enfant axé sur la structure des villages dans la République démocratique populaire du Laos

Encadré 5.9: Les objectifs de l'éducation pour tous de l'Unesco

Encadré 5.10: Approches nationales de l'éducation préscolaire

Encadré 5.11: Ecoles amies des enfants

Encadré 5.12: Au Kenya – Suppression des frais de scolarité

Encadré 5.13: Nécessité d'une éducation de qualité en Afrique subsaharienne

Encadré 6.1: Amélioration des conditions de vie et sécurité d'occupation des terres en Thaïlande

Encadré 6.2: Programme de dégrèvement fiscal en Californie

Encadré 6.3: Côte sud de l'Angleterre : un essai randomisé d'amélioration et d'assainissement des logements

Encadré 6.4: Assainissement des taudis en Inde

Encadré 6.5: Amélioration à travers toute la ville en Tanzanie

Encadré 6.6: Le projet London congestion charge (péage urbain de Londres)

Encadré 6.7: Healthy by design (salubre de par sa conception) à Melbourne en Australie : un outil de planification innovateur pour le développement d'environnements sûrs, accessibles et attrayants

Encadré 6.8: Le Forum de sécurité alimentaire, d'agriculture et d'animaux d'élevage de Nairobi et de ses alentours (NEFSALF)

Encadré 6.9: Mobilisation de la communauté contre la violence au Brésil

Encadré 6.10: Agriculture durable en Inde

Encadré 6.11: Le comité du Bangladesh pour le développement rural (Bangladesh rural advancement committee - BRAC) et les microcrédits

Encadré 6.12: Services de santé ruraux en Thaïlande

Encadré 7.1: Travail et santé chez les paysans sans terre et les petits agriculteurs du Brésil

Encadré 7.2: Népal – Travail des enfants

Encadré 7.3: Programme national indien de garantie de l'emploi en zones rurales

Encadré 7.4: Salaire de base pour une vie saine

Encadré 7.5: Flexicurité et apprentissage tout au long de la vie au Danemark

Encadré 7.6: Renforcement du contrôle gouvernemental de la sous-traitance

Encadré 7.7: Fair-wear – Action des travailleurs et de la société civile

Encadré 7.8: Action à l'échelle nationale pour résoudre les problèmes liés au stress professionnel

Encadré 8.1: Renforcement des systèmes de protection sociale en cas de crise économique – Le cas de la République de Corée

Encadré 8.2: Stratégie nationale pour l'éradication de la pauvreté infantile au Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord

Encadré 8.3: Pension sociale universelle – Bolivie

Encadré 8.4: Promotion de la responsabilisation vis-à-vis des personnes âgées et allocation de pensions – Bangladesh

Encadré 8.5: Revenu minimum pour une vie saine

Encadré 8.6: Oportunidades – Transfert en espèces soumis à des conditions

Encadré 8.7: Système de pension sociale universelle au Lesotho

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

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

Encadré 16.10: Le pouvoir des données qualitatives dans la compréhension des déterminants sociaux de la santé

Encadré 16.11: Intégration de la sexospécificité dans le programme des études de médecine

Encadré 16.12: Renforcement des capacités concernant le développement du jeune enfant – Université virtuelle pour le développement de la petite enfance (ECDVU)

Encadré 16.13: Faibles connaissances de base en santé – Un problème dans les pays riches aussi

Encadré 16.14: Evaluation d'impact sur l'équité en santé

Encadré 16.15: Renforcement des capacités pour l'évaluation d'impact sur l'équité en santé

Encadré 17.1: Objectif stratégique (OS) numéro 7 de l'Organisation mondiale de la Santé et résultats correspondants escomptés à l'échelle de l'organisation

Figures

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

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

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

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

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

Fig. 3.1: La courbe de Preston en 2000.

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

Fig. 4.1: Cadre conceptuel de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé.

Fig. 5.1: Les effets de l'association d'un supplément nutritionnel et d'une stimulation psychosociale sur les enfants avec un arrêt de développement, au cours d'une enquête de 2 ans en Jamaïque.

Fig. 6.1: Décès dus au changement climatique.

Fig. 6.2: Variations des pourcentages de décès suite aux accidents de la route depuis 1987.

Fig. 7.1: Nombre de décès suite à l'exposition sur le lieu de travail à des substances dangereuses dans différents pays et régions.

Fig. 7.2: Variation régionale du pourcentage de la population active vivant avec 2 $US par jour ou moins

Fig. 7.3: Statut de l'emploi en pourcentage par rapport à l'emploi total dans toutes les régions en 2007.

Fig. 7.4: Aide au développement pour la santé 1973-2004, moyenne mobile sur 5 ans, engagement.

Fig. 7.5: Inégalités entre les sexes dans les conditions de travail.

Fig. 8.1: Mauvaise perception de la santé chez les plus de 50 ans et accumulation des facteurs de risques socio-économiques tout au long de l'existence chez les hommes et femmes russes en 2002.

Fig. 8.2: Taux de pauvreté relative dans trois «catégories de risque social» dans 11 pays, vers 2000.

Fig. 8.3: Générosité de la politique familiale et pauvreté de l'enfant dans 20 pays, vers 2000.

Fig. 9.1: Espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS) et dépenses du secteur privé en pourcentage par rapport au total des dépenses de santé en 2000.

Fig. 9.2: Services effectifs de la couverture universelle.

Fig. 9.3: Extension des prestations aux pauvres grâce au plan de couverture universelle.

Fig. 11.1: Proportion des recettes douanières par rapport au revenu total par région, 1980-1998.

Fig. 11.2: Versements de l'aide officielle au développement pour la santé dans certains pays.

Fig. 11.3: Changements dans les dépenses allouées dans le cadre du Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR), 2004-2006.

Fig. 11.4: Taxation en Asie de l'Est et en Afrique sub-saharienne, 1970–79, 1980–89, 1990–99

Fig. 11.5: Aide au développement pour la santé 1973–2004, moyenne mobile sur 5 ans, engagements.

Fig. 11.6: Montant total de la dette extérieure des pays pauvres très endettés, 1970–2004 (milliards de dollars).

Fig. 12.1: Consommation de repas-minute (1995 et 1999) dans une sélection de pays.

Fig. 12.2: L'eau de Johannesburg – courbe convexe des tarifs et courbe concave de système idéal de tarification.

Fig. 13.1: Niveau des salaires des femmes comparé à celui des hommes dans certaines régions sélectionnées.

Fig. 13.2: Proportion des femmes qui prennent les

décisions concernant leurs propres soins de santé, années 2001-2005.

Fig. 14.1: Taux nets de fréquentation des écoles secondaires chez les garçons et les filles.

Fig. 14.2: Mortalité ajustée sur l'âge chez les hommes et les femmes en République de Corée selon le niveau d'instruction, 1993-1997.

Fig. 14.3: Taux de vaccination complète chez les quintiles de population, le plus pauvre et le plus riche (moyennes régionales).

Fig. 14.4: Taux de suicide chez les jeunes des Premières nations, selon les facteurs de continuité culturelle.

Fig. 15.1: Espérance de vie à la naissance (en années) par région, 1950-2005.

Fig. 15.2: Conditions de santé publique prioritaires – Trajectoires causales pour l'action dans le domaine de la santé.

Fig. 16.1: Tendance de la mesure de dispersion de la mortalité relative à l'espérance de vie à la naissance, 1950-2000.

Fig. 17.1: Casser la noisette de l'équité en santé.

Tableaux

Tableau 2.1: L'espérance de vie masculine, les inégalités entre les pays et en leur sein, sélection de pays.

Tableau 3.1: Augmentation des inégalités des revenus entre les pays.

Tableau 6.1: Ménages dans les zones urbaines et les bidonvilles, vers 2003.

Tableau 8.1: Pensions sociales dans les pays à revenu faible et moyen.

Tableau 9.1: Santé mentale – déterminants et interventions.

Tableau 16.1: Naissances non enregistrées (en milliers) en 2003 par région et par niveau de développement.

Tableau 17.1: Jalons vers l'équité en santé

Index

A

accidents de la route 62
Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle (ADPIC) 137, 138, 164, 165
Accord général sur le commerce des services (AGCS ou GATS) 136-137, 138
Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (AGTDC ou GATT) 142
accords commerciaux 12
développer des accords commerciaux préférentiels 123
évaluation d'impact sur l'équité en santé 135-136
flexibilité 136-137
inégalités en santé 167-168
négociations mondiales inéquitables 132
pratiques équitables en matière d'emploi 76
représentation de la santé publique 137-138
accords économiques 12
évaluation d'impact sur l'équité en santé 135-136
négociations mondiales inéquitables 132
recommandations 205
représentation de la santé publique 137-138
voir aussi accords commerciaux
acronymes 225–226
action (sur les déterminants sociaux de la santé)
acteurs 22–23, 44–46
champs d'action principaux 2, 26–27, 43–44
durable 194–198
évaluation d'impact 20–21, 44, 206
intersectorielle voir intersectorielle, action
soutien financier 116
action intersectorielle (AIS) 10, 110, 160
adaptation au contexte 112-114
besoins de formation 116, 189
dans le secteur de la santé 116
engagement de la communauté 117, 118, 119
financement 114, 130, 131
obésité 110, 111
renforcement institutionnel 116-118
activité physique 62, 66, 67-68
Afghanistan 154
Afrique du Sud
approvisionnement en eau 14, 138, 139
équité entre les sexes 149
médicaments contre le SIDA 164, 165
perception des impôts 124
surveillance 180, 183
agences/institutions internationales 73
emploi équitable/travail décent 76
fuite des cerveaux des ressources humaines du secteur de la santé 105
incidences des recommandations 202-203, 205
intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes 148-149
services de santé sexuelle et génésique 153-154
Agents de santé de village 34
agriculteurs, petits 77
agriculture
changement climatique et 62
développement et soutien 69–70
durable 69
petits agriculteurs 77
protéger les moyens de subsistance 140, 141
aide 12, 121–122
liée à la santé voir développement pour la santé,
aide personnels/travailleurs de la santé 105
cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé 126-129
croissance économique et 126
déboursement des aides promises 121-122,126
flux internationaux 38
protection sociale 91-92
recommandations 204
renforcement de la cohérence 127-129
volatilité 122
voir aussi donateurs
aide publique au développement (APD) 120, 121-122, 126
aide sociale voir protection sociale
« ajustement structurel » 166-1667
alcool 30, 62
aspects de l'urbanisme 66, 68
marchés 134–135

réglementation 142, 143
alimentation
accès à une alimentation saine 68
cohérence des politiques 110
marchés 134-135
réglementation du marché 140, 141
repas-minute 134-135
sécurité 68, 70
alimentation saine, promotion d'une 66, 67-68
allaitement 50
Alliance Mondiale de l'équité sociale (GEGA) 130, 183
Alma Ata, déclaration de, (1978) 28,33
alphabétisation
femmes 145, 151
santé 189
stimulation précoce 53
Angleterre voir Royaume-Uni
approche des 'Cadres sains' 63
approche interinstitutions, développement du jeune enfant 52
approche Start du programme FRESH 58
approche STEPwise ,OMS 114
Arabie Saoudite 141
Argent
flux entre les pays 36, 38
répartition inéquitable 10-19, 44, 109, 204-205
voir aussi financement
Argentine 133, 195
ascendantes, approches 162-165
asile, demandeurs d' 86-87
Association indienne des femmes indépendantes (SEWA) 92, 153, 162-163
assurance-maladie 100-103, 116
évaluation 186
privée, réglementation de l' 139
sociale 102, 103
assurance-maladie sociale 102, 103
Australie 195
évaluation d'impact sur l'équité en santé 190
cohérence politique 112
conception et aménagement urbains 67
interventions en milieu scolaire 58
peuples autochtones 160
social inclusion initiative 160–161
autonomie 159–160

B

Bangladesh
alphabétisation des femmes 151
Comité du Bangladesh pour le développement rural (BRAC) 70
industrie textile 140
participation communautaire 164
pensions sociales 89
projet soins de santé primaires sur le plan urbain 97
Banque Mondiale
allègement de la dette 129
besoin de changement 169, 170
emploi équitable 76
systèmes d'enregistrement civil 180
Barrio Adentro,Venezuela 163
Baum, Frances 207
Bégin, Monique 207
Bénin 82
Berlinguer Giovanni 207
bidonvilles 35, 60
assainissement 64–65, 66
définition 60
proportion des habitants des 60, 61
biens publics 120
mondiaux 124, 170
biens publics mondiaux 124, 170
bilan commun de pays 185
billets d'avion, taxes sur les 124
boissons non alcoolisées 141
Bolivie 89, 124, 133, 159
Bourguignon F. 120
Brésil 195
gouvernance participative 162
lutte contre la criminalité et la violence 68, 69
Mouvement des paysans sans terre (MST) 77
plan national pour l'alimentation et la nutrition (PNAN) 113-114
programme de santé familiale (PSF) 99, 100
réglementation du marché de l'alimentation 141
budget, établissement de
évaluation d'impact sur l'équité en santé 190-191
initiatives en faveur de l'équité en santé 147
participative 162
voir aussi financement
bureau britannique pour la santé et la sécurité 83

C

cadre conceptuel de la Commission 42-43
cadre de dépenses à moyen terme (MTEF) 105

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

D

Danemark 79
Deaton, Angus 37
décès, systèmes d'enregistrement des 178, 179–180
Déclaration sur les peuples autochtones 159–160
Déclaration Universelle des droits de l'homme 84, 173
défavorisés socialement
  dans les pays riches 31–32
  développement du jeune enfant, interventions 54–55
  enseignement préscolaire 57, 58
  transmission de génération en génération 50
dénutrition/malnutrition 68
déplacés voir réfugiés et déplacés
dépression 62-63
Dervis, K 166
déterminants sociaux de la santé 1, 26
dettes 120, 122–123
  allègement 105, 123, 125, 129
  approche basée sur le principe du revenu net possible 129
  remboursement 36, 38
  responsabilité 129
  tendances 129, 130
développement des compétences 116-117, 152
développement du jeune enfant (DJE) 3-4, 50-59
  approche globale 56, 57
  approche pour toute la vie 54
  bienfaits de l'investissement en matière de 51
  cadre stratégique intégré 52-53
  changer la mentalité 51-52
  couverture universelle 55
  données probantes pour l'action 3
  engagement de la communauté 56, 57
  priorité aux défavorisés socialement 54-55
  promotion de l'équité entre les sexes 56
  recommandations 4, 202
  renforcement des compétences 189
  utilisation de programmes/services de santé existants 56
  voir aussi éducation
développement pour la santé, aide au (ADS) 120, 122–123, 126, 127
développement, aide publique au (APD) 120, 121-122, 126
  voir aussi aide
Diabète 30
dirigeants mondiaux 194
discrimination sexuelle
  législation 147–148
  voir aussi équité entre les sexes
dispersion de la mortalité, mesure de la 19, 184
document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) 52, 69, 105, 128-129, 185
donateurs 12
  cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé 126-129
  déboursement des aides promises 121-122, 126
  incidences des recommandations 203, 204
  plan de protection sociale 87, 89, 90, 91-92
  soins de santé 103, 105
  soins de santé universels 96
  soutenir l'imposition progressive 123
données probantes
  besoin de 178-179
  collaboration internationale 187
  collecte des 42
  élargissement de la définition de 186-187
  évaluation des 43
  qualitatives 187
  sources 42
  voir aussi recherche
données qualitatives 187
droits 158-159
  enfants 52, 178
  femmes 153–154
  identité civique légale 158, 159
  peuples autochtones 159–160
  santé 158, 165, 173, 174
droits de l'homme voir droits
droits fonciers 69

E

Eau
  accès équitable 14, 138, 139
  inégalité d'accès 35, 133
  privatisation 133
écoles 51
  amies des enfants 58
  promotion de la fréquentation des 58–59
  voir aussi éducation
économie informelle 81, 82
économie, besoin d'une économie plus équitable 35
éducation 50, 56-59
  des plus âgés 30
  déterminants sociaux de la santé 188-191, 206

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

esclavage 74
Espagne 5
espérance de vie
dépenses du secteur privé 94, 95
gradient social 32
niveau d'instruction 33
espérance de vie à la naissance (EVN) 26, 167
changements dans le temps 32-33
cible proposée 197
disparités au sein des pays 30
mesure de dispersion de la mortalité 19, 184
revenu national et 37
systèmes de protection sociale 85
essais contrôlés randomisés 42, 179
Etats-Unis
développement du jeune enfant, interventions 53, 58
logement 64, 65
mouvement antisweatshop 82
réglementation portant sur les boissons non alcoolisées 141
soins de santé 94
taux de pauvreté 38, 85
évasion fiscale 124, 127
exclusion sociale 171, 172
exercice voir activité physique
existence, approche tout au long de l'
développement du jeune enfant 54
protection sociale 84-92
Externalisation 81, 82

F

Facilité internationale de financement pour la vaccination (FIFV) 127, 128
facteurs politiques, santé bonne et équitable 33
facteurs structurels 26, 36, 109
comme cible pour l'action 42
femmes 16-17
mesure des contributions économiques 150
mouvements 149, 150
âgées 86
droits 153-154
droits légaux 147, 148
égalité de rémunération garantie par la loi 152, 205
égalité des possibilités d'emploi 152–153
émancipation 151, 154, 162–163
émancipation politique 159
engagement dans la recherche 187
enseignement et formation 151–152, 205
protection sociale 91, 152
services de santé sexuelle et génésique 153-154
travailleurs 140
travailleurs/personnels de santé 104
veuves 86
violence à l'encontre des 145, 147, 153
voir aussi équité entre les sexes ; filles
filles 16-17
enseignement 59, 151-152, 205
garde de frères et de sœurs plus jeunes 56, 153
voir aussi femmes
Financement 12-13, 120-130
action intersectorielle 114, 130, 131
action sur les déterminants sociaux de la santé 116
aide et allègement de la dette 121-123
croissance économique et 120, 121
données probantes pour l'action 12
équitable 123-130, 131
participation à l'élaboration des politiques 162
publique, importance 120-121
recommandations 13, 204
revenus domestiques 121
soins de santé 100–103, 104
voir aussi aide ; budget ; argent
« flexicurité », système de, Danemark 79
Foege, William H. 207
Fondation Gates 174
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) 51, 52, 58
recommandations 202
systèmes d'enregistrement civil 180
Fonds monétaire international (FMI)
besoin de changement 169, 170
emploi équitable et 76
financement des soins de santé 105, 128, 129
Formation 20-21, 179, 188-191
autres praticiens et acteurs politiques 116, 189
évaluation d'impact sur l'équité en santé 190
femmes 151-152, 205
personnels médicaux et de la santé 188
pour le travail 79
recommandations 21, 206
voir aussi éducation
formation professionnelle 79
Forum de sécurité alimentaire, d'agriculture et d'animaux de Nairobi et de ses alentours (NEFSALF) 68
fuite des capitaux 124, 127

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

G

Ganokendras, Bangladesh 151
Ghana 70, 82, 101, 124
Gouvernance
  mondiale voir gouvernance mondiale
  participation équitable 160-162, 163
gouvernance financière mondiale 168-169
gouvernance mondiale 19, 166-174
  actions en faveur d'une bonne 170-174
  besoin de changement 169-170
  besoin renouvelé 168-169
  champions de 173
  recommandations 19, 205
gouvernement local
  action intersectorielle, implication dans l' 118, 119
  améliorer les conditions de logement 64-65
  conception et aménagement urbains 66-68
  développement rural 69-71
  gouvernance participative au niveau local 63
  incidences des recommandations 22, 45, 202, 204, 205
  participation équitable 160
  politique des transports 66
  répartition équitable des budgets 130
gouvernements (nationaux)
  amélioration de l'équité en santé 111
  amélioration des conditions de logement 64-65
  développement rural 69-71
  émancipation politique 159, 160
  évaluation d'impact sur l'équité en santé 190-191
  gouvernance participative urbaine 63
  incidences des recommandations 22, 45, 202-206
  intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes 148-149
  législation en faveur de l'équité entre les sexes 147-148
  plans de protection sociale 87, 90, 91
  politique des transports 66
  politique des, voir politiques
  pratiques en matière d'emploi et de conditions de travail 78, 81
  reddition de comptes publics en matière de soins de santé 97
  régulation des marchés 138-142
  répartition équitable des budgets 130
  services de santé sexuelle et reproductive 153-154
  soins de santé 96, 103, 105
  systèmes de surveillance de l'équité en santé 180-181
  contribution des femmes dans les comptes nationaux 150
  développement du jeune enfant et 50-51, 202
  systèmes d'enregistrement civil 179-180
gradient social de la santé 30, 31-32
  changement avec le temps 32–33
  dans les pays riches 31–32
gradient social voir gradient social de la santé
Grèce 32
groupes de travail, proposés 172-173
Guo,Yan 207

H

handicapés 97
  protection sociale 86, 88
  zones rurales 66
harcèlement sexuel, lieu de travail 153
hébergement 64-65
hommes, changement des attitudes 148, 149
Hunt, Paul 173, 174

I

identité civique légale 158, 159
impact sanitaire, évaluation de l',(EIS) 115, 136
impact sur l'équité en santé, évaluation d' 114-115
  accords économiques 135-136
  recommandations 206
  renforcement des capacités 190-191
Inde 197
  action intersectorielle 117
  assainissement des taudis 65
  coûts du tabagisme 134
  développement du jeune enfant, interventions 55
  émancipation des femmes 159
  programme de garantie de l'emploi en zones rurales 78
  programmes de développement rural 69-70
  services de garde d'enfants 153
  surveillance de l'équité en santé 183
  système de sécurité sociale 92
Indicateurs 171-172
  de développement 181
Indonésie 82, 119, 154, 197
industrie textile 82, 140
inégalité en santé mondiale 167-168
inégalités en santé 1, 26, 29-34

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

J

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

K

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

L

Lagos Escobar, Ricardo 207
Laos, République démocratique populaire du 56, 57
Lee, Jong Wook 27
législation
émancipation politique 158-160
équité en santé 147-148
« les affaires sont les affaires », au-delà de la mentalité 27-28
Lesotho, pensions sociales 89, 92
Lewis, Stephen 173
Logement 64-65, 66, 202
loi des soins inversés 95
London Development Agency 68
Londres
péage urbain 67
plan de participation statutaire 161
stratégie pour la santé 115

M

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

migrants
internationaux 80, 86-87
internes 71
voir aussi réfugiés et déplacés
migration
gouvernance mondiale 169
mondiale 168
travailleurs/personnels de santé 35, 105, 106
milieu de vie 4, 60-71
inégalités en santé 60-63
interventions pour l'amélioration du
voir aussi zones rurales, zones urbaines
militaires, dépenses 36
Millenium Villages Project 70
ministères de l'Education 188, 206
ministères de la Santé 116-118, 188, 204
ministre de la Santé 116
minorité ethnique, groupes de 30
Mocumbi, Pascoal 207
modèle de Tanahashi, soins de santé 99
mondialisation 14-15, 19, 27
effets inégaux 132
imposition et 124-126
pauvreté et 167
possibilités et menaces 166-167
protection sociale et 86-87
Mongella, G 145
mortalité des adultes, taux de 31, 197
mortalité des moins de 5 ans, taux de, voir aussi enfants de moins de 5 ans
mortalité infantile, taux de 29, 85, 86
mortalité maternelle 30, 154, 197
mortalité, taux de
cibles proposées 197-198
inégalités 29, 30, 31, 32
voir aussi mortalité des adultes; enfants de moins de 5 ans; mortalité infantile; mortalité maternelle
mouvement de santé communautaire 34
mouvement des soins de santé primaires pour la communauté 34
Mouvement Gerbangmas, Indonésie 119
mouvement mondial en vue du changement 27
mouvement pour la santé des peuples 34, 165
Mouvement Villes-santé 63, 111, 186, 196
mouvements féministes 149, 150
mouvements sociaux 165
Mozambique 113, 183, 195
multinationales
conditions d'emploi et de travail 73, 80
influences du marché 133, 134-135
taxation 123, 125, 127
mutilation génitale féminine 148, 149
naissances, systèmes d'enregistrement des 20, 178, 179-180, 206

N

Nations Unies (ONU)
Comité permanent de la nutrition (CPN) 52
cadre de l'action unifiée 173
Département des affaires économiques et sociales 136
développement du jeune enfant et 51-52
réforme 169
surveillance de l'équité en santé 185
Ndiaye, Ndioro 207
Népal 77, 125, 197
Ngilu, Charity Kaluki 207
Niger 59
normes sociétales, changement des 148, 149
Norvège 153, 195
Nouvelle Zélande 115, 195
nutrition
avant la conception 54, 55
petite enfance 3, 50, 52, 53-54, 55
transition de 62

O

Obésité 35, 62, 110, 111
Objectifs du Millénaire pour le développement 28, 34, 171-172
cible de santé génésique 154
cibles de l'équité en santé et 196-197
équité entre les sexes 151
objectifs en matière d'emploi et de travail 78
soins de santé universels et 8
objectifs, équité en santé 196-198
Observation générale du droit à la santé 34
Oman 141
ONU-HABITAT 60, 64-65, 172, 202
opérations en devises, taxes sur 124-126
Opportunidades 89, 90-91
Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) 51, 133, 136, 141
Organisation fiscale internationale, proposée 125-126
Organisation internationale du Travail (OIT)
équité entre les sexes 152, 153
normes de travail 80

protection sociale 89, 172
rôle du marché 136, 139
Organisation Mondiale de la Santé 1, 27, 28
approche STEPwise 114
bonne gouvernance mondiale 170, 171, 172–173, 174
changements institutionnels 174, 175
cibles en vue de l'équité en santé proposées 197–198
Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT) 142
déclaration d'Alma Ata (1978) 28, 33
définition de la santé 33
développement du jeune enfant, rôle du 51–52
évaluation d'impact sur l'équité en santé 135
incidences des recommandations 22, 44–45, 202, 204, 205, 206
interventions pour une urbanisation saine172
mise en œuvre de l'action 194–195
outil de diagnostic et manuel d'accompagnement sur le commerce et la santé 135
plan stratégique à moyen terme pour 2008-2013 (PSMT) 194,195
programmes Safe Communities 68
recherche sur l'intervention 186
renforcement des capacités 191
rôle de tutelle 181, 184, 191
soutien aux ministères de la Santé 117-118
Stratégie pour l'alimentation et l'activité physique 118
systèmes de surveillance de l'équité en santé 181, 184–185
Organisation Mondiale du Commerce (OMC) 76, 133, 137, 138, 141, 165
Organisation Panaméricaine de la santé (OPS) 172
organisations non gouvernementales (ONG)
s'entraîner pour travailler 79
surveillance communautaire 183
organismes multilatéraux
besoin de changement 169-170
cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé 126-129
évaluation d'impact sur l'équité en santé 135-136
incidences des recommandations 22, 44, 204, 205
propositions pour une bonne gouvernance mondiale 171-174
soutenir l'imposition progressive 123
Ouganda 59, 103, 125, 160

P

paiements directs par l'usager, soins de santé 103
paiements directs, soins de santé 103, 104
Pakistan 138, 148
partage des frais 131
participation communautaire
amélioration des conditions de vie urbaine 64
effet d'autonomisation 162-164
élaboration des politiques 160-162
modèle de soins de santé primaires (SSP) 96-97
soutien financier 162
participation économique, équité entre les sexes 152-153
participation sociale 18, 158-165, 205
parties prenantes, influence des 144
Pauvreté 35
dans les pays à revenu élevé 38, 85
dépenses de santé catastrophiques causant la 95
effets sur le cours de la vie 84
enfant 7, 88
flux financiers pour réduire la 120, 121
mondialisation et 167
nationale 157
répartition des revenus et 38
travailleurs 73
pays à revenu élevé
aide au développement 120
facteurs structurels des inégalités en santé 36
faibles connaissances de base en santé 189
gradient social de la santé 31-32
inégalité des conditions sanitaires 30
revenus intérieurs 121
systèmes de protection sociale 85
taux de pauvreté 38, 85
pays à revenu faible
action intersectorielle (AIS) 110
ayant une bonne santé 33
emploi équitable/travail décent 78, 80, 81
facteurs structurels 36
financement des services publics 12, 120, 121, 124
gradient social de la santé 31
inégalité dans les conditions sanitaires 30
négociations commerciales, capacité de 132
obstacles à l'éducation 58-59
personnes âgées 86, 88, 89
protection sociale 87, 88, 89, 90, 91-92, 93
soins de santé 99, 101
pays à revenu moyen
action intersectorielle 110
allègement de la dette 129

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

R

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

S

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

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

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

T

tabac
comme source de financement 116
coûts liés à la santé 134
décès liés au 30
marchés 134–135
réglementation 142
tabagisme 30, 134
voir aussi tabac
Tanzanie, République-Unie de 10, 66, 125, 183
taux d'homicide 69
taxation/imposition 12
directe et indirecte 124, 126
financement de la protection sociale 91–92
financement des soins de santé 100–103
mondialisation et 124–126
progressive 123–124
recommandations 13, 204
renforcement des systèmes 123–124, 125, 127
tabac et alcool 142, 143
taxes sanitaires spéciales 124
taxe sur le marché de devises pour le développement 125-126
taxe Tobin 124-125
Tchad 125
termites fiscales 127
Thaïlande 195
assainissement des taudis 64
évaluation d'impact sur l'équité en santé 136
promotion d'une alimentation saine 68
réglementation portant sur le tabac 142
répartition des professionnels de la santé 104
services de santé ruraux 70
soins de santé universels 95, 96, 102
taxes sanitaires 124
Tibaijuka, Anna 60, 207
Tolstoï, Léo 29
transfert en espèces, programmes de 89, 90-91
transnationales voir multinationales
transport motorisé, pollution de l'air 62, 66
Traumatismes 62-68
travail
aspects de la mondialisation 167
des enfants 35, 74, 77
forcé 74
normes de réglementation 80, 134, 139
réglementation du marché 139-140
voir aussi emploi ; travail
travail 5-6, 72-83
conditions 72–73, 82–83, 134
dangereux 72
dans le secteur non structuré 35, 73, 80–82, 150
décent 76–83
données probantes pour l'action 5
égalité de rémunération pour les femmes 152, 205
équité entre les sexes 74, 75, 145, 146, 152–153
formation 79
inégalités en santé et 72–74
non rémunéré 150, 151
normes 80
précaire 72, 73, 74, 80–82, 91
recommandations 6, 202–203
temporaire/à temps partiel 72, 74
zones rurales 70, 78
voir aussi emploi ; travail
travailleurs
organisations 77, 81–82
protection sociale 86, 88
représentation équitable 77
rôle des139, 140
salaire vital pour une vie saine 78, 79
travailleurs/personnels de santé 103-105
aide aux 105
formation 188
fuite des cerveaux 35, 105, 106
répartition entre milieu rural et milieu urbain 103-104
travailleurs/personnels de santé communautaire 104

U

UNESCO 136
éducation pour tous, stratégie 57, 151
Initiative pour l'alphabétisation 151
Union européenne
lutte contre l'exclusion sociale 171, 172

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

V

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

W

Wilensky, Gail 207

Z

Zambie 112, 183
ZFE voir zones franches d'exportation
Zimbabwe 124
zones franches d'exportation (ZFE) 125, 134
zones géographiques
répartition des ressources 130, 131
voir aussi zones rurales ; zones urbaines
zones rurales 4, 63
conditions de vie quotidiennes 35
délaissement relatif 60
droits fonciers 69
emploi 70, 78
infrastructure et services 70–71
investissement dans le développement 68–71
migration en dehors des 71
milieu naturel 71
moyens de subsistance 69–70
paysans sans terre et petits agriculteurs 77
recommandations 4, 202
soins de santé 103–104
zones urbaines 4, 196
améliorer les conditions de vie 63-66
aménagement et conception 66-69, 110
conditions de vie quotidiennes 35
croissance dans les 60, 61
données probantes pour l'action 4
gouvernance participative 63, 202
migration vers 71
préoccupations en termes de santé 62-63
recommandations 4, 202
travailleurs/personnels de la santé 103-104
vulnérabilité 60-62

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

ISBN 978 92 4 256370 2

www.who.int/social_determinants