



Communiqué de presse
28 août 2008

Une Commission de l'OMS constate que les inégalités «tuent à grande échelle»

28 août 2008 | GENÈVE -- Un enfant né dans une banlieue de Glasgow, en Écosse, aura une espérance de vie inférieure de 28 ans à un autre né à peine treize kilomètres plus loin. L'espérance de vie à la naissance d'une fille au Lesotho est inférieure de 42 ans à celle d'une autre née au même moment au Japon. En Suède, le risque pour une femme de décéder pendant une grossesse ou lors d'un accouchement est de 1 pour 17 400, alors qu'en Afghanistan il est de 1 pour 8.

Ces chiffres n'ont aucune explication biologique. Les différences entre les pays et à l'intérieur même des frontières d'un pays, sont dues à l'environnement social dans lequel les gens naissent, vivent, grandissent, travaillent et vieillissent. Ces «déterminants sociaux de la santé» ont fait l'objet d'une enquête de trois ans menée par d'éminents responsables politiques, universitaires, anciens chefs d'État et ministres de la santé, regroupés au sein de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé qui présente aujourd'hui ses conclusions au Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan.

L'association de principes, de politiques et de mesures économiques peu judicieuses est responsable dans une large mesure du fait qu'une majorité de l'humanité ne bénéficie pas du niveau de santé qui est biologiquement possible. Comme le soulignent les membres de la Commission dans leur rapport intitulé *Comblant le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, «l'injustice sociale tue à grande échelle.»

Pour le Dr Chan qui a remercié la Commission en la félicitant de son rapport, «les inégalités en matière de santé sont vraiment une question de vie ou de mort. Or les systèmes de santé ne tendent pas naturellement vers l'équité. Il faut un effort sans précédent pour amener tous les acteurs, même ceux travaillant en dehors du secteur de la santé, à examiner les effets de leurs politiques sur la santé. Les soins de santé primaires qui intègrent une composante santé dans toutes les politiques de l'État offrent un meilleur cadre pour y parvenir.»

Pour le Président de la Commission, Sir Michael Marmot, «la Commission recommande essentiellement de créer les conditions nécessaires pour donner aux gens les moyens d'être libres et de s'épanouir. Ces moyens font souvent défaut et l'exemple le plus évident concerne le sort des femmes dans de nombreuses parties du monde. Et la santé en souffre. En suivant ces recommandations, il serait possible d'apporter une amélioration considérable à la santé et à l'espérance de vie de milliards d'êtres humains.»

Inégalités à l'intérieur des pays

Les inégalités sanitaires –causes inévitables, injustes et évitables de problèmes de santé– ont depuis longtemps été mesurées entre les pays, mais la Commission met l'accent sur les «écarts sanitaires» existant à l'intérieur des frontières nationales. Ainsi:

- L'espérance de vie chez les hommes autochtones australiens est inférieure de 17 ans à celle des autres hommes en Australie.
- La mortalité maternelle est 3 à 4 fois plus forte chez les pauvres que chez les riches en Indonésie. La mortalité de l'adulte est 2,5 fois plus importante dans les quartiers les plus démunis que dans les quartiers les plus favorisés au Royaume-Uni.
- La mortalité de l'enfant dans les bidonvilles de Nairobi est 2,5 fois plus importante que dans les autres parties de la ville. Le risque de décès est de 10% chez un nouveau-né ayant une mère bolivienne analphabète alors qu'il n'est que de 0,4 % chez un nouveau-né dont la mère a au moins fréquenté l'école secondaire.
- Aux États-Unis, 886 202 décès auraient été évités entre 1991 et 2000 si le taux de mortalité avait été le même chez les Américains d'origine africaine que chez les Blancs, alors qu'à titre de comparaison seules 176 633 vies ont pu être sauvées grâce aux progrès de la médecine au cours de la même période.
- En Ouganda, le taux de mortalité de l'enfant de moins de cinq ans est de 106 pour 1000 dans le cinquième des familles les plus riches, mais de 192 pour 1000 naissances vivantes celui des familles les plus pauvres, ce qui signifie que près d'un cinquième des enfants nés vivants dans le quintile le plus pauvre n'atteindront pas leur cinquième anniversaire. À titre de comparaison le taux de mortalité moyen des moins de cinq ans dans les pays à revenu élevé est de 7 pour 1000.

La Commission a trouvé des éléments montrant qu'en général les pauvres sont moins bien lotis que ceux qui sont moins démunis qu'eux, mais qu'à leur tour ceux-ci sont moins bien lotis que ceux qui ont un revenu moyen, et ainsi de suite. Ce lien entre le revenu et la santé est le gradient social que l'on constate partout non seulement dans les pays en développement, mais dans tous les pays, même les plus riches. L'écart est plus ou moins prononcé selon les pays, mais le phénomène est universel.

La richesse n'est pas nécessairement un déterminant

La croissance économique permet d'améliorer le revenu dans de nombreux pays, mais l'augmentation de la richesse nationale ne suffit pas à elle seule pour améliorer la santé dans un pays. Faute d'une répartition équitable des avantages, la croissance nationale peut même exacerber les inégalités.

S'il y a eu une augmentation énorme des richesses, de la technologie et du niveau de vie dans le monde ces dernières années, la question fondamentale est de savoir comment les progrès sont utilisés pour assurer une répartition équitable des services et renforcer les institutions, notamment dans les pays à faible revenu. En 1980, les pays les plus riches regroupant 10% de la population mondiale avaient un revenu national brut soixante fois plus important que les pays les plus pauvres regroupant 10% de la population mondiale. Après 25 ans de mondialisation, il est 122 fois plus important et, ce qui est encore plus grave, c'est que pendant les 15 dernières années, le cinquième le plus pauvre de la population de nombreux pays à faible revenu, a vu diminuer sa part de la consommation nationale.

La richesse à elle seule ne détermine pas l'état de santé d'une population. Certains pays à faible revenu comme Cuba, le Costa Rica, la Chine, l'état du Kerala en Inde et le Sri Lanka ont atteint des niveaux de santé satisfaisants malgré un revenu national relativement peu important. Mais la Commission souligne que les richesses peuvent être utilisées judicieusement. Les pays nordiques, par exemple, ont suivi des politiques qui encouragent l'égalité en matière d'avantages et de services, le plein emploi, la parité entre les sexes et de faibles niveaux d'exclusion sociale. C'est là, selon la Commission, un exemple éclatant de ce qu'il faut faire partout dans le monde.

Des solutions extérieures au domaine de la santé

Une grande partie des efforts à fournir pour réduire les inégalités en matière de santé doivent intervenir dans le domaine extra-sanitaire. La Commission souligne que les maladies d'origine hydrique ne sont pas causées par un manque d'antibiotiques mais par l'eau contaminée et par l'incapacité des forces politiques, sociales et économiques de fournir de l'eau potable à tous; les cardiopathies sont causées non par une insuffisance d'unités de soins coronariens, mais par le mode de vie conditionné par l'environnement dans lequel on vit; l'obésité n'est pas le résultat d'une faiblesse morale mais de l'omniprésence d'aliments à forte teneur en graisse et en sucre. Le secteur de la santé –au plan mondial et national– doit donc s'attacher avant tout aux causes fondamentales des inégalités en matière de santé.

Comme l'a expliqué Sir Michael, «nous nous basons trop sur des mesures d'ordre médical pour améliorer l'espérance de vie. Un moyen beaucoup plus efficace pour améliorer aussi bien l'espérance de vie que la santé, consiste à évaluer l'impact de chaque politique et de chaque programme officiels sur la santé et l'équité en santé, et de faire de la santé et de l'équité en santé, un marqueur de l'efficacité des pouvoirs publics.»

Recommandations

Sur la base de ces éléments, la Commission formule trois recommandations fondamentales face aux effets dévastateurs des inégalités en matière d'espérance de vie:

1. Améliorer les conditions de vie quotidienne, 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 quotidienne aux niveaux mondial, national et local.
3. Mesurer et comprendre le problème des inégalités et évaluer l'efficacité de l'action menée.

Des recommandations pour la vie de tous les jours

Pour améliorer les conditions de la vie de tous les jours, il faut commencer dès la naissance. La Commission recommande que les pays mettent sur pied un dispositif interorganisations visant à assurer une collaboration efficace et une politique cohérente entre tous les secteurs oeuvrant pour le développement de la petite enfance et à fournir des services à tous les jeunes enfants. L'investissement en faveur du développement du jeune enfant constitue un des meilleurs moyens de réduire les inégalités sociales. Il est démontré que les investissements consentis en faveur de l'éducation des femmes ont une rentabilité qui représente plusieurs fois l'effort consenti.

Des milliards de gens vivent sans logement adéquat et sans eau potable. Le rapport de la Commission voue une attention particulière au nombre croissant de ceux qui vivent dans des bidonvilles et aux effets de la gouvernance urbaine sur la santé. La Commission en appelle elle aussi à un nouvel effort pour fournir l'eau, l'assainissement et l'électricité à tous ainsi qu'un meilleur aménagement urbain face à l'épidémie de maladies chroniques.

Les systèmes de santé ont aussi un rôle important à jouer. Si le rapport de la Commission montre que le secteur de la santé ne peut réduire à lui seul les inégalités en matière de santé, les efforts faits en faveur de la couverture universelle et l'accent mis sur l'équité en matière de santé n'en constituent pas moins des mesures importantes.

Le rapport souligne aussi comment plus de 100 millions de personnes sont victimes de la paupérisation à cause des soins de santé qu'elles doivent régler elles-mêmes, un facteur qui contribue sensiblement aux inégalités en matière de santé. La Commission lance par conséquent un appel en faveur de systèmes de santé reposant sur des principes d'équité, sur la prévention de la maladie et sur la promotion de la santé avec une couverture universelle fondée sur les soins de santé primaires.

Répartition des ressources

Pour donner suite aux recommandations de la Commission concernant l'amélioration des conditions de vie quotidiennes, il faudra aussi aborder le problème de la répartition inéquitable des ressources et pour cela des mesures systématiques et de grande envergure s'imposent.

Le rapport met l'accent sur une série de recommandations visant à assurer un financement équitable, la responsabilité sociale, la parité entre les sexes et une meilleure gouvernance. Il s'agit notamment d'utiliser l'équité en matière de santé comme indicateur de l'efficacité des pouvoirs publics et du développement social dans son ensemble, de généraliser l'évaluation de l'impact de l'équité sur la santé, de veiller à ce que les pays riches tiennent leur engagement de fournir 0,7 % de leur PNB sous forme d'aide, de renforcer la législation pour interdire la discrimination fondée sur le sexe et d'améliorer la capacité pour tous les groupes sociaux de participer à l'élaboration de politiques en donnant à la société civile les moyens d'oeuvrer en faveur de la promotion et de la protection des droits civils et politiques. Au niveau mondial, la Commission recommande que l'équité en matière de santé soit un objectif fondamental du développement et qu'un cadre de référence des déterminants sociaux de la santé soit utilisé pour suivre les progrès accomplis.

La Commission souligne aussi que l'application des recommandations susmentionnées suppose que le problème actuel des inégalités en matière de santé soit mesuré (alors que dans de nombreux pays des données adéquates ne sont pas disponibles) et que l'on suive ensuite les effets des interventions proposées sur l'équité. Pour cela, il faudra d'abord consentir un investissement au niveau des registres d'état civil, un domaine dans lequel les progrès ont été limités au cours des trente dernières années. Un besoin considérable existe aussi en matière de formation de responsables politiques, d'agents de santé et d'agents d'autres secteurs afin de mieux comprendre l'importance des déterminants sociaux de la santé et de déterminer comment agir pour y faire face.

S'il faut poursuivre les recherches, l'état des connaissances permet déjà aux responsables politiques de prendre les premières mesures. Les changements déjà en cours montrent bien qu'une action est possible. Ainsi a-t-on observé en Égypte une baisse spectaculaire de la mortalité de l'enfant qui a été ramenée de 235 à 33 pour 1000 en trente ans. La Grèce et le Portugal ont ramené leur taux de mortalité infantile de 50 pour 1000 à des niveaux presque aussi bas que le Japon, la Suède et l'Islande. Cuba a atteint une couverture de plus de 99% de sa population par ses services de développement de l'enfant en 2000. Mais les tendances à l'amélioration de la santé ne sont pas automatiques. En fait, si l'on ne se préoccupe pas du problème, la santé peut reculer rapidement.

Des progrès sont-ils possibles?

La Commission a déjà inspiré et appuyé des mesures dans plusieurs parties du monde. Le Brésil, le Canada, le Chili, le Kenya, le Mozambique, la République islamique d'Iran, le Royaume-Uni, le Sri Lanka et la Suède sont devenus des partenaires en s'engageant à réaliser des progrès en matière de déterminants sociaux de l'équité pour la santé et en mettant déjà au point des politiques pour y répondre. Ces exemples montrent que le changement est possible si la volonté politique est présente. Le chemin à parcourir est encore long, mais comme la Commission le fait observer, la direction à suivre est claire.

L'OMS diffusera maintenant ce rapport auprès de ses États Membres qui détermineront comment l'Organisation devra y donner suite.

Observations des membres de la Commission

Fran Baum, Chef de Département et Professeur de santé publique à l'Université Flinders, Directeur de la South Australian Community Health Research Unit et Coprésident du Conseil mondial de Coordination du People's Health Movement: «C'est merveilleux d'avoir une reconnaissance mondiale à l'issue de la campagne australienne intitulée «Comblant le fossé». La Commission de l'OMS considère cette campagne comme un objectif pour le monde entier, et nous montre comment les inégalités en matière de santé reflètent la façon dont nous organisons la société et distribuons les pouvoirs et les ressources. La Commission fournit à l'Australie de nombreuses idées sur la façon d'établir un programme permettant de faire face aux déterminants profonds de la santé et d'aboutir à une meilleure santé pour tous les Australiens.»

Monique Begin, Professeur à l'École de gestion de l'Université d'Ottawa, a occupé deux fois le poste de ministre de la Santé et du Bien-Être social et a été la première Québécoise élue à la Chambre des Communes: «Le Canada aime bien pouvoir clamer haut et fort que sept ans de suite l'ONU nous a considéré comme le pays au monde qui bénéficie de la meilleure qualité de vie. Tous les Canadiens en jouissent-ils? La réponse est non. La vérité est que notre pays est si riche qu'il réussit à masquer la réalité de la soupe populaire dans ses villes, celle des logements inacceptables (un sur cinq), celle des taux de suicide très élevés des jeunes inuits. Ce rapport nous sort de notre léthargie et nous incite à agir pour être à la hauteur de notre réputation.»

Giovanni Berlinguer, député au Parlement européen, membre du Comité international de bioéthique de l'UNESCO (2001-2007) et Rapporteur du projet de Déclaration universelle sur la bioéthique: «Un monde plus juste sera un monde en meilleure santé. Un service de santé et des politiques médicales constituent, un facteur parmi d'autres, qui influencent la santé de la population. La croissance des inégalités et le phénomène de l'injustice accrue en matière de santé sont présents dans les pays à revenu faible et moyen mais aussi dans toute l'Europe. Il serait criminel de ne pas prendre les mesures qui s'imposent pour les réduire.»

Mirai Chatterjee, Coordonnateur de la sécurité sociale pour la Self-Employed Women's Association en Inde, une organisation syndicale regroupant plus de 900 000 femmes travaillant à leur propre compte, récemment nommée membre du Conseil consultatif

national et de la Commission nationale pour le secteur non structuré: «Ce rapport propose des pistes pour agir au niveau local, au niveau national et au niveau mondial. Il a été attendu avec impatience par les responsables politiques, les responsables de la santé, les militants de la base et les organisations communautaires. Une grande partie de la recherche et des conclusions de la Commission intéresse particulièrement la Région de l'Asie du Sud-Est où trop souvent les gens doivent lutter quotidiennement pour la justice et l'équité en matière de santé. Le rapport incitera la Région à agir et à mettre au point de nouvelles politiques et de nouveaux programmes.»

Yan Guo, Professeur de santé publique et Vice-Président du Centre des sciences de la santé de l'Université de Beijing, Vice-Président de l'Association chinoise de Santé en Milieu rural et Vice-Directeur de l'Académie chinoise de politique sanitaire: «On ne devrait pas se préoccuper de savoir si l'on possède assez, mais si ce qu'on possède a été réparti de façon équitable. C'est là un principe fondamental en Chine. Construire une société harmonieuse est notre aspiration à tous et l'équité, notamment l'équité en santé, constitue la condition préalable d'un développement harmonieux. Éliminer les déterminants qui nuisent à la santé grâce aux efforts de l'ensemble de la société, promouvoir la justice sociale et faire progresser la santé humaine sont nos buts communs. Nous devons unir nos forces pour atteindre cet objectif louable.»

Kiyoshi Kurokawa, Professeur à l'Institut universitaire national d'études politiques de Tokyo, membre du Comité des politiques scientifiques et technologiques du cabinet, ancien Président du Conseil scientifique du Japon et de l'Association scientifique du Pacifique: «La Commission de l'OMS s'intéresse à l'un des principaux problèmes à l'heure de la mondialisation, à savoir les inégalités en matière de santé. Les recommandations du rapport seront perçues, utilisées et appliquées comme un programme politique majeur au niveau national et mondial. La question prendra de plus en plus d'importance à mesure que le grand public s'engagera par l'intermédiaire des mouvements de la société civile et de partenariats multiples.»

Alireza Marandi, Professeur de pédiatrie à l'Université Shaheed Beheshti en République islamique d'Iran, ancien ministre de la Santé et de l'Enseignement de la médecine pour deux mandats, ancien vice-ministre et conseiller ministériel et récemment élu Député au Parlement iranien: «La justice sociale est devenue une priorité quand la révolution islamique s'est installée en Iran. Établir un réseau solide de soins de santé primaires dans notre pays a non seulement permis d'améliorer nos statistiques sanitaires mais a fourni un excellent moyen de progresser en vue de l'équité en santé. Aujourd'hui grâce au rapport final de la Commission et à l'application de ses recommandations, il nous faut accélérer notre marche vers l'équité en santé.»

Pascoal Mocumbi, haut représentant du Partenariat pour les essais cliniques en Europe et dans les pays en développement, ancien Premier ministre de la République du Mozambique, ancien ministre des Affaires étrangères et ministre de la Santé: «Le rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé aidera les dirigeants africains à adapter leur stratégie nationale de développement pour relever les défis auxquels la santé doit faire face. Ceux-ci sont liés aux changements systémiques actuels de l'économie mondiale qui affectent considérablement les groupes les plus pauvres en Afrique.»

Amartya Sen, Professeur à l'Université Lamont et Professeur d'économie et de philosophie à l'Université de Harvard, Prix Nobel d'économie en 1998: «L'objectif premier du développement –pour tous les pays et pour le monde dans son ensemble– est d'éliminer les «non-libertés» qui réduisent et appauvrissent la vie des gens. Au centre des privations humaines, il y a l'impossibilité de vivre une vie longue et en bonne santé. C'est là beaucoup plus qu'un problème médical. Il s'agit de surmonter des handicaps dont les causes sociales sont profondes. Sous la direction de Michael Marmot, la Commission de l'OMS a mis l'accent sur les causes négligées qu'il faut bien comprendre pour apporter les solutions voulues. Une meilleure compréhension constituera aussi un appel en faveur d'une action concrète.»

David Satcher, Directeur du Center of Excellence on Health Disparities et de la Satcher Health Leadership Institute Initiative, ancien Surgeon General des États-Unis et Sous-Secrétaire d'État à la santé ainsi que Directeur des Centers for Disease Control and Prevention: «Les États-Unis d'Amérique consacrent davantage aux soins de santé que tous les autres pays de la planète et pourtant, ils n'arrivent qu'au quarante et unième rang mondial en matière d'espérance de vie. La Nouvelle Orléans et l'expérience de l'ouragan Katrina illustrent pour moi mieux que tout autre événement pourquoi nous devons nous préoccuper des déterminants sociaux de la santé – notamment du logement, de l'éducation, des conditions de travail et d'apprentissage, et de l'exposition aux toxines. En nous préoccupant des déterminants sociaux de la santé, nous pouvons rapidement nous attacher à combler le fossé injuste et évitable entre les groupes de conditions socio économiques différentes, ceux qui ont une expérience différente de l'exclusion sociale et ceux qui ont une formation différente.»

Anna Tibaijuka, Directeur exécutif de l'ONU-Habitat et Président fondateur du Conseil indépendant des femmes de Tanzanie: «Il n'est pas possible de fournir des services de santé aux gens qui vivent dans la saleté, dans des conditions inhumaines pathétiques comme on les connaît dans les bidonvilles toujours plus étendus dans les pays en développement. Les investissements en faveur des services de base comme l'eau et l'éducation seront toujours limités, voire gaspillés, s'ils ne s'accompagnent pas d'investissements en faveur de logements décentes et de moyens d'assainissement adéquats.»

Denny Vågerö, Professeur de sociologie médicale, Directeur du CHESS (Centre d'études pour l'équité en santé) en Suède, membre de l'Académie royale suédoise des Sciences et de son comité permanent pour la santé: «Les pays de la planète s'éloignent de plus en plus les uns des autres en matière de santé. Cette évolution est très préoccupante. Dans bien des pays, les différences sociales en matière de santé augmentent aussi et c'est le cas en Europe. Nous avons mis l'accent uniquement sur la croissance économique en négligeant les conséquences négatives pour la santé et le climat. Il faut modifier notre façon de penser le développement.»

Gail Wilensky, senior fellow du projet HOPE, une fondation internationale d'éducation sanitaire, auparavant Directeur des programmes Medicare et Medicaid aux États-Unis d'Amérique et Président de deux commissions chargées de conseiller le Congrès des

États-Unis sur le programme Medicare: «Ce que ce rapport indique clairement, c'est que l'amélioration de la santé et des résultats sanitaires et la réduction des différences évitables en matière de santé –des buts pour tous les pays– supposent beaucoup plus qu'une simple amélioration du système de soins de santé. Les conditions de vie fondamentales, l'emploi, l'éducation au cours de la petite enfance, la condition de la femme et la pauvreté ont tous une incidence sur les questions sanitaires. Il faut tenir compte des effets de ces facteurs qui doivent occuper une place importante dans l'élaboration des politiques. C'est vrai pour des pays riches comme les États-Unis comme pour beaucoup de pays émergents, où les gens vivent souvent avec moins de deux dollars par jour.»

Pour plus de renseignements ou pour obtenir une interview, s'adresser à :

Sharad Agarwal
Chargé de communication
Organisation mondiale de la Santé, Genève
Tél.: +41 22 791 1905
Portable.: +41 79 621 5286
Courriel: agarwals@who.int

Felicity Porritt
Responsable communication
Commission OMS des déterminants sociaux de la santé,
University College of London Secretariat
Londres
Portable: +44 773 941 9219
Courriel: felicity.porritt@mac.com

[Emplois](#) | [Chercher](#) | [Contacts](#) | [Suggestions](#) | [RSS](#) | [Confidentialité](#) | [Courriels frauduleux](#) |
[© OMS 2008 - Tous droits réservés](#)