

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

**AUTEURS**

**BERTRAND LIVINEC** : Analyste sur les déterminants de la santé et les politiques internationales de santé. Auteurs d'articles sur la lutte contre les hépatites, *la lutte contre le VIH*, l'usage des déterminants sociaux dans les stratégies de santé, les conflits d'intérêts en santé, ou encore *l'étude d'indices de gouvernance*.

**DOMINIQUE KEROUEDAN** : Docteur en médecine, en épidémiologie et en santé publique, est la fondatrice et conseillère scientifique de la spécialisation « Global Health » de l'École des affaires internationales de Sciences Po Paris, titulaire de la chaire « *Savoirs contre pauvreté* » au collège de France (2012-2013). Auteur de Géopolitique de la santé mondiale (Fayard, 2013), directeur de l'ouvrage « Santé internationale : les enjeux de santé au Sud » (Presses de Sciences Po, 2011) et co-directeur avec Joseph Brunet-Jailly de : « Santé mondiale, enjeu stratégique, jeux diplomatiques » à paraître en avril 2016 aux Presses de Sciences Po.

Co-auteurs de « **Philanthrocapitalisme en santé, une générosité au service de la géopolitique néolibérale ?** » paru en janvier 2016 sur le site *du Journal du Mauss*

**AVANT PROPOS**

Cette note sur les déterminants en santé est préparée dans le cadre de l'émission spéciale de *RFI Priorité Santé* du vendredi 19 février 2016 sur le thème du philanthrocapitalisme, et en collaboration avec le *mouvement convivialiste* qui œuvre pour une réflexion philosophique sur le bien vivre ensemble.

L'objectif de cette note est de rappeler l'importance des déterminants non médicaux (ou souvent appelés aussi déterminants sociaux) et qu'ils sont trop souvent ignorés dans les stratégies de santé. Une amélioration très sensible de l'état de santé des populations est possible en faisant preuve de transparence sur l'ensemble des causes qui impactent négativement la santé et ensuite de courage politique pour prendre les actions appropriées. A l'heure actuelle, nous ne pouvons que regretter que très peu de structures de santé (Ministères de la Santé, bailleurs, société civile, etc...) en fasse un large usage. Les déterminants non médicaux sont aussi bien de nature matérielle (emploi, logement, revenus, environnement, etc...) que psycho-sociaux (culture, relations sociales, etc...).

Pour fixer le cadre de réflexion sur les déterminants en santé, nous souhaitons préalablement introduire la définition de la santé selon l'OMS (1946) (*source ici*) :

*« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »*

Ainsi que cette citation de Mr Roy Romanow (homme politique, président de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada en 2001) :

*« Un système de soins de santé, dut-il être le meilleur au monde, ne constituera qu'un seul des ingrédients qui déterminera si vous aurez une vie longue ou courte, en santé ou dans la maladie, accomplie ou vide de sens. »*

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

## **1. LES INÉGALITÉS EN SANTÉ**

Depuis de nombreuses années les inégalités en santé sont devenues un thème récurrent d'actualité. Elles constituent une injustice pour de nombreuses personnes socialement marginalisées et contribuent à dégrader les statistiques sanitaires et de développement économique et social d'un pays.

Si les difficultés d'accès aux soins, préventifs et curatifs, sont l'une des causes majeures de ces inégalités en santé, notamment dans les pays en développement, de multiples causes sont à analyser. Car bien avant la question de l'équité des soins face à la maladie, les populations sont sujettes à des facteurs variables sur le plan épidémiologique en fonction de leurs caractéristiques.

Les inégalités de revenus, autre thème socio-économique d'actualité, est un marqueur fort d'iniquité en santé. Mais pas seulement, de nombreux autres déterminants influencent notre état de santé. Pour atteindre le meilleur état possible de santé d'une population il convient ainsi d'identifier puis d'analyser l'impact de l'ensemble des déterminants de santé, et enfin de déterminer quelles sont les différentes politiques ou stratégies les plus pertinentes et efficaces.

Pour l'OMS, « *Les inégalités en santé sont des différences en ce qui concerne l'état de santé ou la répartition des ressources entre différents groupes de population, qui découlent des conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Les inégalités en santé sont injustes et pourraient être réduites au moyen de politiques publiques équilibrées.* » (*source ici*)

## **2. QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES SUR LES DÉTERMINANTS**

A partir de la 2ème moitié du XIXème siècle dans le cadre de la révolution industrielle, des campagnes de santé publique ont été mises en œuvre pour améliorer l'état de santé des populations et éviter les épidémies : hygiène, pratique sportive, éducation de masse, lois sociales, surveillance des aliments, vaccinations obligatoires, carnets de santé, etc... Toutes ces mesures ont favorisé une élévation régulière de l'espérance de vie des populations, notamment en réduisant très fortement les maladies infectieuses.

Au début du XXème siècle et jusque dans les années 1930 des mouvements eugénistes ont cherché à limiter la progéniture des classes défavorisées car porteuses de maux pour la société en particulier sur le plan sanitaire. Cette vision très peu humaniste accompagnée de pratiques condamnables sera bien heureusement abandonnée et les sciences sociales auront plutôt à cœur de montrer que c'est au contraire sur les inégalités qui affectent les classes populaires qu'il faudra travailler pour les rendre moins vulnérables aux maladies.

L'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations (ancêtre de l'OMS) fut créé en 1923 et donc après la pandémie de la grippe « espagnole », avec l'appui de la fondation américaine Rockefeller. Elle étudia notamment l'impact de la grande crise des années 30 sur la santé des populations, constatant par exemple une dégradation de la santé des personnes perdant leur travail.

Des analyses plus fines à partir des années 1970 ont permis progressivement de mieux cerner les inégalités et leurs origines, ou les mécanismes qui y concourent. La mise en œuvre de mesures

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

correctrices étant du ressort des dirigeants politiques.

Nous proposons ci-après de présenter quelques repères sur les travaux en inégalités de santé et sur les déterminants de santé.

**La déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires (1978)**

Cette déclaration est issue de la conférence organisée par l'OMS à Alma-Ata et mettant en avant l'importance des soins primaires pour l'ensemble des pays. Elle insiste sur les aspects sociaux et sur la nécessité de lutter contre les inégalités en santé, mais aussi d'une action multisectorielle en santé (*source ici*). Extraits :

*« La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé. »*

*« Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays. »*

*« Les soins primaires font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs. »*

Trente ans après, l'OMS réaffirme ces objectifs en intitulant en 2008 son rapport annuel : « *Les soins de santé primaire : maintenant, plus que jamais* ». Les principes émis lors de la déclaration d'Alma-Ata restent toujours en 2016 d'actualité pour la plupart des pays pauvres qui ne disposent pas de soins primaires de qualité, tout en devenant pertinents à rappeler dans les pays riches ou de niveau intermédiaire où les inégalités de revenus et de santé s'accroissent et s'accélèrent. La crise Ebola (2014-2016) en Afrique de l'Ouest a très largement mis en exergue les failles du système de base en santé à pouvoir réagir à un tel phénomène, notamment en raison d'un nombre très limité de personnels de santé dans un contexte où les taux de fécondité et de croissance démographique restent toujours très élevés.

**Le « Black Report » sur les inégalités en santé au Royaume Uni (1980) (*source ici*)**

Le « Black Report » est un document publié en 1980 au Royaume Uni par le département de Santé, et élaboré par un comité d'experts qui a travaillé sur les inégalités en santé. Il démontrait que malgré le fait que l'état de santé avait progressé d'une manière générale dans le pays depuis l'introduction des principes d'Etat providence, il persistait des inégalités en santé étendues. La principale cause relevée était beaucoup plus relative aux inégalités économiques qu'à l'accès aux soins, considéré par

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

définition comme équitable dans un système providentiel.

Ce rapport a été publié concomitamment à l'arrivée de Margaret Thatcher au pouvoir, et le gouvernement n'a pas souhaité en faire une grande publicité ni exploiter ses conclusions. D'autres rapports furent ensuite publiés au Royaume Uni aboutissant à des conclusions similaires à celles du Black Report.

**La charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (1986) (*source ici*)**

La Charte d'Ottawa est issue de la première conférence internationale organisée par l'OMS sur la promotion de la santé. Elle précise :

*« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. **La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie**; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.*

*CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTE*

*La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :*

*· se loger, · accéder à l'éducation, · se nourrir convenablement, · disposer d'un certain revenu, · bénéficier d'un éco-système stable, · compter sur un apport durable de ressources, · avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.*

*Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. »*

**La déclaration de Djakarta sur la promotion de la santé (1997) (*source ici*)**

La déclaration de Djakarta se situe dans le prolongement de la charte d'Ottawa. Elle indique :

*« Les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, un logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, un revenu, la responsabilisation des femmes, un écosystème stable, une utilisation durable des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'homme, et l'équité. Par-dessus tout, la pauvreté reste la plus grave menace pour la santé.*

*Les facteurs transnationaux ont également un impact considérable sur la santé. C'est le cas de la mondialisation de l'économie, des marchés financiers et du commerce, de l'accès généralisé aux médias et aux techniques de communication et de la dégradation de l'environnement due à l'utilisation irresponsable des ressources.*

*Ces changements modifient les valeurs individuelles et collectives et les modes de vie à tous les âges, ainsi que les conditions de vie partout dans le monde. Certains, comme le développement des techniques de communication offrent un potentiel immense pour la*

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

*santé, tandis que d'autres, comme le commerce international du tabac, ont un impact négatif considérable. »*

Notons pour notre part que si les combats des institutions de santé ont été ardents pour lutter contre le tabagisme avec des résultats contrastés selon les pays (pour une fois les Etats Unis ont fait des progrès notables dans ce domaine précis ces dernières années), l'alcoolisme reste encore trop souvent un sujet tabou ou silencieux des dispositions ou des conventions et textes européens ou internationaux.

**La Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux (*source ici*)**

En 1998, l'OMS publiait en partenariat avec l'*International Centre for Health and Society de l'University College London (Royaume- Uni)* un rapport sur les déterminants sociaux de la santé sous la direction des Pr Michael Marmot and Richard Wilkinson. Une deuxième édition fut publiée en 2004 pour la région Europe de l'OMS (*source ici*). Les thèmes abordés couvrent : les inégalités de santé d'origine sociale, le stress, la petite enfance, l'exclusion sociale, le travail, le chômage, le soutien social, les dépendances, l'alimentation, les transports. Dans son introduction, les auteurs fixent le cadre :

*« Jadis, on estimait que la politique de santé ne devait guère dépasser le cadre de la prestation et du financement de soins médicaux ; seuls des universitaires se préoccupaient des déterminants sociaux de la santé. Ce stade est aujourd'hui dépassé. Si les soins médicaux peuvent prolonger la vie et améliorer le pronostic en cas de maladie grave, un facteur s'avère plus important pour la santé de la population dans son ensemble : le contexte social et économique qui est la cause profonde des maladies et de la nécessité de soins de santé. Cela dit, il est indéniable que l'accès généralisé aux soins médicaux constitue clairement l'un des déterminants sociaux de la santé. »*

Toujours en 2004, l'OMS lançait alors l'idée de créer une Commission internationale d'étude sur les déterminants sociaux sous la présidence du Pr Michael Marmot :

*« La Commission a l'intention de favoriser le changement politique en assurant le passage des connaissances actuelles en matière de santé publique à des programmes politiques concrets aux niveaux mondial et national. Elle s'attachera notamment à :*

*Réunir des données sur des interventions qui ont fait leurs preuves et formuler des politiques concernant des déterminants sociaux clés, en particulier dans les pays à faible revenu ;*

*Nourrir le débat social et préconiser la mise en oeuvre de politiques concernant les déterminants sociaux ;*

*Définir un programme d'action à moyen et à long terme visant à incorporer les déterminants sociaux des interventions/approches sanitaires aux activités de planification et d'élaboration des politiques ainsi qu'aux activités techniques dans le cadre de l'OMS.*

*Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent*

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

*de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local. »*

Le rapport final de la Commission publié en 2009 avait pour ambition d'« ***Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*** » et aider à réaliser la santé pour tous en une génération. A la différence des approches antérieures, le rapport de la Commission n'est plus du tout exclusivement basé sur des arguments qualitatifs mais de preuves épidémiologiques quantitatives, fruit des observations de Geoffrey Rose et de Michael Marmot sur des cohortes à très long terme de salariés stratifiés socialement (étude de Whitehall).

Les trois principes généraux d'action retenus sont :

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

*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.*

*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. »*

Nous avons inséré en annexe I les têtes de chapitre des recommandations de l'OMS issues de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Les propositions sont ambitieuses et multiformes.

Cependant, il convient de noter que, près de dix ans plus tard, elles ne sont pour la plupart pas en place et que nous ne voyons pas dans la période actuelle de volonté politique suffisamment forte pour les mettre en œuvre, malgré des efforts par l'OMS sur les plans régionaux (Europe, Asie), voire même locaux (Londres). Les raisons sont multiples, mais peuvent tenir pour beaucoup que les discussions politiques ne sont jamais vraiment sorties de la sphère des spécialités et des praticiens de santé publique. Ceci tant bien même que la démarche en elle-même suggère fortement le contraire, c'est à dire la mobilisation dans des domaines de politiques différentes comme le transport, l'urbanisme et l'éducation. L'une des recommandations reprise ci-dessous par exemple nous semble particulièrement cruciale mais n'est visiblement pas présente dans l'ensemble des politiques nationales de santé, ni encore de celle de l'OMS.

***« 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. »***

### **Les travaux du Canada sur les déterminants sociaux de la santé**

Le Canada est l'un des pays ayant développé l'une des expertises les plus anciennes et pointues en matière de déterminants sociaux en santé. Les sites de santé publique canadiens présentent un très

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ  
UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS

grand nombre d'études de grande qualité avec une mise en évidence de l'impact des déterminants sociaux sur les populations, y compris en pointant sans complaisance les faiblesses existantes.

Le document "*Déterminants sociaux de la santé, les réalités canadiennes*" (2011) est ainsi un excellent document sur le sujet. Dans son introduction, il précise (*source ici*) :

*"Les principaux facteurs ayant une incidence sur la santé de la population canadienne n'ont rien à voir avec les traitements médicaux ou avec les choix de style de vie mais plutôt **tout à voir avec les conditions de vie**. Ces dernières forment aujourd'hui ce que l'on en est venu à appeler les déterminants sociaux de la santé. Leur importance pour la santé a d'abord été relevée au milieu des années 1800, puis la notion s'est inscrite dans les documents de politique gouvernementale dans le milieu des années 1970. En fait, les contributions d'origine canadienne au concept des déterminants sociaux de la santé sont tellement vastes que le milieu de la santé à l'échelle mondiale considère le Canada comme une grande force motrice en matière de promotion de la santé. Dans de récents rapports émanant de l'Administrateur en chef de la santé publique du Canada, du Sénat du Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, on continue d'étayer l'importance des déterminants sociaux de la santé."*

*"Mais les données, qui reposent sur des décennies de recherche et des centaines d'études réalisées au Canada et ailleurs dans le monde, dressent un tableau que la plupart des Canadiennes et Canadiens connaissent peu. En effet, la majorité des habitants du pays ne se rendent pas compte que leur santé dépend de la répartition du revenu et de la richesse, du fait de détenir un emploi ou non et, dans l'affirmative, des conditions de travail en place. Les services sociaux et de santé qu'ils reçoivent et, entre autres, leur accès à une éducation, à une nourriture et à un logement de qualité jouent également un rôle dans leur bien-être. Contrairement au postulat selon lequel la population canadienne possède un pouvoir quelconque sur ces facteurs, les conditions de vie, à notre plus grand bien ou à notre plus grand dam, reposent la plupart du temps sur la qualité des collectivités, sur les conditions de logement, sur le milieu de travail, sur les agences de santé et de services sociaux ainsi que sur les établissements scolaires qui font partie du cadre de vie de chacun."*

Sur le site de l'agence de santé publique du Canada, il est proposé 12 déterminants de la santé distincts (*source ici*) :

- le niveau de revenu et le statut social;
- les réseaux de soutien social;
- l'éducation et l'alphabétisme;
- l'emploi et les conditions de travail;
- les environnements sociaux;
- les environnements physiques;
- les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles;
- le développement de la petite enfance;
- le patrimoine biologique et génétique;
- les services de santé;

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

le sexe;  
et la culture.

### **3. QUEL SERAIT LE POIDS RELATIF DE CHAQUE DÉTERMINANT ?**

Si l'on sait qu'un grand nombre de déterminants influencent l'état de santé des individus, il est particulièrement difficile de donner un poids relatif exact à chacun.

Dans une étude américaine récente intitulée « *Comment les facteurs sociaux et économiques affectent la santé* », il est proposé une pondération relative en fonction de grandes classes de déterminants (*source ici*) :

*40% pour les facteurs socio-économiques (éducation, emploi, revenus, support familial et social, sécurité communautaire) ;*  
*30% pour les comportements individuels en santé (tabac, alcool, sport, alimentation, pratiques sexuelles) ;*  
*20% pour les dispositifs médicaux (accès aux soins, qualité des soins) ;*  
*10% pour l'environnement physique (qualité de l'environnement, infrastructures).*

Nb : les comportements individuels à risque sont également liés aux facteurs socio-économiques.

Dans une étude canadienne (Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework), il est proposé la répartition suivante (*source ici*) :

50% pour l'environnement socio-économique ;  
25% pour les dispositifs médicaux ;  
15% pour les facteurs biologiques/génétiques ;  
10% pour l'environnement physique.

S'il est peut être difficile d'extrapoler ces chiffres à tous les environnements, cela peut donner une certaine idée de l'importance de chaque grand domaine et forcément de ne pas réduire l'état de santé d'une population à la qualité de ses seuls dispositifs médicaux.

Autre point important à relever. Les déterminants de la santé non médicaux peuvent relever d'éléments matériels (emploi, revenus, environnement, etc...) et d'éléments psycho-sociaux (culture, relations sociales).

Ainsi, si de conséquents investissements sont consentis dans la santé curative et si d'autres déterminants non médicaux sont dégradés, la santé des populations ne permettra pas de grands progrès. Le rapport de Sir Marmot en 2009 avait montré le point intéressant et tragique à la fois, que les inégalités de santé se perpétuaient d'une génération à l'autre. Lors de sa présentation Sir Marmot avait insisté sur le fait que « les inégalités de santé tuent à grande échelle ». (*source ici*)

On remarquera ainsi que l'espérance de vie aux Etats Unis et à Cuba sont à peu près les mêmes depuis 1972 (*source ici*), et ceci malgré des environnements économiques radicalement différents (*source ici*). Si les Etats Unis ont la dépense mondiale la plus élevée en santé (plus de 17% de son PIB) pour une économie puissante, elle ne parvient pas à faire mieux que Cuba où les dépenses sont



**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

réduites à 9,5% du PIB avec une économie faible. Parmi les causes évidentes, les fortes inégalités constatées aux Etats Unis ne leur permettent pas d'obtenir des données statistiques globales performantes en santé. On pourra également relever à propos de ces deux pays que si en 1960 l'écart d'espérance de vie était d'environ 6 ans au profit des Etats Unis, il devenait nul en 1972 ; ceci probablement grâce à une meilleure utilisation de certains déterminants sociaux de la part de Cuba (éducation et soins primaires de qualité, réduction des inégalités) et donc sans nécessiter d'innovation technologique médicale majeure. Idem pour le Costa Rica, dont le PIB par habitant est cinq fois inférieur à celui des Etats Unis ( et 10 fois moins d'émissions de CO2 par habitant), dont l'espérance de vie était inférieure de 8 ans à celle des américains en 1960 mais qui est aujourd'hui supérieure (*source ici*) avec pourtant deux fois moins de médecins par habitant et des dépenses en santé de plus de 7% de PIB en moins.

En Afrique, on peut constater que des pays comme le Sénégal, l'Érythrée, le Gabon, le Soudan ou encore Djibouti ont des espérances de vie proches (entre 62 et 64 ans). Pourtant, les régimes politiques sont singulièrement différents, de même que les environnements économiques et niveaux de vie, les conditions géographiques, ou les taux d'alphabétisation. Les dépenses de santé varient très fortement (3% seulement du PIB en Érythrée, 9% à Djibouti) et ne permettent pas de voir la corrélation claire entre dépenses en santé et espérance de vie. Seule une étude fine des différents déterminants sur chaque pays peut expliquer une espérance de vie proche.

Le rapport national sur l'état de la santé au Québec de 2005 va dans le même sens (page 59, *source ici*), extrait :

*« Au préalable, une confusion qui perdure depuis la création des systèmes de services publics mérite d'être questionnée. Plusieurs personnes croient en effet que l'état de santé d'une société est directement proportionnel aux dépenses engagées dans les services de santé. **Or, on sait que le taux d'utilisation des services de santé et le recours aux soins n'expliqueraient que 20 % des différences de mortalité et de morbidité entre les populations des pays industrialisés.** Il suffit de mentionner que des pays comme la Suède, la Norvège et le Danemark dépensent moins dans les services que beaucoup d'autres sociétés tout en affichant des résultats de santé supérieurs. **On peut également comparer la situation du Canada avec celle des États-Unis : les Américains dépensent une fois et demie plus que les Canadiens dans les services de santé, mais ces derniers présentent un bilan de santé global plus positif.***

*Au moins deux explications peuvent être avancées. Premièrement, on sait depuis longtemps maintenant que les services de santé constituent un des déterminants de la santé, les autres étant les conditions de vie, l'environnement physique, les habitudes de vie et la biologie. Selon les circonstances, l'un ou l'autre déterminant ou leur combinaison aura davantage d'influence. **De façon générale, on estime que sur les 30 années gagnées en espérance de vie au cours du dernier siècle en Occident, 8 seulement seraient attribuables à l'action des services de santé.** Deuxièmement, une fois qu'un certain montant a été investi dans les services de santé, l'investissement obéit à la loi des rendements décroissants. L'examen de la morbidité et de la mortalité évitables par le système de soins illustre bien ce fait. Ces deux notions réfèrent aux hospitalisations et aux décès consécutifs à certains problèmes de santé, qui peuvent être évités lorsque des soins de santé appropriés sont offerts en temps opportun. La mise en place des systèmes de soins publics a permis de diminuer la morbidité et la mortalité évitables. Il faut toutefois noter que dans les pays riches où de nombreuses*

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

*causes d'incapacité et de décès sont déjà maîtrisées, l'impact de l'organisation des soins et des services sur l'état de santé de la population devient moins visible. En clair, cela signifie qu'on ne pourrait espérer obtenir des gains importants, sur le plan de l'amélioration de la santé, avec de nouveaux investissements massifs dans les services de santé. Certes, des investissements sont essentiels, mais les justifications sont ailleurs. »*

Si les économistes de la santé ont depuis longtemps cherché à évaluer les coûts et les performances associés aux systèmes de santé, de plus en plus maintenant les coûts liés aux pollutions (pollution CO2, pesticides, etc...), ils appréhendent encore mal l'ensemble des gains économiques potentiels liés aux déterminants non médicaux de la santé, et viennent de reconnaître que les inégalités en général freinent l'économie, alors qu'ils pensaient jusqu'ici qu'elles seraient régulées par le développement...

Des analyses plus fines devraient être plus profitables à la fois pour la santé des populations et pour l'efficacité économique, ce qui permettrait aussi d'orienter les stratégies publiques vers une économie saine c'est à dire qui limite les effets collatéraux néfastes. De nombreuses études individuelles et collectives ont de tout temps montré l'impact des problèmes de santé sur la productivité des individus et des populations.

En France, le recul de l'espérance de vie en 2015 (*source ici*), le recul ou la stagnation de l'espérance de vie en bonne santé depuis quelques années (*source ici*) (et largement inférieure à plusieurs pays européens, *source ici*), la stagnation de la mortalité infantile depuis 2005 (*source ici*), des maladies chroniques qui augmentent significativement, doivent susciter des interrogations sur notre système de santé et inviter à une étude approfondie de l'ensemble des déterminants en santé (médicaux et non médicaux) qui pourraient expliquer en partie ces mauvais chiffres. Depuis 1960, l'espérance de vie en France est à peu près la même qu'en Espagne (*source ici*), bien que les dépenses de santé y soient bien supérieures, pratiquement 3% de PIB en plus (*source ici*). Idem pour le comparatif avec l'Italie. Au delà d'un certain niveau de dépenses en santé, il n'y a plus de gain, a fortiori si les dépenses sont mal réparties et faute de réflexion sur les déterminants non médicaux. Typiquement la France est en sur-régime de dépenses de santé par manque de transparence et aussi d'investissements insuffisants dans la prévention (le budget est dérisoire par rapport aux budgets consacrés aux soins) et les sciences sociales en santé, un changement radical de modèle s'avère nécessaire.

Dans un pays qui a produit des intellectuels de renom dans les sciences sociales comme Emile Durkheim, Marcel Mauss, Pierre Bourdieu, ou encore le philosophe-médecin Georges Canguilhem , force est de constater que l'usage des déterminants sociaux est pauvre en France. La politique française en santé à l'international n'est guère plus brillante, très largement focalisée là aussi sur le soin et sans originalité.

#### **4. DEUX EXEMPLES SIMPLES DE DÉTERMINANTS QUI ONT UN IMPACT SUR LA SANTÉ**

Nous présentons dans ce chapitre deux exemples simples de déterminants qui peuvent affecter significativement la santé d'une population. Si pour chaque cause de décès les facteurs sont souvent multifactoriels, les études spécifiques sur des déterminants peuvent néanmoins permettre de mettre en lumière des facteurs aggravants.

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

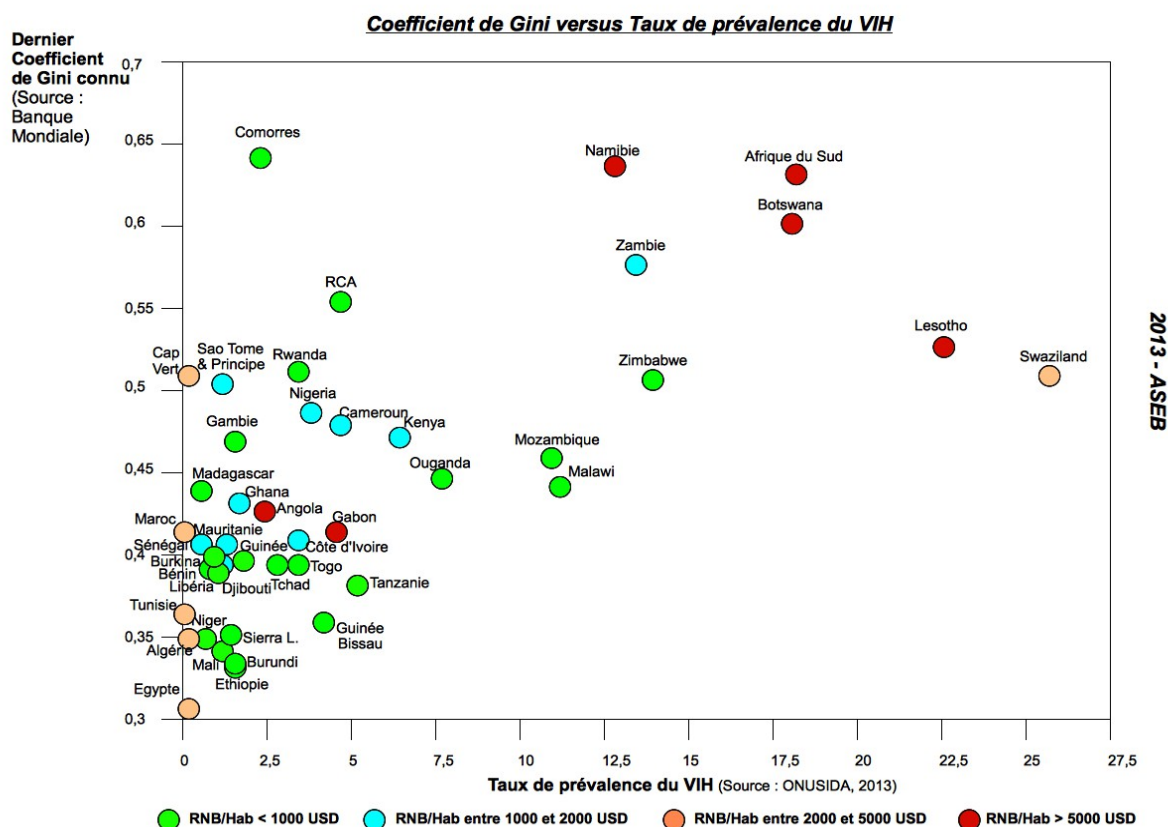
Si nous reprenons par ailleurs l'idée que les dispositifs médicaux ne représentent qu'une fraction (environ 20 à 25%) de l'état de santé d'une population, la recherche de corrélation avec d'autres déterminants devient indispensable.

***1er cas : l'impact des inégalités de revenus sur la pandémie de Sida***

L'étude des inégalités de revenus montre que c'est un facteur augmentant les risques de contraction du VIH. Une société plus inégalitaire réduira ainsi les capacités d'accès aux systèmes de soins ou de prévention, une augmentation des personnes discriminées (pour raisons de genre, de sexe, de religion ou encore sur le plan social), une recrudescence des violences (sur les biens ou les personnes, dont sexuelles), et aussi une perte de confiance des personnes marginalisées socialement avec des comportements plus à risque.

Typiquement, les infections au VIH sont très sensibles aux facteurs psycho-sociaux et donc aux relations sociales au sein de la société. Ces facteurs psycho-sociaux sont eux-mêmes influencés par les facteurs matériels (comme les inégalités de revenus qui modifient les rapports entre individus).

Le graphique ci-dessous présente le taux de prévalence au VIH pour les pays africains en regard du coefficient de Gini qui mesure la répartition des revenus au sein d'une population.



Des études en Afrique (*exemple ici*) ou même aux Etats Unis (*exemple ici*) ont montré les disparités

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

liées à la prévalence du VIH en fonction des inégalités de revenus. Malgré des évidences factuelles connues depuis les tous débuts de la pandémie, la prise en compte de ce type de déterminant reste encore très marginal dans la lutte contre le VIH.

Il conviendrait aussi de distinguer la pauvreté relative de la pauvreté absolue, car elles n'ont pas le même impact sur la santé. La pauvreté absolue se réfère davantage à la privation d'éléments matériels de base, tandis que la pauvreté relative est à considérer en fonction des inégalités de revenus au sein d'une même société. Le VIH par exemple sera probablement davantage sensible à un environnement où la pauvreté relative est élevée (cas typique des pays d'Afrique Australe très inégalitaires) qu'à la pauvreté absolue (cas de pays pauvres mais plutôt égalitaires et à forts liens sociaux). Les inégalités de revenus engendrent ainsi une pauvreté relative plus importante et de fait induit des facteurs psycho-sociaux défavorables (liens sociaux dégradés) entraînant plus de comportements dits à risque. Plutôt que de considérer certains comportements individuels à risque, il serait aussi judicieux de réfléchir sur les politiques publiques à risque qui produisent de la pauvreté (absolue ou relative).

Alors que l'actualité sur le climat devient soutenue, nous pouvons également indiquer que les inégalités de revenus ont un effet défavorable sur la consommation de CO<sub>2</sub>, elle même négative pour la santé.

Même le FMI constatant les dérives d'un système économique qui pousse à l'augmentation des inégalités, a récemment indiqué que la réduction des inégalités de revenus était positive pour la croissance économique (*source ici*).

Dans une autre étude, le FMI a aussi considéré que la réduction des inégalités Hommes/Femmes permettait de réduire les inégalités de revenus. (*source ici*). De notre point de vue, c'est quelque chose de possible mais pourrait aussi jouer dans l'autre sens, à savoir que la réduction des inégalités de revenus a de manière mécanique pour effet de réduire les inégalités entre tous les groupes discriminés. En effet, plus les inégalités de revenus sont basses dans un pays et meilleure est l'ascension sociale. Même la maison blanche sous Barack Obama fait la promotion de la courbe dite de Gatsby\*, en montrant le lien entre forte mobilité sociale et inégalités basses (*source ici*), n'hésitant pas à montrer que les Etats Unis sont bien moins efficaces pour cette mobilité que les pays scandinaves par exemple (Le Prix Nobel d'Economie Joseph Stiglitz l'a à de nombreuses reprises dénoncé). Il y a là donc deux choix politiques à faire : réduire les inégalités de revenus d'un côté et réduire les inégalités Hommes/Femmes de l'autre, les deux actions combinées sont un vecteur puissant pour l'amélioration de la santé des populations. Les pays du Maghreb par exemple ont obtenu des résultats assez spectaculaires en matière de santé depuis le début des années 1970, ceci notamment avec une forte montée en puissance de l'éducation des femmes et des inégalités de revenus plus faibles qu'en Afrique Sub-Saharienne.

*\* En référence au film « Gatsby le magnifique », roman publié en 1925 par Francis Scott Fitzgerald, et évoquant un milieu des années 1920 (ou années folles) illustrée par la superficialité sans complexe des plus riches ; période de forte croissance mais inégalitaire et de forte spéculation financière qui se terminera par le krach de 1929.*

***2ème cas : l'impact de l'alphabétisation des femmes sur la mortalité infanto-juvénile***

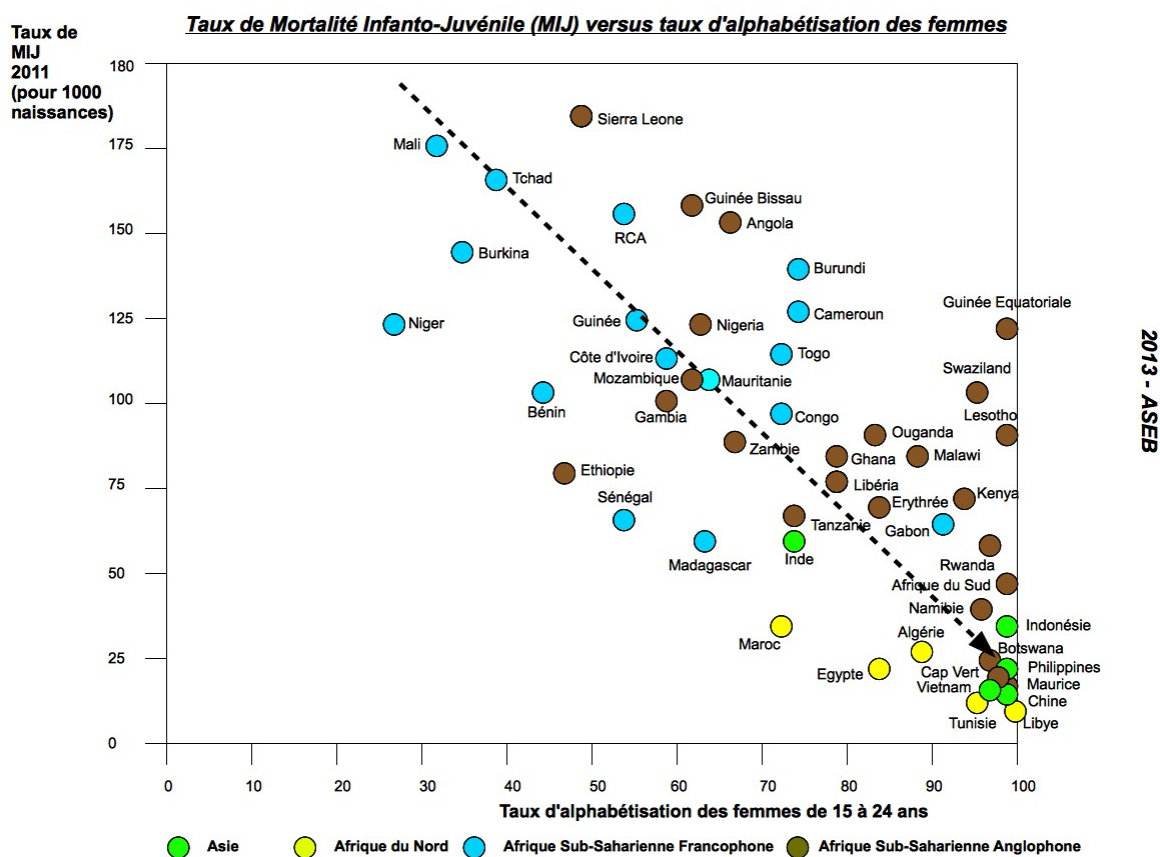
**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

Le niveau d'éducation des femmes a non seulement un impact élevé sur le développement d'un pays mais aussi sur de très nombreux indicateurs de santé. Plus le niveau d'instruction des femmes est élevé, plus les capacités d'améliorer la santé de la mère, des enfants et de la famille augmentent. L'OMS avait en son temps mis en avant que le niveau d'instruction de la mère était le déterminant le plus puissant de la santé d'un enfant.

Il ne s'agit pas ici uniquement de capacités à obtenir des revenus mais bien à s'approprier des messages de santé (hygiène, suivi médicaux réguliers, alimentation des enfants, etc...). Par exemple, la pratique de l'excision baisse significativement en fonction du niveau éducatif, idem pour la mortalité maternelle (des femmes pendant leur grossesse et à l'accouchement). De même la mortalité infanto-juvénile est influencée par le taux d'alphabétisation, ce n'est pas le seul facteur mais il y contribue fortement.

Le graphique ci-dessous montre le taux de mortalité infanto-juvénile en Afrique en fonction du taux d'alphabétisation des femmes. On remarquera un retard de nombreux pays francophones par rapport aux pays anglophones qui peut aussi s'expliquer par une Aide au Développement internationale inférieure en faveur de ces pays.

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**



Atteindre le meilleur état de santé possible et le plus âgé possible implique d'agir sur un grand nombre de déterminants, souvent inter-dépendants, au milieu desquels l'éducation est un facteur clé.

**5. DU DÉSAVANTAGE D'AGIR VERTICALEMENT PAR MALADIE ; NON PRISE EN COMPTE DE NOMBREUX DÉTERMINANTS**

Si les travaux de recherche sur les déterminants de la santé sont probants, ils restent encore sous-utilisés. Pour mener à bien une stratégie basée sur les déterminants, cela nécessite de disposer d'équipes pluridisciplinaires et bien entendu dénuées de conflits d'intérêts.

La tendance observée depuis les années 1990 montre plutôt l'apparition au niveau international, mais qui se répercute ensuite sur les différents pays, d'alliances multiformes entre acteurs publics et privés par maladie. Elles incluent les institutions internationales, les Etats, les firmes pharmaceutiques, les associations ou ONG, les grandes fondations philanthropiques. Chaque alliance va évaluer l'importance épidémiologique, suggérer des stratégies, se fixer des objectifs en termes de réduction de la mortalité et de la morbidité, collecter enfin des fonds. Cette manière d'opérer si elle donne de la visibilité aux maladies pose néanmoins plusieurs questions :

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ  
UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS

une focalisation sur quelques maladies au risque d'en délaissier d'autres aussi critiques (non prioritaires pour les bailleurs des pays riches / moins rentables pour les firmes pharmaceutiques) ; cet intérêt ou ce désintérêt pour des maladies traduit en réalité un intérêt ou un désintérêt pour des personnes, pour des malades...selon ce que vous présentez à la face du monde, vous recevrez attention, soins et compassion, ou non !

la non prise en compte de nombreux déterminants, du fait parfois de groupes d'intérêts qui peuvent être impliqués dans ces alliances \* ;

une trop grande focalisation sur le curatif au détriment des approches de prévention, parfois face aux attentes légitimes des associations de patients qui souhaitent que le plus grand nombre de patients soient rapidement traités, mais parfois aussi avec le soutien des firmes pharmaceutiques ; ainsi le patient cherchant à survivre se trouve être pris au piège du jeu pervers de l'industrie pharmaceutique ;

un affaiblissement des Etats dans leur capacité à disposer d'un cadre national de santé publique basé sur l'ensemble des déterminants.

\* Parmi les déterminants passés sous silence, nous pourrions évoquer les déterminants de géopolitique. L'OMS indique par exemple que les inégalités en santé peuvent aussi dépendre des relations internationales : (*source ici*)

*« Le contexte mondial, qui a une incidence sur les relations internationales, les normes et politiques nationales, influe sur le sort des sociétés. En outre, les relations internationales et les politiques nationales déterminent l'organisation de la société aux niveaux national et local et donnent ainsi naissance à des statuts sociaux et à une hiérarchie, en vertu desquels les populations s'organisent selon leur niveau de revenu et d'instruction, l'emploi qu'ils occupent, leur sexe, leur origine ethnique et d'autres facteurs. »*

Dans sa leçon inaugurale au Collège de France, Dominique Kerouedan, en rappelant l'historique de la lutte contre le sida, a montré comment toutes les stratégies des quinze premières années du 21<sup>ème</sup> siècle avaient été déterminées par la définition, par les Etats Unis, de cette maladie, comme une question de sécurité (nationale et internationale), définition dont ont découlé les mécanismes de financement de la maladie et le financement, ou plutôt le non financement, des systèmes de santé africains par exemple (*source ici*)...dont on voit les effets récents sur l'émergence d'une épidémie d'Ebola. Pourvu que celle-ci ne soit pas la première des épidémies de transformations sanitaires en cours qui pourraient être plus menaçantes pour l'Afrique et le monde.

Ce type d'alliances est donc discutable en termes d'approche et d'efficacité même. Il ne garantit aucunement l'efficacité maximale des options de santé publique disponibles pour un pays.

Raison pour laquelle nous estimons que l'élaboration des stratégies de santé doit tout d'abord relever d'équipes sans conflits d'intérêts avec les industries qui ont un impact potentiel sur les déterminants en santé. L'industrie associée doit rester un partenaire d'une politique publique décidée et élaborée par les pouvoirs publics. Le régulateur, donc l'Etat, doit veiller au meilleur équilibre entre toutes ses politiques nationales pour atteindre les résultats les plus favorables, ce qui est complexe et difficilement compatible avec des stratégies internationales segmentées et standardisées.

Se concentrer sur un nombre réduit de maladies avec un suivi limité de déterminants ne nous semble pas une option efficace pour les Etats. Il nous semble préférable au contraire de favoriser

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ  
UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS

une étude approfondie dans un premier temps de l'ensemble des déterminants, en identifiant pour chacun leur impact sur les différentes maladies, puis dans un deuxième temps d'identifier quelles sont les différentes politiques (à modéliser selon le pays) qui permettront de réduire au maximum l'ensemble des maladies prioritaires. A charge ensuite pour l'Etat de dialoguer avec ses partenaires pour modifier l'impact négatif de certains déterminants.

Si on analyse les stratégies de lutte contre le VIH, on peut clairement observer la manière dont l'insuffisance d'études sur les déterminants a non seulement freiné l'efficacité de la lutte mais également pénalisé d'autres maladies. Pour des raisons liées à l'implication des acteurs constituant cette alliance, certaines discriminations ont été mises en avant tandis que d'autres étaient absentes, l'accès aux traitements était exigé tandis que les inégalités de revenus largement ignorées des plaidoyers. Ces dysfonctionnements auraient pu être évités en utilisant des grilles d'évaluation par déterminants déjà largement connus.

Si les erreurs commises ne peuvent être rattrapées, il est néanmoins souhaitable de ne pas les répéter ou les poursuivre. A savoir, éviter le développement de nouvelles alliances internationales qui continueront à imposer les stratégies aux pays, et au contraire renforcer les compétences des Ministères de la Santé de chaque pays pour qu'ils soient en capacité de correctement appréhender chaque déterminant et la manière dont ils influent sur les caractéristiques épidémiologiques du pays.

A travers les alliances internationales par maladie existe aussi le risque bien réel de fragmentation et de marchandisation de la santé (Cf OMS), mais également de dépolitisation de la santé publique faisant perdre aux dirigeants élus leur autorité. Nous l'observons aujourd'hui jusqu'au plus haut niveau de l'Organisation mondiale de la santé dans le bureau de laquelle la Fondation Bill et Melinda Gates place ses conseillers.

A ce propos, on peut se demander si la fondation Gates ne reproduit aujourd'hui pas la stratégie de Rockefeller d'entre deux guerres en faisant preuve d'entrisme au sein de tous les réseaux en santé qui comptent. L'étude de l'universitaire Ludovic Tournès (*La philanthropie américaine et l'Europe : contribution à une histoire transnationale de l'américanisation*) est d'ailleurs intéressante à propos de la fondation Rockefeller et sur ses relations avec les organisations internationales naissantes :

*« La fonction de plaque tournante exercée par la fondation Rockefeller prend ici toute sa dimension, car on la voit fonctionner à l'échelle européenne, et assurer le lien transatlantique avec les milieux universitaires américains. Dans cette perspective, le processus d'américanisation réside avant tout dans la manière dont une institution américaine comme la fondation Rockefeller se place au centre de réseaux préexistants qu'elle contribue à réorganiser et réorienter grâce à sa puissance financière et à sa stratégie visant également à créer des réseaux toujours en expansion. »*

Si Bill Gates se présente sous les auspices d'un généreux donateur international, nous devons quand même nous poser la question s'il ne pousse pas, du fait de l'étendue de ses réseaux de scientifiques et de leaders d'opinion ainsi que de financements ciblés, à l'américanisation de la santé internationale. Une américanisation qui pourrait être appréhendée au travers des stratégies impulsées et des acteurs bénéficiaires.



**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

Les stratégies et une partie des moyens financiers étant apportés par l'international, les pays se retrouvent en effet avec peu d'influence sur leurs propres politiques. Au contraire, par l'usage préliminaire des déterminants, les dirigeants politiques de chaque pays reprennent la main sur leurs politiques de santé et sur les autres politiques qui y sont liées. En mettant au premier plan les cadres de santé publique basés sur les déterminants on remet en selle l'action inter-ministérielle au sein de chaque pays et la coopération inter-étatique au niveau international tandis que les acteurs privés peuvent mieux se concentrer au cas par cas sur les différents déterminants qui les concernent et sur certains projets y afférant.

Si les associations de patients ont par exemple un rôle à jouer, y compris sur chaque maladie, bien d'autres acteurs devraient également être plus impliqués alors qu'ils sont hors jeu. Les syndicats par exemple mériteraient une place plus significative sur les questions de santé, que ce soit vis à vis de la médecine du travail, du taux d'emploi ou de la répartition des revenus au sein d'une société ; quelques déterminants en santé parmi les plus importants. De même les professionnels de l'éducation devraient être plus écoutés. Enfin, les sociologues et intellectuels de chaque pays, qui ont souvent une observation aiguë sur les dérives au sein de la société ne peuvent être ignorés au risque d'implémenter des stratégies de santé internationales inadaptées dans le contexte national. La société dans son ensemble pourrait être consultée, car n'y a-t-il pas plus projet de société que de s'interroger et d'élaborer un projet de santé individuel et collectif ?

Si les résultats obtenus sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en santé n'ont pas été très bons pour l'Afrique Sub-Saharienne, c'est également parce qu'on a pas d'une part assez investi sur les soins primaires (mauvais équilibre des dépenses en santé), mais parce que certains déterminants non médicaux très importants n'ont pas été assez suivis : inégalités de revenus d'une part, alphabétisation insuffisante en particulier pour les pays francophones (mais moins d'APD que pour les pays anglophones). On pourra aussi lire l'article de Dominique Kerouedan et Bruno Dujardin « Pourquoi les Nations échouent en matière de santé, 2014 » (*source ici*).

Agir avec les forces vives d'un pays au travers de la réflexion sur les déterminants en santé peut être une manière d'améliorer le fonctionnement général d'une société, de la rendre plus conviviale en cherchant parfois par des moyens simples à réduire certaines problématiques à moindre coût. Certains pays organisent parfois des états généraux de la santé, il conviendrait d'ouvrir ce genre de débat à un nombre élargi de thématiques et qui puisse faire participer un grand nombre d'acteurs nationaux.

## **6. STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES RISQUES ET USAGE DES DÉTERMINANTS EN SANTÉ**

Depuis un certain nombre d'années on voit de plus en plus de rapports basés sur la réduction des risques, notamment sur le VIH ou encore sur les conséquences d'usage des drogues.

Les outils de gestion des risques peuvent être utiles, mais contiennent généralement deux biais :

Le premier est lié au panel de personnes qui seront amenés à réfléchir sur les risques. En fonction des intervenants impliqués, l'identification et la pondération des risques sera très variable.

Le deuxième est lié au champs retenu et donc des déterminants qui seront acceptés comme faisant partie de l'étude.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ  
UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS

Elaborer une cartographie des risques est toujours le résultat de perceptions et n'est pas une science exacte.

Il convient ainsi de rappeler qu'un risque comporte deux composantes : la fréquence de survenance d'un événement négatif (par exemple une contamination) et d'un impact potentiel (par exemple sur la santé d'une population). La combinaison des deux éléments permet de pondérer un risque et de le hiérarchiser dans un ensemble de risques potentiels.

Si une cartographie des risques en santé est élaborée sans tenir compte de déterminants sociaux-économiques, et donc des stratégies économiques et sociales, des risques majeurs peuvent être délibérément écartés.

Dans le document « *Les déterminants sociaux de la santé, les faits, 2004* », il est par exemple indiqué que « L'alcoolisme, la consommation de drogues illicites et le tabagisme sont étroitement associés à des indicateurs de situation défavorisée sur les plans économique et social ».

Or si la plupart des stratégies de gestion des risques sur les drogues mettent bien l'accent sur la réduction des risques de transmission (par échange de seringues stérilisées par exemple), elles s'attaquent peu aux racines du problème, à savoir pourquoi des personnes utilisent des drogues. Les plus démunis dans une société sont déjà des sujets potentiellement plus à risque que les plus nantis. Ainsi, la réduction des risques sur les drogues devrait en amont demander de manière préalable une réduction des inégalités socio-économiques. Si les conditions socio-économiques ne changent pas, le problème ne sera pas réglé en amont et les stratégies de réduction des risques seront essentiellement focalisées sur les conséquences, à savoir les infections ou contaminations.

Idem dans la lutte du VIH, où la notion de groupes à risque est largement utilisée, de la part des institutions en santé ou des acteurs de la société civile. Cependant, on ne voit généralement pas le processus entier qui aboutit à ces listes de groupes à risque, avec en bout de course des oublis majeurs. Les pays d'Afrique Australe, les plus touchés par le VIH sur le plan international, sont notamment caractérisés par des inégalités raciales et économiques flagrantes et qui ont favorisé la propagation du Sida, points qui n'apparaissent pas dans l'évaluation des risques au VIH sur le plan international ce qui fausse l'interprétation que l'on a pu avoir de cette pandémie et de facto des outils pour la contrer.

Nous pourrions ainsi dire que les cartographies de risques généralement présentées dans le domaine sanitaire sont le reflet des perceptions et des priorités de ceux qui les ont conçues, c'est un outil subjectif. L'utilisation préalable d'un référentiel complet des déterminants en santé serait de nature à limiter les impasses auxquelles nous assistons et à faire le réel effort de corriger les maux bien en amont plutôt que de se focaliser essentiellement sur la réduction des conséquences. Les cartographies de risques sur le VIH ou encore l'usage des drogues sont typiquement à ce stade très partielles et donc insuffisantes.

Considérant que les conditions socio-économiques pourraient compter pour près de 50% de l'état de santé d'une population, nous devrions alors peut être déjà nous poser la question si les stratégies de réduction des risques ne devraient pas comprendre environ 50% de risques socio-économiques. Le rapport « *Les déterminants sociaux en santé, les faits, 2004* » indique logiquement :

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ  
UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS

*« Pour lutter contre la toxicomanie (drogues légales ou illicites), il faut non seulement offrir soutien et soins aux personnes en état de dépendance, mais aussi s'attaquer aux difficultés sociales qui constituent la cause profonde de ce problème. »*

La déclaration de Vienne de 2010 sur la demande de non criminalisation des usagers de drogues illicites et en particulier du fait de l'impact sur le VIH (*source ici*) est à ce titre symptomatique. Si effectivement criminaliser est déjà contre-productif en matière de santé publique, on ne peut que regretter l'absence de réflexion sur les déterminants qui font augmenter la consommation de drogues. ONUSIDA n'a clairement pas joué son rôle et a fait preuve de négligence alors que cette organisation (et autres acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH) aurait au minimum du dénoncer les inégalités de revenus et autres facteurs qui alimentent la consommation de drogues illicites du fait de difficultés psychologiques et sociales.

Ainsi, si les ONG qui agissent sur le terrain médical face aux drogues (ou le VIH, diabète, etc...) ne font pas de plaidoyers sur la réduction des inégalités de revenus, on voit mal comment le problème sera sérieusement réduit. Leur professionnalisation leur a certainement permis d'acquérir plus de compétences techniques dans le domaine médical, mais leur dépolitisation leur a fait s'éloigner du champs socio-économique et d'une vision plus globale de la société. Si la société civile est trop focalisée sur le soin, il est alors préférable pour les pouvoirs publics plutôt que de fragmenter les actions subventionnées avec une faible coordination d'investir par exemple dans la médecine scolaire et la médecine du travail (largement sinistrées en France) qui touchent un large spectre de la population avec des messages de prévention homogènes.

Le cas du diabète est aussi intéressant. Il est fortement lié à l'obésité, et donc aux politiques publiques (alimentation, publicité, sport, etc...). Par ailleurs, l'obésité touche plus les populations défavorisées dans les pays riches. On peut aussi noter que les enfants nés avec un faible poids à la naissance auront beaucoup plus de risque de développer un diabète, la prématurité étant elle même favorisée par des facteurs comme l'hypertension, les maladies chroniques et ...le diabète. Si les pouvoirs publics n'agissent pas fortement sur les déterminants sociaux (réduction des inégalités de revenus, qualité de l'alimentation, etc...) on voit mal là encore comment briser efficacement ce type de cercle vicieux. Mettre de plus en plus d'argent pour traiter les patients atteints de diabète sans changement de la société est une aberration sanitaire et économique, tout en sachant qu'on reporte de génération en génération les problèmes. Le diabète est un cas manifeste où le secteur associatif impliqué devrait présenter les actions à mener en fonction de l'ensemble des déterminants sociaux de la santé et bien entendu demander des actions courageuses des pouvoirs publics pour lutter contre certains lobbys alimentaires, ce qui pour le moment est très loin d'être le cas.

En poursuivant sur le diabète et l'usage de drogues, il est intéressant de lire le plan d'action de l'OMS pour les maladies mentales 2013-2020 (*source ici*). Il est indiqué :

*« Il est ainsi prouvé que la dépression prédispose au diabète et à l'infarctus du myocarde et, qu'inversement, ceux-ci accroissent le risque de dépression. De nombreux facteurs de risque tels qu'un faible niveau socio-économique, l'alcoolisme et le stress sont communs à la fois aux troubles mentaux et à d'autres maladies non transmissibles. On constate aussi une nette concurrence des troubles mentaux et des toxicomanies. Ensemble, les troubles mentaux et neurologiques et les troubles liés à l'utilisation des substances représentent un lourd fardeau*

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

*puisqu'ils comptaient pour 13% de la charge totale de morbidité à l'échelle mondiale en 2004. La dépression représente à elle seule 4,3% de la charge mondiale de morbidité et fait partie des principales causes d'incapacité dans le monde (11% des années de vie vécues avec une incapacité dans l'ensemble du monde), en particulier chez les femmes. »*

*« Une mauvaise santé mentale est souvent le résultat de tout un ensemble de déterminants sociaux et économiques, y compris le niveau de revenu, la situation au regard de l'emploi, le niveau d'instruction, le niveau de vie matériel, la santé physique, la cohésion familiale, la discrimination, les violations des droits de l'homme et l'exposition à des événements défavorables, y compris les violences sexuelles, la maltraitance et le délaissement d'enfants. »*

Donc là aussi, si traiter médicalement des maladies mentales peut se justifier, faute d'analyse fine sur les différents déterminants sociaux de la santé et d'actions appropriées pour rendre plus « conviviale » la société, les troubles mentaux ont peu de chances de diminuer, voire bien contraire d'augmenter comme le craint l'OMS. Lutter contre les inégalités sociales et les différentes discriminations ne peuvent qu'être profitables pour réduire le besoin d'outils thérapeutiques.

## **7. EPIDÉMIES, PANDÉMIES ET DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ**

De même face à de nouvelles épidémies, on l'a vu avec Ebola en Afrique de l'Ouest et maintenant Zika, on peut se demander si les institutions en santé sont suffisamment outillées en matière de gestion de risques sanitaires. A l'heure où de nouveaux traitements dit PreP (Prophylaxie pré-exposition) sont mis sur le marché contre le VIH, mais sans couvrir d'autres infections connues (syphilis, chlamydia, gonorrhée ou hépatites) et peut être d'autres mal connues (Zika est par exemple considéré comme potentiellement transmissible sexuellement) ou encore à venir, on doit se questionner sur les approches globales de gestion des risques sanitaires et notamment pour les maladies sexuellement transmissibles qui exigent un minimum de prudence.

L'épidémie Ebola qui a mis à plat trois pays d'Afrique de l'Ouest n'est pas la conséquence de quelques chauves souris contaminées qui ont migré d'Afrique Centrale. C'est avant tout l'échec de politiques sanitaires, incapables de promouvoir un état sanitaire minimal. Un fonds mondial focalisé sur trois maladies (VIH, Tuberculose, Paludisme), et bien plus puissant financièrement sur ces pays que les Ministères de la Santé eux même, est une anomalie de l'architecture mondiale de la santé. Sur ce type de pays, les fondamentaux de la santé publique doivent être remis à l'ordre du jour sans devoir être court-circuités par les priorités des bailleurs internationaux. Par la même occasion, on notera que la ponction des ressources médicales de ces pays pendant des années par les pays du Nord (au nom du marché libre) ont eu de graves répercussions sur la capacité de réponse et de désorganisation des maigres ressources nationales disponibles. Enfin, une sérieuse remise en question du système humanitaire s'avère nécessaire s'il n'est pas en capacité d'analyser en profondeur les faiblesses des politiques publiques des pays où il intervient, préférant généralement mettre en avant sa propre action ciblée dans des environnements déstructurés mais dont on peut douter qu'il contribue à restructurer. Dans le monde du charity business, des rapports (sans image) sur les déterminants sociaux sont certainement moins vendables pour attirer des donateurs du Nord qu'un enfant qui meurt de faim ou de paludisme.

Lorsqu'on analyse les terrains de développement d'épidémies ou de pandémies comme la grippe H1N1 dite « espagnole » (1918-1919), la pandémie VIH, Ebola ou encore Zika on constate à

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

chaque fois que ce sont les populations les plus pauvres qui en sont le plus victimes. Les déterminants sociaux sont clefs dans ce type d'approche. Tant qu'on ne sera pas en capacité d'éradiquer l'extrême pauvreté (le nombre augmente en Afrique), de limiter les inégalités de revenus, d'assurer partout les bases de l'hygiène, de l'assainissement, de l'éducation et des soins primaires, nous ne pourrons que nous mettre en danger face à ce type de phénomène. Ce sont pourtant les actions les plus simples et les moins coûteuses qui sont les plus efficaces en prévention, et pas l'innovation en santé qui agit en urgence une fois le mal fait et à des prix exorbitants.

Pour cela, lutter contre les conflits d'intérêts dans la santé doit clairement faire partie des stratégies de réduction des risques sanitaires, à savoir le risque de ne pas dire toutes les vérités. La montée de ce qui est appelé le philanthrocapitalisme (philanthropie en lien étroit avec les industries) est de ce point de vue source d'inquiétude, et nous devons exiger que les institutions en santé soient parfaitement étanches (sur le plan financier et opérationnel) face aux risques de conflits d'intérêts qui peuvent sérieusement altérer leurs capacités à énoncer toutes les vérités. Nous ne voyons pas le mouvement philanthropique agir pour que les déterminants sociaux en santé soient mis en avant, bien au contraire.

Aussi, le fait que l'OMS soit devenue aussi dépendante de contributions financières privées (25% environ seulement de contributions fixes en provenance des Etats) mériterait potentiellement d'intégrer cet élément dans une cartographie des risques sanitaires. Le budget de l'OMS qui représente moins de 2% des dépenses annuelles de santé en France devrait être à 100% d'origine publique. Face aux menaces pandémiques mondiales qui ont à chaque fois des coûts humains et financiers disproportionnés, voire de déstabilisation d'Etats ou de régions entières, nous ne pouvons nous permettre de laisser une telle organisation financée par des fonds privés qui peuvent modifier son action en favorisant l'innovation médicale du fait de ses multiples partenariats au détriment des déterminants sociaux. Déployer en urgence sur le terrain à coup de milliards de dollars de grandes ONG, des bataillons de militaires étrangers, des experts pharmaceutiques, etc... à chaque crise sanitaire n'est pas la solution, l'OMS doit d'abord veiller à ce que les conditions minimales décentes de vie soient garanties partout dans le monde ce qui lui demande indépendance totale et capacité de critique de politiques macro-économiques irresponsables génératrices d'extrême pauvreté. La persistance de l'extrême pauvreté demeure une menace sanitaire mondiale et de fait son éradication doit être une priorité mondiale, une éradication qui passe d'abord par de puissantes politiques publiques pilotées par les Etats. Les crises épidémiques doivent donc être l'occasion après de manifestes défaillances non pas de mettre sur pied de nouvelles task forces internationales d'urgence largement appuyées par le secteur privé, mais bien de remettre en question les stratégies internationales de santé et les politiques publiques au sein des pays touchés qui ont singulièrement manqué d'équité.

Comprenons bien également que l'industrie médicale peut avoir ses propres objectifs de croissance, indépendamment des principes de santé publique. Le philosophe Ivan Illitch dénonçait ainsi en 1974 dans un pamphlet intitulé « Némésis Médical » la médecine moderne et l'explosion des dépenses en santé aux Etats Unis à partir des années 1960 sans gain véritable, voire avec des conséquences négatives pour la santé des populations. C'est à cette même période que des pays comme Cuba ou le Costa Rica ont rapidement rattrapé l'espérance de vie américaine qui croissait de manière très lente. Sans tomber dans l'excès de rejeter la médecine moderne et les progrès qu'elle apporte, il est tout à fait clair que de nombreux pans de la santé sont aujourd'hui hypertrophiés (mais puissants financièrement) tandis que d'autres sont atrophiés par le principe des vases

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ  
UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS

communicants.

## 8. CONCLUSIONS

Les progrès dans la santé au cours du dernier siècle ont été réalisés grâce à l'amélioration des dispositifs médicaux mais surtout à l'amélioration de nombreux déterminants de santé non médicaux (éducation de masse, hygiène publique et privée, travaux d'assainissement, amélioration des conditions matérielles et de l'environnement physique, etc...).

Depuis les années 1970, les travaux de recherche en santé publique ont affiné la connaissance sur l'impact des différents déterminants en santé. De plus en plus de pays améliorent l'efficacité de leurs politiques de santé en utilisant ces déterminants et par des politiques multi-sectorielles cohérentes.

Malheureusement, les déterminants de la santé restent encore sous-utilisés que ce soit dans les pays riches ou plus encore dans les pays en développement. Pourtant, leur étude est absolument nécessaire pour comprendre les inégalités en santé et améliorer l'état de santé physique et mental des citoyens, pour optimiser les dépenses de l'Etat. Passé un certain niveau, les dépenses en santé n'apportent plus de bonus ; la France, l'Espagne et l'Italie ont les mêmes espérances de vie depuis très longtemps bien que les dépenses françaises soient très largement au dessus de ses deux voisins.

Le poids des lobbys ou plus généralement les conflits d'intérêts dans la santé peuvent limiter ou empêcher l'usage formel de certains déterminants qui mettent en évidence l'impact négatif sur la santé de certaines activités. Il est ainsi important d'avoir une politique claire dans ce domaine pour chaque pays, et également au niveau des institutions internationales impliquées dans la santé.

Pour les pays en développement, des améliorations rapides, significatives et peu coûteuses peuvent être enregistrées en agissant efficacement sur certains déterminants. Un bon usage des déterminants peut diminuer certaines maladies et soulager efficacement des ressources en santé souvent insuffisantes, optimiser également les dépenses publiques en équilibrant mieux les actions multi-sectorielles. En Afrique, où les dépenses publiques doivent être gérées plus encore de manière optimale, il convient de retirer les leçons (bonnes ou mauvaises) des pays riches dans leurs dépenses en santé et dans leurs stratégies d'utilisation des déterminants. Il est ainsi indispensable de maîtriser correctement et le plus vite possible partout déjà la question des soins primaires où les gains sont potentiellement élevés, ce qui ne nécessite pas de stratégie complexe. De plus, réduire les inégalités de revenus trop forts en Afrique Sub-Saharienne ou encore réduire les inégalités Hommes/Femmes (déjà par l'éducation) sont du ressort des dirigeants politiques nationaux qui en sont comptables. Enfin, la Banque Africaine de Développement ou les outils de notation de la gouvernance pour l'Afrique ne devraient plus continuer à mettre en avant des pays très inégalitaires ou des paradis fiscaux (*source ici*), ceci est préjudiciable pour un grand nombre d'aspects de la vie des citoyens africains ; mais doivent eux aussi entamer une réflexion sur les déterminants en santé. Les stratégies de réduction des risques dans le domaine de la santé, si elles peuvent être utiles, ne doivent pas masquer des biais significatifs dans leur construction au « risque » de biaiser tous les plans d'actions qui en découlent, ce qui est souvent le cas.

Les institutions en santé, qu'elles soient onusiennes (OMS, UNICEF, ONUSIDA) ou autres (Banque Mondiale, Fonds Mondial, Coopérations Internationales, etc...), voire même les grandes ONG, ont la responsabilité de présenter d'une manière claire et sans biais tous les déterminants en santé sur les

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

causes qu'elles défendent et d'être cohérentes entre elles. Si les documents de l'OMS sont bien souvent de qualité, l'ensemble manque de cohérence. Dans le prolongement des excellents travaux de sa Commission sur les déterminants en santé en 2009, il revient à l'OMS de présenter un cadre global international présentant tous les déterminants, médicaux et non médicaux, et qui permettrait un meilleur repère pour les autres organisations qu'elles soient financières (Banque Mondiale, Fonds Mondial, Coopérations Internationales, etc...) ou non (UNICEF, ONUSIDA). Pour le moment, la manière dont les fonds se répartissent en fonction des déterminants en santé reste dans une logique opaque et davantage reliée à la puissance des différentes alliances internationales ; notamment du fait de l'influence de ce qui est communément appelé aujourd'hui le philanthrocapitalisme ou encore des logiques géopolitiques des Etats.

Agir maladie par maladie ne nous semble pas la façon la plus opportune pour agir efficacement sur un grand nombre de déterminants en santé qui impactent en même temps, de manière directe et indirecte et souvent s'auto-alimentent, la plupart des maladies. De ce fait, agir verticalement sur le VIH, les drogues, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les hépatites, etc... peut éventuellement renforcer certaines compétences médicales mais in fine limite très fortement l'intersectorialité qui est tout à fait indispensable pour réduire leur prévalence dans la durée. En même temps, des recherches récentes tendent à mettre en place une liaison directe entre niveau social, exposition à ces facteurs environnementaux comme les micro-particules et l'émergence de maladies inflammatoires chroniques, les relations entre obésité et mauvaises habitudes alimentaires se déclinent également de plus en plus en gradients sociaux. De fait, nous voyons à travers la plupart des grandes alliances internationales en santé une vision souvent borgne de la Santé et qui ne traitent pas notamment des stratégies socio-économiques pourtant fondamentales. La montée des inégalités de revenus intra-pays depuis les années 1980 et de ce qu'on a appelé le néolibéralisme a clairement entraîné des dégâts sanitaires souterrains souvent mal appréhendés du fait d'une insuffisance en recherche dans les sciences sociales. La persistance des pandémies reflète la persistance de la grande pauvreté et de l'insalubrité. Ne serait-il pas préférable de rendre la société plus conviviale plutôt que de pousser à toujours plus de compétition individuelle et d'exiger en contrepartie aux individus de renforcer leurs capacités de résilience en milieu hostile ?

La lecture des politiques nationales de santé en Afrique montre qu'il n'est que très peu fait formellement usage des déterminants sociaux de la santé, ce qui pose des questions sur la manière dont l'aide internationale en santé agit et souhaite orienter les stratégies. Nous appelons ainsi à porter un regard très critique sur la structure des politiques nationales de santé et invitons les acteurs de santé à veiller à ce que tous les déterminants essentiels soient correctement appréhendés et traités. C'est pour les pays africains une question qui touche à la démocratie, à la santé des populations, et à la souveraineté des actions en santé. A défaut de référentiel international, il appartient à chaque Etat de se doter de son propre référentiel et de communiquer publiquement sur la situation actuelle et de donner des indications claires sur les objectifs attendus et actions envisagées (de la part de l'Etat ou des autres acteurs). Nous proposons en annexe III un exemple de trame de politique nationale de santé basée sur les déterminants.

Enfin, l'utilisation des déterminants de santé doit aussi être l'occasion d'une profonde réflexion philosophique sur l'état des sociétés. L'individu est avant tout un être social qui interagit fortement avec ses semblables et son environnement, ne pas prendre soin des relations sociales au sens très large ni de l'environnement porte directement atteinte à la santé physique et mentale des personnes. La montée des maladies mentales qui a une forte répercussion sur la santé physique doit inciter à

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ  
UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS

bien comprendre les mécanismes de mal être et de compétition sociale de plus en plus fortement ancrée. Un individu en bonne santé doit ainsi se comprendre comme en harmonie avec la société dans laquelle il évolue, la plus conviviale possible, qui y trouve sa place et un sens à sa vie. En cela, les sciences sociales mériteraient une meilleure considération dans l'ensemble des politiques de santé, ceci d'autant plus que l'usage des nouvelles technologies et outils de management devient particulièrement prégnant permettant certains progrès mais aussi hélas des dérives parfois inquiétantes pour la convivialité.

Si la poursuite des progrès pharmaceutiques et technologiques sont nécessaires dans la santé, nous ne devons néanmoins pas succomber à la tentation de l'ivresse des années 1920 ou années folles (forte croissance inégalitaire, arrivée massive de nouveaux riches et montée de la philanthropie, spéculation financière débridée) et ne pas perdre de vue que la santé dans son ensemble repose en grande partie sur des principes simples avec un certain nombre de piliers à respecter. Gardons les pieds sur terre et soyons en capacité de tirer au clair en 2016 la situation de tous les déterminants en santé sur chaque pays. La santé a clairement dérivé depuis de nombreuses années, l'OMS parlait à juste titre de fragmentation et de marchandisation dérégulée dans son rapport sur la santé dans le monde de 2008 (*source ici*), la tendance s'aggrave et il est maintenant temps de revenir aux fondamentaux de la santé publique.

La promesse du philanthrocapitalisme de régler les problèmes de santé des populations en laissant les entrepreneurs et industriels appliquer les recettes du secteur privé au domaine de la santé publique est une illusion. Le philanthrocapitalisme doit aussi être perçu comme une question de pouvoir des Etats, de leur logique d'influence au sein des organisations internationales et des réseaux qui en dépendent. Par ailleurs, les Etats Unis et la dérive de la médecine industrielle représentent un exemple patent d'échec de santé publique malgré des dépenses astronomiques non régulées. La vérité est que les gens exclus de la société sont déjà bien plus malades (physiquement et surtout mentalement) que les autres personnes avant même de pouvoir accéder aux dispositifs médicaux de santé, de fait dans son fonctionnement actuel la médecine moderne est incapable de produire de l'équité en santé.

Plutôt que de promouvoir la croissance du PIB à tout prix, poussant sans cesse à plus de compétition internationale et au sein des pays via les dérégulations et par la même entre individus, il serait préférable notamment en étudiant les possibilités de développer un état de bien être physique et mental des personnes de promouvoir une économie saine qui préserve l'environnement, les relations sociales et le bien vivre ensemble. Et in fine, ce type de démarche permettrait de générer des économies plus solides et moins spéculatives avec un meilleur état de bien être. Agir à partir des déterminants en santé est un bon prisme pour y arriver. Là réside le secret de la santé durable.



**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

**Annexe I : Recommandations de l'OMS dans le cadre de sa commission sur les déterminants sociaux de la santé**

*(source ici)*

*Dans le rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, nous reproduisons ici les entêtes des actions à mener :*

*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.*

*Étendre 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).*

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

*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.*

*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.*

*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.*

*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.*

*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.*

*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.*

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

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

*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.*

*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*

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

*déterminants sociaux.*

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

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

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

*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.*

*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).*

*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 financer des politiques et des programmes qui combler les disparités d'éducation et de compétences et qui favorisent la participation économique des femmes.*

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

*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.*

*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.*

*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.*

*Renforcer le rôle de chef de file de l'OMS dans l'action menée au niveau mondial pour influencer sur les déterminants sociaux de la santé, en faisant des déterminants sociaux de la santé un fil conducteur pour tous les Départements et tous les programmes de pays de l'Organisation.*

*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.*

*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.*

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

*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.*

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ  
UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS

*Annexe II : liste possible de déterminants à prendre en compte dans une politique nationale de santé*

D'une manière générale, nous considérons que chaque politique nationale de santé devrait présenter de manière claire l'impact des déterminants sur la population concernée.

Une analyse fine pourrait être réalisée en considérant d'une part les déterminants matériels et les déterminants psycho-sociaux.

Parmi les principaux déterminants à prendre en compte, nous pourrions ainsi citer :

**Déterminants non médicaux :**

déterminants environnementaux (droits à un environnement sain, incluant les questions sur le climat, la biodiversité, les différentes formes de pollution) ;

déterminants nutritionnels (droits à une alimentation et des boissons saines, incluant les éléments comme l'alcool ou le tabac) ;

déterminants sociaux-économiques (droits socio-économiques, incluant le droit à l'éducation, l'emploi, le logement, des inégalités de revenus réduits, qualité des services publics de proximité, etc...) ;

déterminants sociétaux (droits humains ou lutte contre les discriminations et toutes formes de violences raciales, ethniques, religieuses, de genre, sexuelles, spatiaux ou géographiques, etc...) ;

déterminants culturels (droits d'accès à la connaissance, aux activités culturelles et artistiques, à la vie associative / niveau de convivialité de la société, impact de la publicité sur les citoyens en particulier des enfants) ;

déterminants technologiques (droits mais aussi protection dans l'usage des technologies de l'information) ;

déterminants liés à la sécurité des personnes (sécurité routière, criminalité et délinquance, contrôle des armes, gestion carcérale, paix civile) ;

déterminants individuels (droits à une information exacte et complète, et incluant la promotion de la santé).

**Déterminants médicaux :**

prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire tel que définis par l'OMS) ;

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

***Annexe III : exemple de trame de politique nationale de santé basée sur les déterminants***

Nous proposons ci-dessous une présentation synthétique des principaux éléments qui pourraient figurer dans une politique nationale de santé publique, basée sur l'usage des déterminants en santé, et pour une durée de cinq ans.

**Présentation du cadre national de santé publique, des déterminants en santé utilisés**

Nous présentons en annexe II une liste de déterminants en santé possible à prendre en compte.

Si des cartographies de risques sont établies sur certaines maladies, nous recommandons à ce que le cadre utilisé soit le même que pour le cadre national de santé publique avec tous les déterminants. La compétence des intervenants devrait également être mentionnée pour s'assurer d'une large couverture de la perception des risques.

**Présentation des principes éthiques guidant l'action de l'Etat en matière de santé (déterminant de gouvernance en santé)**

**Equité** : nous suggérons de préciser comment l'Etat garantit les droits en santé à la population.

**Intégrité** : nous recommandons également de préciser les mesures prises par l'Etat pour éviter les conflits d'intérêts qui pourraient altérer l'élaboration des stratégies de santé et de leur mise en œuvre, de fraude ou de corruption sur les opérations en santé. La non prise en compte de certains déterminants dans les politiques de santé sont de nature à attirer l'attention sur de potentiels conflits d'intérêts.

On pourra notamment mentionner la régulation des relations du secteur pharmaceutique notamment avec les acteurs en santé (responsables publics, associations, médecins, etc...), et par extension toute industrie ayant potentiellement un impact notoirement négatif sur la santé (tabac, alcools, certains aliments, agro-industrie, transport, énergie, etc...).

**Transparence** : comment l'Etat rend contrôle la bonne exécution de ses politiques et rend compte à la population des résultats obtenus.

**Efficacité** : comment l'Etat planifie ses dépenses en santé sur les différents déterminants en fonction de leur importance pour obtenir les meilleurs résultats possibles de long terme.

Enfin, nous devons aussi considérer qu'une politique nationale de santé épouse la culture du pays, il ne s'agit pas uniquement de dupliquer des documents standardisés d'un pays à l'autre, mais bien de s'assurer que la vision de la santé est conforme aux aspirations des citoyens.

**Situation épidémiologique dans le pays**

Nous suggérons d'inclure la liste des principales causes de mortalité (et de morbidité), ainsi que leur évolution sur les 5 ou 10 dernières années.

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

Nb : une politique de santé ne peut uniquement se baser sur des données épidémiologiques. Les pays en développement savent que s'ils appliquent les mêmes principes de développement que ceux du Nord, tôt ou tard ils verront apparaître les mêmes maladies.

**Evaluation du précédent plan quinquennal de santé publique**

Tirer un bilan du précédent plan quinquennal en précisant les mesures envisagées, prises et les résultats obtenus.

**Evaluation de l'impact des déterminants sur les principales maladies**

Une matrice présentant la liste des principales maladies et en vis à vis l'impact (élevé, moyen, faible) de chaque déterminant retenu dans le référentiel national (voir annexe II), indiquant également les études nationales et internationales permettant de valider les évidences.

Un détail de l'impact sanitaire et économique des principaux déterminants serait justifié, ainsi qu'une présentation des principales mesures requises pour :

renforcer la régulation sur les déterminants essentiels pour la santé  
(exemple : augmentation de la taxation du tabac, des alcools ou des produits sucrés)

renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé  
(exemple : réduction des pratiques sexuelles à risque)

renforcer les pratiques de soins  
(exemple : renforcement du nombre de médecins et infirmier(e)s de proximité)

**Fixation d'objectifs en santé à cinq ans**

On précisera ici les objectifs à cinq ans du Ministère de la Santé :

Dans le domaine de la prévention, quelles sont les baisses attendues des mauvaises pratiques :

Taux de consommation de tabac, d'alcools  
Taux de traitement des déchets  
Taux de présence de substances néfastes dans l'air, l'eau, les sols, les aliments  
Taux de pratiques à risque (sexuelles, drogues illicites, routières, etc...)  
Taux d'obésité  
etc...

Dans le domaine des soins, quelle est l'amélioration de la couverture sanitaire attendue ainsi que de la qualité des soins.

Taux d'accès aux différents types de soins

**LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**UN POTENTIEL INEXPLOITÉ POUR LE MIEUX-ÊTRE DES POPULATIONS**

Principaux indicateurs de santé à suivre

**Plans d'actions pour les déterminants non médicaux et politiques multi-sectorielles**

En fonction de l'évaluation précédente, on déterminera les actions à mener au sein de chaque politique publique (éducation, fiscalité, agro-alimentaire, transports, etc... ) pour faire descendre le niveau d'impact en indiquant les résultats attendus.

Les politiques suivantes pourraient y figurer (sans être exhaustif) :

- l'abaissement des inégalités de revenus (politiques fiscales, sociales, familiales, etc... ) ;
- la taxation des produits tabagiques, des alcools, des aliments trop gras et trop sucrés (y compris boissons) ;
- la réglementation des transports et des énergies polluants ;
- l'accès à l'eau potable, l'assainissement et gestion des déchets, l'hygiène ;
- la réglementation de la publicité ;
- la réglementation des industries agro-alimentaires sur l'environnement et la bio-diversité ;
- etc...

**Plans d'actions sur les déterminants médicaux et éventuellement par maladie (y compris pour les troubles mentaux)**

Description des stratégies de santé à mettre en œuvre sur la prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire (voir classification de l'OMS).

Dans ce domaine, on n'oubliera pas la médecine scolaire et la médecine du travail qui ont un rôle très important en matière de prévention et de réduction des inégalités en santé.

**Plans budgétaires**

Présentation des coûts et des plans de financement.