



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (MARS 2015)

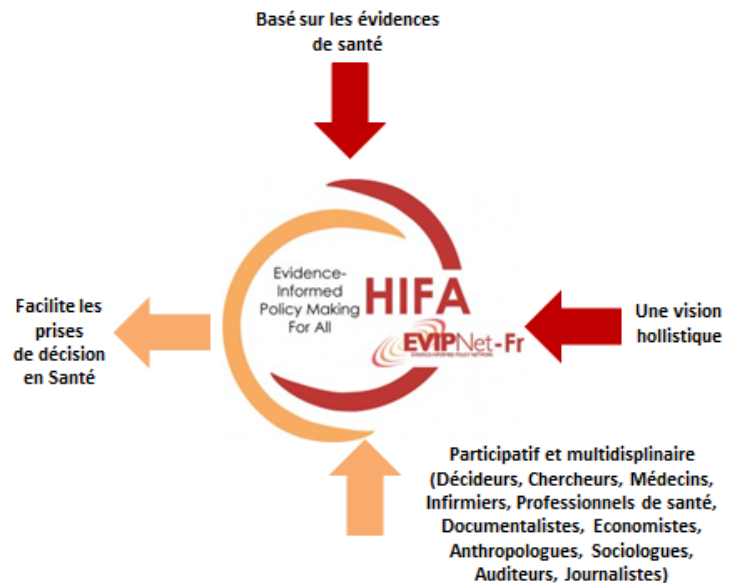
Les Rendez-vous mensuels HIFA-EVIPNet de l'OMS

En partenariat avec

Ces rendez-vous mensuels sont préparés avec l'appui de l'Association Permanente Développement et Santé, certifié HONcode



[Une organisation certifiée Hon-Code](#)



N°7 : les Déterminants Sociaux de la Santé

Mars 2015



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

**N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE
(MARS 2015)**

Sommaire

1 - Points clefs à retenir des échanges de discussion	4
2 – Résumé des activités de l’OMS sur les déterminants sociaux de la santé et la Santé dans Toutes les Politiques	5
3 –Fonctionnement du forum de discussion HIFA-EVIPNET	8
4 - L'expertise à l'OMS sur les Déterminants Sociaux de la Santé et la Santé dans Toutes les Politiques	9
5 – Autres expertises significatives sur les déterminants sociaux de la santé	19
6 – Entretiens avec les experts de l’OMS.....	25
7 - Documents utiles sur les déterminants sociaux de la santé et la Santé dans Toutes les Politiques	39
8 - Conclusion.....	41



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

*N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE
(MARS 2015)*

Les Rendez-vous mensuels HIFA-EVIPNet de l'OMS - N°7 Les Déterminants Sociaux de la Santé éditée par I. Wachsmuth

© World Health Organization 2015

All rights reserved. Publications of the World Health Organization are available on the WHO web site (www.who.int) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int).

Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press through the WHO web site (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

Design and layout: WHO

Pictures: WHO copyright

Printed in Switzerland



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (MARS 2015)

1 - Points clefs à retenir des échanges de discussion

« L'approche des déterminants sociaux en santé ne peut pas être un programme, mais doit être une approche holistique qui incorpore l'ensemble des secteurs à travers le gouvernement et la société qui influencent la santé»

Il apparaît essentiel de pouvoir adresser les principales barrières vis-à-vis de la mise en œuvre des approches sur les déterminants sociaux de la santé mais aussi la santé dans Toutes les Politiques. A savoir au niveau de certains pays francophones africains :

- 1 - La verticalité et la rigidité persistante des interventions en santé
- 2 – Le nombre insuffisant de professionnels de santé formés en promotion de la santé et permettant de promouvoir la santé pour tous ainsi que les sciences sociales incluses dans la formation académiques des professionnels de santé pour pouvoir avoir une approche moins curative et plus holistique de la santé
- 3 - L'insuffisance de données probantes en promotion de la santé, en particulier en Afrique francophone
- 4 - l'insuffisance des financements qui empêche la pérennité des programmes en promotion de la santé

Les actions promues par l'OMS et ces principaux partenaires pour faire face à ces barrières sont :

- 1 – La promotion de la collaboration intersectorielle favorable à l'intégration des actions ou interventions
- 2 – Rendre accessible au niveau des pays l'enseignement de la promotion de la santé
- 3 - Impliquer les populations dans la mise en œuvre des actions multi-sectorielles
- 4 - L'urgence d'agir en promotion de la santé : un appel à des politiques socio-économiques responsables face à la santé des populations.

Il est a noté que les membres du forum ont également mentionné l'aplatissement des revenus entre la population la plus riche et la population pauvre, il faut que l'écart soit faible pour une adhésion des populations, dans le cas contraire, c'est une santé à plusieurs vitesses et la cause des disparités en santé.



2 – Résumé des activités de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et la Santé dans Toutes les Politiques

2.1 Travailler avec les différents secteurs : la Mise en œuvre de la Santé dans Toutes les Politiques pour améliorer l'équité en santé

Beaucoup de politiques publiques contribuent à la santé et l'équité en santé, améliorant la santé de population mais parfois ceci n'est pas exprimé et reconnu. Ainsi l'incohérence des politiques peut surgir. Un manque de cohérence des politiques à travers le gouvernement peut aboutir à ce qu'une partie du gouvernement supporte la mise en œuvre de stratégies nationales (par exemple sur la malnutrition, ou des maladies non contagieuses) ou des traités internationaux (par exemple la Convention-cadre de l'OMS sur le Contrôle du Tabac), tandis que d'autres parties du gouvernement vont au contraire promouvoir le développement commercial, industriel et les initiatives qui sont nuisibles pour la santé et le bien-être. Une des raisons qui fait que ces incohérences surgissent est liée à un manque de compréhension des différents secteurs qui ont y compris des liens avec la santé et la qualité de la vie, d'une part et les déterminants de santé de manière plus large incluant le développement économique, d'autre part. L'autre raison est due au fait que des politiques apparemment sans rapport peuvent avoir des impacts fortuits qui sont non mesurés et non adressés. Pour contribuer à la cohérence des politiques à travers le gouvernement, le secteur de la santé doit comprendre les impératifs des autres secteurs et former des accords communs de santé, ses déterminants et le bien-être social de manière plus large ou encore la qualité de la vie. Ceci exige des solutions novatrices et des structures qui permettent des espaces pour le dialogue et la prise de décisions qui fonctionne à travers les silos traditionnels des politiques gouvernementales. En pratique, ceci signifie l'engagement dans plusieurs actions différentes, incluant:

- Des ateliers de support aux décideurs politiques, aux responsables de programme et aux groupes qui fournissent les services de santé pour améliorer la cohérence dans les politiques, les services et les programmes répondant aux besoins des groupes désavantagés;
- Des ateliers de mise en œuvre à différents niveaux administratifs et avec le gouvernement et les fournisseurs privés.

2.2 Intégration de l'équité, des déterminants sociaux de santé, du genre et des droits de l'homme dans les programmes de santé publique pour réduire les injustices de santé

Pour être efficace, la Sécurité Sociale doit être adaptée aux besoins de groupes de population spécifiques. Des groupes sociaux différents dans la population diffèrent vis à vis de leur responsabilité pour mettre en œuvre des interventions de santé, en raison de l'accumulation d'inconvénient à travers beaucoup de domaines et le cours de vie. Beaucoup de programmes de santé publique n'ont pas ou n'atteignent pas leurs buts d'équité en santé. Ceci est le résultat non seulement du manque de services médicaux et d'interventions spécifiques, mais aussi la non atteinte des populations marginalisées et dans ce cas il est nécessaire d'adresser les déterminants sociaux clés appropriés pour répondre à la problématique de santé



publique. Pour être efficace, les services de santé ont besoin de répondre aux besoins des groupes de population spécifiques.

Avec cela en mémoire l'OMS fournit le support aux pays pour promouvoir l'intégration de l'équité, des déterminants sociaux, le genre et les droits de l'homme dans des programmes de santé nationaux. Ce travail, en collaboration avec des autorités nationales et d'autres partenaires, vise les écarts de couverture finaux, abordant ainsi les injustices de santé et les déterminants et appliquant " l'approche basée sur les droits de l'homme " par "une méthodologie point par point pour passer en revue comment des programmes de santé nationaux peuvent mieux représenter l'équité, les déterminants sociaux, le genre et les droits de l'homme". Cette méthodologie engage une équipe pluridisciplinaire qui va des autorités de santé nationales, sous-nationales, des instituts de recherches et le monde universitaire, la société civile et le système multilatéral. En s'appuyant sur de données quantitatives et qualitatives, il analyse :

- Qui n'a pas accès/et ne bénéficie pas du programme ;
- Les barrières auxquelles font face les différents groupes de population;
- Les causes de ces barrières (déterminants intermédiaires et structurels);
- Le rôle des actions intersectorielles et la participation sociale pour dépasser ces barrières d'accès;
- Les voies potentielles d'une programme qui peut être repensé pour mieux adresser les barrières à l'accès ; et les façons d'ajuster la planification de routine, la revue des cycles de suivi et évaluation des programmes pour adresser les inégalités sur des bases continues.

2.3 Amélioration des liens entre les déterminants sociaux et environnementaux de la santé pour promouvoir l'équité

Il y a des inégalités sociodémographiques significatives tant dans l'exposition que dans les résultats de santé négatifs résultant de conditions environnementales défavorables. L'OMS a fait des efforts importants d'aligner stratégiquement son travail sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Actuellement, des nouvelles approches concrètes et des projets sont développés pour rationaliser les déterminants sociaux et environnementaux dans le travail technique de l'Organisation. Comme une première étape vers l'intégration plus forte des déterminants sociaux de la santé dans le travail environnemental de la santé, les approches suivantes sont suivies :

- Identification des domaines prioritaires basés sur les évidences, les outils disponibles et les engagements globaux: Logement et santé, eau et assainissement, pollution de l'air;
- Intégration plus forte des déterminants sociaux dans les activités existantes et les outils, commençant par les guides OMS sur logement et santé (en développement); GLAAS a fait un rapport sur de l'eau et l'assainissement; un sur la protection de la santé en cas d'urgence nucléaires et aussi sur le poids des maladies environnementales ;
- Développement de propositions sur des projets concrets focalisées sur les déterminants sociaux de la santé que sont les risques de santé environnementaux, incluant:
 - Document de conseils identifiant les meilleures stratégies de co-bénéfices des interventions pertinentes de santé et de logement particulièrement pour la gestion des "taudis" et d'autres implantations informels"
 - Collection d'études de cas sur les interventions de logements sains, législations sur les modèles de logement et de régulations avec un co-bénéfice pour une meilleure équité"



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (MARS 2015)

- “Développement d’un cadre pour suivre les inégalités de santé environnementale dans les pays” dans le contexte de “l’analyse d’équité entre les liens du secteur de la santé avec les autres secteurs” et les discussions sur les objectifs durables de l’après 2015

2.4 Suivre et mesurer les déterminants de santé/les barrières pour améliorer l’accès à la santé et aux services de santé des groupes désavantagés

Pour combler les écarts de santé, il est particulièrement important de considérer le suivi de comment les changements dans les politiques des autres secteurs ont un impact sur les inégalités de santé et sur la santé. Il est également important, de contrôler la qualité de Sécurité Sociale expérimentée par des populations désavantagées. Les déterminants de santé changent la structure de l’environnement ainsi que les comportements de santé des individus, leur participation dans des programmes de santé aussi bien que leurs motivations de préserver leur santé. Mesurer ces impacts est une partie importante pour savoir comment adresser les déterminants sociaux de santé. Donc, les données sur les inégalités de santé et l’influence des déterminants sociaux sur les inégalités de santé sont critiques pour informer les politiques et les programmes basés sur les preuves. En pratique cela signifie l’engagement dans plusieurs actions différentes pour identifier de manière plus large les conducteurs sociaux qui mènent aux écarts de santé (lié avec 2.1 et 2.2). Parmi ceux-ci, des actions pays pertinentes peuvent permettre d’améliorer le contrôle des déterminants de santé / des barrières par :

- Le développement d’indicateurs pour suivre l’efficacité des programmes et leur qualité pour les populations désavantagées par rapport au niveau d’efficacité et de qualité ;
- Évaluer les tendances dans les déterminants de santé pour une priorisation stratégique et des actions intersectorielles pour adresser les gradients sociaux de la santé.



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (MARS 2015)

3 –Fonctionnement du forum de discussion HIFA-EVIPNET

Au niveau de notre forum HIFA-EVIPNet, nous essayons de mettre en relief les évidences qui permettent aux décideurs de santé de mieux décoder les enjeux de santé publique. Nous essayons de faire en sorte que les membres puissent disposer de l'information nécessaire afin qu'ils s'interrogent sur leurs propres pratiques pour les améliorer. Les grilles de lecture sont parfois complexes, il subsiste souvent des a priori qui perdurent sur certains sujets et qui contribuent à perpétuer de mauvaises pratiques, d'où l'importance de développer l'esprit critique et l'esprit d'analyse basés sur des évidences matérielles.

Le numéro spécial fait par l'association Développement et Santé de notre partenaire pour faciliter les échanges permet par exemple d'avoir une meilleure compréhension des situations, grâce au panel diversifié d'intervenants.

<http://devsante.org/numeros/numero-205>

La valeur ajoutée d'un type de forum comme d'HIFA-EVIPNet c'est sa capacité à écouter les acteurs et à aller chercher l'information au sein des différents départements de l'OMS, à la fois au niveau global, régional ou pays. L'avantage pour les professionnels de l'OMS c'est que c'est à la fois intéressant de lire les commentaires pour identifier les préoccupations des différents acteurs mais aussi les lacunes actuelles et les efforts à entreprendre pour mieux diffuser certaines recommandations déjà émises.

HIFA-EVIPNet est un forum ou espace d'échanges cependant toutes contributions de ces membres sont soumises à la validation quotidienne du modérateur du site avant leur publication. Le modérateur vérifie ainsi que les contributions :

- Respectent les participations et les avis de chaque membre ;
- Sont constructives et engagent à la réflexion et à l'approfondissement des différents sujets adressés ;
- Peuvent être utiles à tous notamment pour l'amélioration des pratiques et capitaliser sur les leçons apprises.



4 - L'expertise à l'OMS sur les Déterminants Sociaux de la Santé et la Santé dans Toutes les Politiques

L'OMS a une unité en charge des déterminants sociaux de la santé

A - Historique

Malgré des améliorations majeures de l'espérance de vie et globalement des résultats de santé, les injustices de santé restent significatives - et en hausses dans de nombreux cas - le défi actuel. Tandis que les individus diffèrent naturellement dans leurs profils de santé, l'injustice de santé se réfère aux différences systématiques évitables, injustes concernant la santé des populations. Les injustices de santé - par rapport aux maladies non contagieuses ou résultantes du changement climatique – prennent racines et sont enracinées dans les déterminants sociaux de la santé. Les Déterminants Sociaux de la Santé (DSS) sont les conditions dans lesquelles les gens sont nés, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent et l'ensemble plus large de forces et de systèmes formant les conditions de vie quotidienne. Ces forces et systèmes incluent des politiques économiques et des systèmes, des ordres du jour de développement, des normes sociales, des politiques sociales et des systèmes politiques.

L'équité en santé et les déterminants sociaux sont reconnus comme un composant critique des ordres du jour globaux de l'Après 2015 et du développement durable et de l'élan vers l'accomplissement progressif de la Couverture-Maladie Universelle (CMU). Si les injustices de santé doivent être réduites tant avec les DSS et la CMU, une façon intégrée et systématique doit être mise en œuvre.

L'unité des Déterminants Sociaux de Santé (SDH) de l'OMS, dans le Département Santé publique, Déterminants Environnementaux et Sociaux de Santé (PHE) est responsable de coordonner le support de l'OMS aux pays pour agir sur les déterminants sociaux de santé pour adresser les inégalités de santé. L'unité des Déterminants Sociaux de Santé (SDH) travaille pour supporter, guider et renforcer les capacités des pays pour développer, mettre en œuvre, contrôler et évaluer des

initiatives qui permettent la promotion de l'équité en santé en adressant les DSS.

Le mandat pour ce travail est lié à la mise en œuvre de la Déclaration Politique de Rio sur les DSS (la résolution WHA65.8). Le 12ème Programme Général de Travail (GPW) qui est le document de vision stratégique de l'OMS pour 2014-2019. L'Unité SDH mène l'intégration du composant social de la priorité de direction du 12ème GPW'S sur "adresser les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé comme un moyen pour promouvoir la santé et réduire les injustices de santé dans et entre les pays" dans les programme et les initiatives de l'OMS.

2 – Structure de l'unité en charge des Déterminants Sociaux de la Santé

L'Unité des DSS de l'OMS se focalise actuellement sur 3 domaines clés:

1. Améliorer les capacités des pays à faire des politiques nationales basées sur des actions intersectorielles (incluant par la Santé dans Toutes les Politiques) et réorienter les programmes de santé pour adresser les Déterminants Sociaux de la Santé (DSS) et réduire les injustices de santé par la formation et l'assistance technique;
2. Conseils techniques sur l'importance des liens entre les déterminants de santé sociaux et environnementaux mais aussi entre social et politiques de santé.
3. Evaluer et suivre les tendances et les progrès par rapport aux actions sur les SDH et l'équité en santé, y compris dans le cadre de la couverture-maladie universelle, les buts de développement durable et l'ordre du jour de développement d'après 2015



B - Ressources et évidences fournies par l'OMS

Les ressources pertinentes peuvent être trouvés sur:
www.who.int/social_determinants/en.

Ressources reliées au travail des autres secteurs

- Manuel de formation La Santé dans Toutes les Politiques (OMS 2015) décrit comment de brefs cours peuvent permettre d'améliorer les compétences en santé publique intersectorielle. Ces cours rapides peuvent être utilisés sous forme d'atelier qui font la promotion d'un dialogue intersectoriel entre la santé et les autres domaines politiques. Le manuel peut être trouvé : http://www.who.int/social_determinants/publication/s/health-policies-manual/en/

- La Série de briefing sur les déterminants sociaux (2011-2014) résume les bases factuelles globales sur les liens entre les facteurs environnementaux et sociaux qui influencent les résultats de santé par le secteur du gouvernement en charge des politiques. Les résumés thématiques peuvent être trouvés à partir des liens suivants :

- Logement -

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/44705>,

- Protection sociale -

<http://www.who.int/iris/handle/10665/44876>,

- Energie -

<http://www.who.int/iris/handle/10665/91591>,

- Education -

<http://www.who.int/iris/handle/10665/44737> and

- Transport -

<http://www.who.int/iris/handle/10665/44749>.

- L'économie des Déterminants Sociaux de la Santé et les inégalités en santé : un livre de ressource (OMS 2013) qui décrit comment développer des arguments économiques et des évaluations pour motiver l'élaboration d'interventions pour adresser les déterminants de santé. Ces bases factuelles sont aussi résumées sur les bénéfices intersectoriels des interventions pour adresser l'éducation, la protection sociale, et l'infrastructure urbaine. Le livre de ressource peut être trouvé à l'adresse suivante :

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84213/1/9789241548625_eng.pdf?ua=1

- La Santé dans Toutes les Politiques avec une perspective d'équité: L'OMS a complété un projet supporté par Rockefeller- pour soutenir les discussions au niveau pays de la santé dans toutes les politiques et faire l'analyse des études de cas, ainsi que dans la manière d'aborder la 8ème Conférence Globale de la Promotion de la santé et la Résolution WHA67.12 (sur l'aide au développement social et économique : l'action durable à travers des secteurs pour améliorer la santé et l'équité de santé). Plusieurs rapports ont documenté ces discussions et la recherche associée sous "Soutenir les positions régionales sur la Santé dans toutes les Politiques" sous la section "Publications" du site Web des déterminants sociaux. Trois papiers de synthèse ont analysé la perspective d'équité d'actions intersectorielles et la Santé dans Toutes les Politiques et fournit des perspectives de politiques utiles en adressant les déterminants sociaux d'injustices de santé



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (MARS 2015)

1. Réalisation de l'approche la santé dans toutes les politiques : leçons pour une couverture-maladie universelle et une équité en santé : une note de politique pour les ministères de santé basée sur expériences de l'Afrique, l'Asie du Sud-Est et le Pacifique Occidental

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105529/1/9789241506632_eng.pdf?ua=1&ua=1

2. Démontrer la santé dans toutes les politiques avec un cadre analytique pour apprendre des expériences basées sur la revue de littérature de l'Afrique, l'Asie du Sud Est et l'Ouest du pacifique

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104083/1/9789241506274_eng.pdf?ua=1&ua=1

3. Déplacement vers la santé dans toutes les politiques : une compilation d'expériences de l'Afrique, l'Asie du Sud-Est et le Pacifique Occidental

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105528/1/9789241506595_eng.pdf?ua=1&ua=1

Ressources liées à l'intégration pour l'équité à savoir les liens entre les déterminants sociaux de santé, le genre et les droits de l'homme dans les programmes de santé publique

- OMS (à paraître). Revue des 5 étapes de programmes de santé nationaux : renforcer l'accent sur l'équité, les déterminants sociaux de santé, le genre et des droits de l'homme. Manuel de formation. [Contactez ci-dessous des points focaux pour des informations complémentaires.]
- OMS (2013). L'intégration des déterminants sociaux de santé et d'équité dans les stratégies de santé, programmes et des activités : la formation en équité de santé faite en Espagne. Le document sur les discussions sur les déterminants sociaux de la santé. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85689/1/9789241505567_eng.pdf
- Guides sur le logement et la santé: <http://www.who.int/hia/housing/en/>

- Série de briefing sur les déterminants sociaux de la santé (2011-2014)

- Logement -

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/44705>,

- GLAAS:

http://www.who.int/water_sanitation_health/glaas/2014/en/

- Exemple du bureau régional de l'OMS pour l'Europe:

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/environmental-health-inequalities-in-europe.-assessment-report>

Ressources reliées au suivi et à la mesure des déterminants sociaux de la santé/les barrières

- Suivi des déterminants de santé pour l'équité (OMS. A paraître) qui identifie des indicateurs de suivi concernant l'influence des facteurs sociétaux sur l'accès aux services de santé et leur utilisation, les mesures incitatives pour faciliter des comportements sains et les domaines d'intervention pour la promotion de la santé

Siège OMS (HQ):	Dr. Eugenio Villar Coordinator SDH villare@who.int
Afrique (AFRO):	Dr. Davison Munodawafa mundodawafad@who.int
Amérique (AMRO/PAHO)	Dr. Kira Fortune fortunek@who.int
Est de la Méditerranéen (EMRO):	Dr. Haifa Madi madih@who.int
Europe (EURO):	Dr. Christine Brown brownch@who.int
Asie du Sud Est (SEARO):	Dr. Suvajee Good (goods@who.int)
Pacific de l'Ouest (WPRO):	Dr. Anjana Bhushan (bhushana@who.int)



C – Questions aux experts de l’OMS lors de la semaine de discussions

Comment mettre en œuvre la transparence à travers les approches sur les déterminants sociaux de la santé et la Santé dans Toutes les politiques ?

Réponse de l'unité des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. La transparence est un prérequis clé pour la bonne gouvernance et il y a plusieurs façons de la promouvoir, de la mettre en œuvre et de la mesurer. Tout d'abord, en intégrant des approches transparentes et participatives dans l'élaboration des politiques qui devrait être une stratégie naturelle pour adresser cette exigence stimulante. La participation publique qui implique la société civile et le secteur privé et un processus de sauvegarde contre les conflits d'intérêts sont des moyens fondamentaux pour assurer des approches de gouvernance transparentes.

Des approches participatives peuvent aussi être rationalisées dans des processus institutionnels, par exemple, dans le cadre d'évaluation d'impact en santé (HIA). De plus, la transparence peut être promue à travers le suivi et les évaluations des progrès politiques, basé sur des évaluations indépendantes ayant particulièrement de la valeur. Le gouvernement Australien du sud, par exemple, a ordonné une évaluation externe sur l'efficacité de leur Santé dans Toutes les Politiques qui est actuellement en cours (voir le site web

<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/health+reform/health+in+all+policies/research+and+evaluation+of+health+in+all+policies=>)

En outre, ces évaluations et expériences peuvent informer et enrichir la littérature sur les leçons apprises. Les cas d'études, des publications de recherche et d'autres rapports expériences sur la mise en œuvre des déterminants sociaux de santé et de la Santé dans Toutes les Politiques aident à renforcer la transparence et la responsabilité ainsi que la construction d'une base de preuves pour une mise en œuvre efficace et des impacts.

Des suivis réguliers permettent de compléter de telles évaluations. Par exemple, le suivi de la mise en œuvre de l'approche des déterminants sociaux de la santé, en principe, augmente la responsabilité des citoyens et est un indicateur de bonne gouvernance.

Finalement, comme mentionné hier, le suivi des déterminants sociaux de santé est aussi très important. En effet, l'OMS est en train de développer un cadre pour soutenir les États membres dans l'évaluation de facteurs intersectoriels qui affectent la santé et la couverture-maladie, y compris sur les questions d'équité et sur les progrès concernant la mise en œuvre des solutions. Le cadre se concentre sur des facteurs intersectoriels influençant la Couverture-maladie Universelle et la santé au niveau du pays, avec un accent sur l'équité.

La cible intersectorielle attire l'attention sur des facteurs qui influencent l'accès à la Sécurité Sociale et l'équité en santé qui ne sont pas nécessairement sous le contrôle direct du secteur de la santé et peuvent exiger un redressement intersectoriel. Par exemple, le manque de transport public peut signifier que les individus dans des zones éloignées sont mal desservis selon des programmes de santé; de la même façon les expériences de discrimination peuvent influencer sur la demande et l'accès, en plus de l'exposition aux risques directs pour la santé.

Le cadre, qui a été nommé "ÉQUAL", examine trois domaines : la Qualité de l'environnement, la Responsabilité et l'Inclusion des Moyens de subsistance et la protection Sociale. Plus de détails sur ce cadre seront bientôt disponibles (OMS. A paraître prochainement. Suivi des Déterminants de la Santé pour l'Équité)

Beaucoup de ces approches sont prises en considération par les ministères de la santé et les gouvernements nationaux. Pour soutenir cette appropriation, l'OMS a fait particulièrement des efforts pour améliorer les structures systématiques, les processus, les capacités, les compétences et les outils pour travailler à travers les secteurs sur une gamme de questions en santé et augmenter ainsi la transparence et la responsabilité.



Est-ce que l'OMS à un observatoire global des déterminants sociaux de la santé ?

L'OMS ne dispose pas d'un observatoire global sur les déterminants sociaux de santé. Il y a cependant plusieurs plates-formes et outils qui prennent en compte la compilation de manière systématique d'informations et d'initiatives liées aux déterminants sociaux de la santé.

En terme d'informations, un bon exemple est l'outil de «Health Equity Monitor», qui fournit des données qui peuvent être utilisées pour identifier des populations vulnérables et des interventions cibles de santé (http://www.who.int/gho/health_equity/about/en/).

Actuellement il inclut les indicateurs de la santé reproductive, maternelle, néonatale et de l'enfant, basé sur des données désagrégées sur le sexe de l'enfant, le lieu de résidence (rural vs urbain), le quintile de richesse du ménage et le niveau d'éducation de la mère. Les composants principaux de l'outil de Suivi d'Équité en Santé incluent la base de données, des profils de pays et des visualisations interactives. Lié avec l'outil de Suivi d'Équité en Santé, l'OMS a aussi développé un manuel sur le suivi des inégalités de Santé avec une cible particulière sur les pays à bas et revenus intermédiaires et appui des formations sur la mise en application de ce manuel (http://www.who.int/gho/health_equity/about/en/).

Il y a aussi beaucoup d'initiatives de suivi des déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé au niveau régional et national, tant au niveau des États membres que d'autres agences. Par exemple, le Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe développe actuellement des indicateurs de bien-être comme objectifs de suivi dans le cadre législatif européen Health2020

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/251775/Health-2020-Targets-and_indicators-version2-ENG.pdf?ua=1). Leur atlas interactif fournit une excellente vue d'ensemble de l'équité en santé pour la région

(<http://data.euro.who.int/equity/IA/AllIndicators/doubleMap/atlas.html>).

Le Bureau Régional de l'OMS pour les Amériques (PAHO) développe aussi des indicateurs de processus pour suivre le Plan d'Action Régional de PAHO sur la Santé dans Toutes les Politiques <http://www.paho.org/hq/index.php?>

Option=com_content*view=article*id=10525%3Ahigh-level-experts-consultation-on-health-in-all-policies*catid=6043%3Ahia p-news*Itemid=40177*lang=en.

Au niveau de la mise en œuvre, l'OMS fournit une plate-forme de discussion électronique et une communauté de pratique, appelée Action SDH (www.actionsdh.org), qui a pour but de stimuler le débat sur les expériences et les actions sur l'équité en santé pour mieux adresser les déterminants sociaux de la santé. Cette plate-forme contient des informations sur des expériences et des processus nationaux. Elle a pour but de permettre l'élaboration d'un réseau d'information et d'échange. Par exemple lors de ces échanges dans la plateforme Action SDH on trouve des informations sur comment certains pays développent leur plan national de 5 ans basé sur l'approche d'une coopération intersectorielle. Ci-joint une citation « Les performances du secteur de la santé sont dépendant des autres secteurs tel que l'éducation (santé à l'école), l'agriculture (Alimentation), le gouvernement local (mesures d'hygiène) pour n'en citer que quelques-uns ».

A propos de l'implémentation « Ceci est un engagement national, mais lorsqu'il s'agit de la mise en œuvre, chaque ministère s'occupe de son propre intérêt. Il n'y a aucune affectation du budget pour d'autres activités en dehors de celles du ministère concerné. Quand le Ministère de la Santé fait un appel pour une réunion en vue d'établir la coopération et la collaboration d'autres ministères, les autres ministères envoient du personnels très subalternes à la réunion. Ces officiers subalternes n'ont aucun mandat et la réunion est seulement faite pour indiquer qu'elle a été faite. Donc c'est plus facile à dire qu'à faire»



« Il semble que ce qui est nécessaire maintenant au niveau de la mise en œuvre concrète est la considération de quelques leviers qui peuvent encourager une meilleure coopération et un alignement. Certaines des approches pour faciliter ces leviers ont été discutés dans la Déclaration de Helsinki sur la Santé dans Toutes les Politiques et font référence à la déclaration d'Adelaide sur la Santé dans Toutes les Politiques. Certains des cas présentés à Helsinki lors de la 8ème Conférence Mondiale de la Promotion de la santé montre que cela peut être fait. Le travail du secteur de la Santé en Australie du Sud dans l'unité de la santé dans Toutes les Politiques montre, à titre d'exemple, que la motivation du cabinet ministériel est essentiel pour assurer que les ministères prennent la responsabilité de travailler ensemble, tandis qu'en même temps, il doit y avoir un secteur de la santé désireux et qualifié qui s'engage avec d'autres ministères compétents pour adresser les objectifs de politique et des préoccupations en santé »

« Souvent, les disparités existent parce que les gens ne se sentent pas compris ou entendus. Quand ils peuvent exprimer leurs perspectives et être entendus, ils peuvent contribuer à mettre tout le monde sur un pied d'égalité et inclure différentes perspectives.

Le portail européen (http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/about_hi/health_inequalities/at_national_level/?) est une très bonne approche pour dresser la carte des informations sur des initiatives clés, des politiques et des ressources sur les inégalités de santé à travers l'Europe. Il donne l'occasion d'obtenir quelques données clés sur les inégalités de santé nationales et fournit des outils sur le terrain et des informations de fond. Il serait certainement avantageux de d'étendre le concept à d'autres régions et d'autres pays. Il est important de noter, cependant, que la gestion d'un tel référentiel de données est une initiative coûteuse qui exige l'engagement de nombreuses institutions et de fonds substantiels. La plateforme Action SDH mentionnée ci-dessus est un outil complémentaire qui couvre elle toutes les Régions de l'OMS.

5 – Quels sont les principaux partenaires de l'unité de l'OMS en charge des déterminants sociaux de la santé ?

L'OMS collabore et fait appel à l'expertise d'une centaine de partenaires et de réseaux. Dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, l'OMS travaille étroitement avec de nombreuses institutions qui soutiennent la promotion et l'avancement du savoir-faire pour l'équité sociale et l'approche d'une santé dans toutes les politiques parmi les États membres. Ces institutions contribuent au développement de matériel technique, organisent des activités de sensibilisation et des programmes qui supportent la mise en œuvre de stratégies au niveau national. Un exemple est celui de la Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé (2005-2008) qui a été configuré comme un réseau global de décideurs, de chercheurs et d'organisations de la société civile pour appuyer le fait d'aborder les causes sociales d'injustices en santé et de mauvaise santé. Tandis que la Commission a achevé sa mission en 2008, les institutions impliquées collaborent toujours avec l'OMS sur ces sujets clés et des projets. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/en). Un autre exemple est la collaboration active avec le réseau des Déterminants Sociaux de la Santé (SDH-Net). Le but du SDH-Net est de renforcer et de relier les capacités de recherche sur les déterminants sociaux de la santé dans les pays à bas et revenus intermédiaires Africain et Latino-Américain en étroite collaboration avec des partenaires européens. Ce travail est mené par un consortium fort, basé sur des groupes de réseaux existants comme les institutions de santé publique du Mexique, de la Colombie, du Brésil, de l'Afrique du Sud, de la Tanzanie et du Kenya (<http://www.sdh-net.eu/>).



**N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE
(MARS 2015)**

Finalement, il y a plusieurs Centres Collaborateurs OMS dans le monde entier agissant sur des domaines prioritaires différentes (<http://apps.who.int/whocc/>). Ceci inclut, par exemple sur :

- l'Intégration sociale et la Santé (Alicante, Espagne);
- les Déterminants Sociaux de la Santé (Helsinki, Finlande);
- la Vulnérabilité et la Santé (la Hongrie);
- la Santé Globale et la collaboration Sud-Sud (Brésil).

Les défis auxquels sont confrontés les différentes institutions varient selon les différents contextes culturels, politiques et historiques. Les défis principaux sont liés :

- à la reconnaissance politique globale
- à la priorisation des déterminants sociaux de la santé
- à l'ordre du jour sur l'équité en santé.

Ces défis se traduisent souvent par un manque de ressources financières et humaines nécessaires pour promouvoir et mettre en œuvre l'ordre du jour sur les déterminants sociaux de la santé.

6 – Quelles sont les recommandations clés de l'OMS et ce qui manque pour faire la mise à l'échelle des approches sur les déterminants sociaux de la santé et la Santé dans toutes les Politiques ?

Les États membres et les gouvernements régionaux reconnaissent vraiment de plus en plus le besoin d'augmenter proportionnellement l'action sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. Pourtant l'action sur les déterminants sociaux de la santé doit être adaptée aux différents contextes, étant donné la complexité des différents chemins causaux qui entraînent les injustices en santé et qui sont associés à l'histoire d'un pays, la culture et les traditions. Ceci fait que la mise en œuvre pratique d'action pour adresser les déterminants sociaux est compliquée. À travers cette diversité, il y a cinq principes communs ou 'prérequis' pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé qui doivent être considérés (www.actionsdh.org) :

A. L'action sur les déterminants sociaux de la santé exige une mise en œuvre à long terme, durable, bien que l'on puisse bénéficier des avantages à court terme.

B. Une étape initiale c'est d'assurer la compréhension du public de ce que sont les injustices de santé déterminées socialement.

C. Une distribution équitable en santé doit être un but prioritaire pour la société et le gouvernement et de manière plus large.

D. La coordination et la cohérence des actions sur les déterminants sociaux de la santé sont essentiels.

E. L'approche des déterminants sociaux en santé ne peut pas être un programme, mais doit être une approche holistique qui incorpore l'ensemble des cinq composantes à travers le gouvernement et la société.

7 – Quel est l'impact de la structure de gouvernance sur la mise en œuvre des déterminants sociaux de la santé et la Santé dans Toutes les Politiques ?

Les gouvernements sont responsables de la santé de leurs peuples et ont un leadership critique à avoir ainsi qu'un rôle d'intendance dans l'effort fait par la société pour promouvoir la santé et le bien-être. Étant donné cette responsabilité et la complexité de beaucoup de défis de santé contemporains, les gouvernements ont un rôle à jouer crucial dans l'approche de la santé dans Toutes les Politiques par :

- Donner du pouvoir à la recherche;
- Engager les parties prenantes dans et au-delà du gouvernement;
- Formuler des politiques intersectorielles et les mettre en œuvre;
- Évaluer l'impact de ces politiques intersectorielles.



Les conditions pour la plupart qui favorisent une collaboration intersectorielle efficace incluent :

- le gouvernement qui supporte et encourage l'action intersectorielle;
- les secteurs qui partagent des intérêts et où les deux ont un avantage à coopérer;
- La question sur l'importance d'une politique forte et l'exigence de l'adresser de manière urgente;
- La politique proposée a le support du public;
- Leaders Forts et efficaces dans la bureaucratie (champions/entrepreneurs de politique);
- L'action Intersectorielle est bien planifiée avec des objectifs des rôles et des responsabilités clairs;
- Les Lois existent ou sont planifiées pour supporter la politique proposée avec :
 - des ressources suffisantes disponibles;
 - des plans pour suivre et évaluer les résultats.

(OMS - Manuel de la Santé dans Toutes les Politiques http://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/)

Vous pouvez être intéressés par la série de publications développées dans le cadre d'un projet pour supporter les décisions informées par les preuves sur comment les gouvernements peuvent améliorer les approches intersectorielles sur la santé et l'équité en santé par la mise en œuvre d'une approche de la Santé dans Toutes les Politiques. Cette série est disponible de notre site Web sous "Soutien aux positions régionales sur la Santé dans toutes les Politiques" (http://www.who.int/social_determinants/publications/en/).

8 – Comment s'applique La Santé dans Toutes les Politiques et les actions intersectorielles pour la région africaine
<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hpr/social-a-economic-determinants-of-health/sdh-publications.html>

D'abord, il est important de noter que le rapport en question, la Santé dans Toutes les Politiques : Les actions intersectorielles dans la région africaine, récapitule des informations sur seulement 20 des 47 États membres dans la région africaine. Malgré que le questionnaire a été envoyé à tous les États membres, des pays majoritairement non-francophones ont répondu. Seulement un tiers de la moitié des États membres africains qui ont le français comme langue officielle principale (6 pays) ou secondaire (23 pays) ont répondu. Ainsi, jusqu'à un certain degré, il est inévitable que des pays africains francophones sont insuffisamment représentés dans la statistique.

Il est difficile de donner la formule exacte pour laquelle quelques pays réussissent dans les efforts de mise en œuvre de l'approche sur les déterminants sociaux de la santé, en particulier en ce qui concerne le développement et la mise en œuvre d'une Santé dans Toute les Politiques. En partie, la raison est due aux leaders politiques qui sont engagés à la cause (appui politique fort). Par exemple, l'expérience du COEUR Urbain (voir le site Web

http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/en/) montre qu'au niveau urbain, la présence d'un maire fortement engagé ou d'une figure publique est très importante. Deuxièmement, pour assurer la continuité de l'approche, il est important d'institutionnaliser ces processus et assurer la transparence. Par exemple, en Finlande, l'attention à la santé a été formellement incluse comme une étape dans le processus de planification dans tous les secteurs publics. La compilation de données et le partage de récits sous forme visuelle peut améliorer l'engagement politique et le support publique pour de telles initiatives.



Enfin, l'Unité des déterminants sociaux de la santé explore des façons de supporter le suivi et le contrôle au niveau des pays qui utilise l'approche sur les déterminants sociaux de santé et sortira bientôt un rapport technique initial pour son utilisation par les pays (OMS. A venir prochainement. Le suivi et contrôle des Déterminants de la Santé pour l'équité). L'unité des déterminants sociaux de la santé offre plusieurs ressources aux Etats Membres qui sont récapitulés ci-dessous:

- Un manuel de formation sur la Santé dans Toutes les Politiques (http://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/). Ce manuel contribue à la cohérence de politiques à travers le gouvernement, en aidant le secteur de la santé à comprendre les impératifs d'autres secteurs et former des accords communs de santé, sur ses déterminants et le bien-être social de manière plus large ou la qualité de la vie. En pratique ce manuel peut être utilisé pour supporter les ateliers de décideurs gouvernementaux, des responsables de programmes et des groupes de fournisseur de santé pour améliorer la cohérence dans des politiques, des services et des programmes répondant aux besoins de groupes désavantagés. De tels ateliers peuvent être mis en œuvre aux différents niveaux administratifs et avec des fournisseurs gouvernementaux et privés. Le bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique espère conduire un tel atelier bientôt.
- Une méthodologie étape par étape pour passer en revue comment les programmes de santé nationaux peuvent mieux représenter l'équité, les déterminants sociaux, le genre et les droits de l'homme, pour mieux adresser les besoins et le droit à la santé de toutes les personnes, y compris celles qui sont délaissées (OMS. A paraître prochainement. Revue en 5 étapes des programmes de santé nationaux : renforcer l'accent sur l'équité, les déterminants sociaux de santé, le genre et des droits de l'homme).
- En termes pratiques, cela aide le secteur de la santé à identifier les écarts de couverture dans les programmes de santé, leurs causes premières et d'identifier des solutions possibles immédiates en termes d'action tant au niveau du secteur de la santé que d'autres secteurs. Cette méthodologie est actuellement en développement; elle a été appliquée dans sept pays (en Europe, l'Amérique Latine et l'Asie du Sud-Est) et elle est pilotée dans sept pays supplémentaires.
- Documents de conseils pour les actions de promotion de la santé dans des secteurs particuliers. Par exemple, les directives sur le secteur de logement sont actuellement développées (voir le site Web <http://www.who.int/hia/housing/en/>). Le logement et les directives de santé ont été développées pour soutenir l'OMS à avancer par rapport au plaidoyer sur les recommandations concrètes à propos des déterminants sociaux et environnementaux, multi-sectorielles et en particulier de mettre à l'échelle le travail par des secteurs de non-santé sur la prévention des maladies sociales et non contagieuses notamment comme celles liées aux environnements intérieurs. En pratique, les directives identifient des recommandations basées sur des preuves sur les conditions de logement saines qui n'ont pas encore été couvertes par des directives existantes; et qui fournissent des preuves sur la performance basée sur la santé, notamment par rapport aux critères de permission pour le logement et pour produire des logements sains et des interventions sur les logements sains. Une série de note sectorielle fournit aussi un aperçu dans les secteurs du transport, de l'énergie, du logement, de la protection sociale et de l'enseignement (voir le site Web <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44705>).



**N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE
(MARS 2015)**

De plus, les six bureaux régionaux de l'OMS ont développés des études de cas, des notes de politique et d'autres matériels pour soutenir ce travail et construire la capacité pour adresser les déterminants sociaux de l'équité en santé et de la santé.

L'OMS produit beaucoup de rapports utiles et des études de cas sur les leçons apprises. Par exemple le rapport sur la Santé dans Toutes les Politiques : des perspectives de rapport sur et des actions intersectorielles dans la Région africaine. De plus, pour la région africaine, plusieurs études de cas et d'autres documents sont disponibles, y compris :

- Des études de cas sur les expériences de pays dans la mise en œuvre de la Déclaration Politique de Rio sur les Déterminants Sociaux de la Santé, regardant des expériences à Ghana, le Kenya, le Rwanda et l'Afrique du Sud (voir le site Web <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hpr/social-a-economic-determinants-of-health/case-studies/country-experiences-rio.html>);
- Des études sur les expériences de pays sur comment adresser les déterminants sociaux de la santé, regardant les expériences au Botswana, le Kenya, le Lesotho, le Mozambique, la Namibie, le Rwanda, le Swaziland, l'Ouganda et le Zimbabwe (voir le site Web <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hpr/social-a-economic-determinants-of-health/case-studies/country-experiences-sdh.html>);
- Des rapports d'analyse sur l'équité en santé ont aussi été conduits dans quatre pays en développement concernant des petites îles africaines, avec un accent sur les maladies non contagieuses et d'autres questions de santé publique prioritaires. Ceci inclut les Comores, l'Île Maurice, Sao Tome et Principe, les Seychelles et Madagascar.

- Voir le rapport des Seychelles (http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CD0QFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.afro.who.int%2Ffr%2Fdownload%2Fdoc_download%2F9559-social-determinants-of-ncd-and-other-public-health-issues-in-seychelles-who-published-2013.html&ei=EF4ZVY7jNaGY7gaProCgBA&usq=AFQjCNHPOikx7w0gUKkGAzog_bbKdGv_qg&sig2=wBeAazmTDTVjBXiFSqoDhQ&bvm=bv.89381419,d.ZGU&cad=rja) et le point de contact de la région AFRO pour les déterminants sociaux de la santé pour d'autres rapports; et
- Une Stratégie pour adresser les déterminants de santé clés dans la Région africaine, le rapport de la Direction Régionale de 2010, peut aussi être intéressant (voir le site Web http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=5621).

Il y a beaucoup d'initiatives, de mécanismes et des niveaux par lesquels l'action sur des déterminants sociaux pour adresser l'équité en santé peut être menée. Souvent, les gouvernements ou les organisations agissent sur les déterminants sociaux de la santé ou utilisent une Santé dans Toute les Politiques, sans nécessairement utiliser ces termes. Malheureusement, l'OMS n'a pas encore fait d'évaluation systématique de la performance des déterminants sociaux de la santé des pays. Ceci serait certainement une tâche extrêmement complexe et politiquement sensible. Ce que nous avons produit en collaboration avec plusieurs experts et les institutions sont un ensemble d'études de cas qui donnent un exemple du type d'expériences étant actuellement développées. Une évaluation des résultats sur l'équité serait aussi une tâche difficile impliquant des mesures d'équité complexes. Ce qui semble clair est que les pays qui compressent les inégalités, le font à travers les déterminants sociaux clés comme le revenu (par exemple, comme mesuré par le coefficient Gini) , les résultats de santé (par exemple, comme cela a été constaté dans quelques pays d'Amérique latine). Ceci suggère que les gains dans les déterminants sociaux et la santé peuvent mutuellement se renforcer.



5 – Autres expertises significatives sur les déterminants sociaux de la santé

A – Les déterminants sociaux de la santé pour adresser les inégalités sociales

Plusieurs références récentes mettent l'accent sur l'importance de supporter l'utilisation des bases factuelles dans la prise de décision politique pour le domaine de la promotion et prévention en santé. Les défis associés à la réduction des inégalités se trouvent particulièrement dans la prévention des maladies infectieuses et la régulation des comportements de santé. La régulation des comportements de santé pouvant s'opérer à travers une meilleure compréhension de l'impact des déterminants sociaux sur la santé.

Référence : Réduire les inégalités en matière de santé et de soins de santé
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/272660/EuroHealth_V21n1_WEB_060315.pdf?ua=1

B – Les partenariats pour promouvoir la promotion de la santé et sa vision holistique

Exemple de collaboration étroite entre le réseau ÉPS et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal sur «Intégrer la promotion de la santé et la prévention dans les pratiques cliniques et organisationnelles» pour apporter un éclairage sur les stratégies facilitant l'intégration de la promotion et de la prévention au sein des soins et des services de santé et de partager les expériences des membres. Les principes directeurs des normes de la promotion de la santé OMS-ÉPS pour les usagers sont en cours de définition. La pratique et la recherche en font ressortir un certain nombre : les principes liés à la participation et à l'autonomisation du patient et ceux qui animent une vision holistique de la santé tels que l'adoption d'une approche multidisciplinaire et l'intégration du concept de partenariat de soins.

Référence : Numéro de Destination santé qui résume les expériences et stratégies
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/1929-2783vol4no2_201503.pdf

C - La promotion de la santé : une vision nouvelle en Afrique

Extrait de l'article d'Awa Seck
<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-HS-page-5.htm>

« La verticalité et la rigidité persistante des interventions des départements en charge de la santé et des autres secteurs de développement retardent la collaboration intersectorielle favorable à l'intégration des actions. L'enseignement très récent de la promotion de la santé reste peu accessible, limitant la disponibilité en nombre suffisant de professionnels formés. La promotion de la santé vise, comme les SSP, « la santé pour tous ». Elle demeure cependant mal connue en Afrique, comparativement aux SSP qui sous-tendent les politiques nationales de santé depuis plus de trois décennies. À cela, s'ajoute l'insuffisance de données probantes en promotion de la santé, en particulier en Afrique francophone. Cette situation s'inscrit dans le manque global de culture de recherche et de la rareté des ressources allouées à celle-ci. Elle accentue l'écart en matière de connaissances et de développement de la promotion de la santé, entre les pays industrialisés et les pays africains, positionnant l'Afrique « en marge de la mondialisation de la promotion de la santé ». Enfin, l'implication des populations dans la mise en œuvre des actions reste encore faible et l'insuffisance des financements pourrait compromettre la pérennité des programmes.

Pour parvenir au développement de la promotion de la santé en Afrique, quelques actions prioritaires sont nécessaires. Tout d'abord, les États doivent se positionner clairement dans ce domaine et réorienter les SSP à son profit. La création d'une instance nationale de coordination au sein des ministères de la Santé, devient alors incontournable pour donner une visibilité à la promotion de la santé, et insuffler un nouveau dynamisme à la réflexion et à la mise en œuvre des politiques et programmes. Des mesures urgentes résident dans l'amélioration de l'accès à la formation diplômante,



le développement de l'enseignement universitaire et de la recherche, ainsi que le renforcement des partenariats entre chercheurs africains. Une réelle participation des populations à l'effort de promotion de la santé serait un facteur de renforcement de «l'empowerment» individuel et communautaire, notamment en collaboration avec les organisations de la société civile. Le développement de liens solides, de partenariats et d'axes de collaboration intersectorielle s'avère également déterminant pour diminuer le lourd fardeau de la maladie. Ces actions ne se concrétiseront que lorsque le financement adéquat des programmes sera disponible et pérenne. Pour cela, l'engagement des États, l'accompagnement des partenaires techniques et financiers et l'appropriation des interventions par les collectivités territoriales sont des pistes d'action à envisager »

B – Contribution des membres du forum par rapport à la base comparative commune pour évaluer la santé dans toutes les politiques

Un indicateur spécifique intitulé le coefficient de Gini a été élaboré pour constater l'accroissement des inégalités (ou de la pauvreté) qui sont des facteurs d'accroissement des maladies non transmissibles, de la criminalité, de problèmes socio-sanitaires, psycho-sociaux et de révoltes sociales.

Si l'on se réfère à cet indicateur en tenant compte des chiffres Eurostat concernant les pays de l'OCDE, la hausse des inégalités est particulièrement marquée dans plusieurs pays (selon les chiffres Eurostat). L'évolution de la Bulgarie, dont le coefficient de Gini passe de 0,25 à 0,312 entre 2004 et 2005, est liée à un changement de méthode. Pour la France, le coefficient de Gini passe de 0,266 à 0,298 entre 2006 et 2007, mais en fait, l'on a une rupture de série. En Allemagne on a assisté au même phénomène une année avant. Au Danemark, l'indice passe de 0,237 en 2005 à 0,278 en 2010 et en Espagne, de 0,313 à 0,340 entre 2007 et 2010. La principale information que donnent ces chiffres, c'est surtout... qu'on ne dispose que d'une information très parcellaire sur un sujet aussi essentiel que les inégalités de revenu.

Il n'est pas précisé que les méthodes d'enquête d'Eurostat sont différentes selon les pays (par téléphone, courrier ou fichiers administratifs), que les taux de non-réponse varient considérablement entre les pays et que les méthodes changent au fil du temps. Aucun de nos pays ne dispose d'une série homogène sur la décennie. C'est pourquoi l'on considère à juste titre que l'Europe statistique reste à construire contrairement aux apparences.

Il faut donc un regard critique sur l'objectivité des méthodes, constituant néanmoins, le point de départ de toutes réflexions sur le changement des politiques publiques dans les pays de la zone OCDE et pire encore dans les pays émergents d'Afrique, du Maghreb ou d'Amérique Latine.

La seule solution pour pouvoir porter un jugement pertinent est d'observer les données année par année et de prendre en compte les périodes hors changement de méthodologie. Si l'on fait cet exercice, la tendance à la progression des inégalités est bien réelle, même s'il ne s'agit pas d'une explosion généralisée. En outre, on ne dispose pas des données 2011 et 2012, et la hausse du chômage en Europe fait craindre une progression beaucoup plus large des inégalités notamment dans les pays du Sud de l'Europe.

Certains pays du Maghreb et d'Afrique ont réfléchi aux déterminants sociaux de la santé dès 1975, Mais certains états centralisés ont eu des difficultés pour des raisons à la fois historiques, politiques, ethniques ou confessionnelles à s'engager dans une politique publique de décentralisation au cœur de ses régions et ses provinces.

Pour comprendre et appliquer une politique publique, il faut se frotter à la rugosité du terrain et ce n'est qu'à ce stade que l'on peut tenter d'insuffler des méthodes qui auraient du sens pour les populations.



**N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE
(MARS 2015)**

Dès lors que des actes de transferts partiels liés à la décentralisation sont réalisés, l'on peut continuer progressivement à impulser des fragments de nouveaux paradigmes qui devront prendre du temps pour se concrétiser. Car en fait plusieurs éléments viennent contrecarrer « la santé dans Toutes les politiques »

1- Si l'on parle de « la santé » c'est que ce serait un ministère de la santé qui prendrait en main cette nouvelle donne. Bien évidemment, c'est à l'Etat d'insuffler cette nouvelle donne mais il y aura un certaine résistance

2- La formation académique se réfère à des méthodes curatives et rarement holistiques, le cursus des soignants doit changer et si l'on dit en Afrique plus qu'ailleurs encore que le « pouvoir » viendrait de la sphère des sciences sociales et moins de la sphère médicale, il risque là aussi d'y avoir des résistances.

3- L'éducation de tous, l'éducation, l'accès aux soins et à une alimentation saine, un logement sain et non pollué des 40% les plus défavorisés de la population en partant du principe que la misère n'est pas une fatalité génétique et que la société doit s'entraider.

4- L'aplatissement des revenus entre la population la plus riche et la population pauvre, il faut que l'écart soit faible pour une adhésion des populations, dans le cas contraire, c'est une santé à plusieurs vitesses.

5- La démocratie et la parité en tout : ce sont les conditions minimales de réussite du projet «La santé dans toutes les politiques » avec la suggestion d'avoir: « l'être humain au cœur de Toutes les politiques »

Le modèle référent actuellement est le modèle des pays scandinaves, repris par le Canada et enfin relancé par ce même pays sur le continent africain, et ce, au moment où le budget fédéral Canadien, laissait exsangue la santé publique et ses projets de santé pour tous et par tous.

Pour situer le modèle scandinave il faut en comprendre les effets et par conséquent lire les statistiques afin de valider le modèle par rapport à d'autres, pour cela le modèle scandinave, la Finlande a été pris comme exemple lors des échanges.

Selon les statistiques de la santé de l'OCDE 2014. Le total des dépenses de santé représentaient 9,1% du PIB en Finlande en 2012, une part légèrement inférieure à la moyenne de 9,3% dans les pays de l'OCDE. Les dépenses de santé en pourcentage du PIB a été plus faible en Finlande que dans tous les autres pays nordiques, sauf en Islande (9,0%). En Finlande, 75% des dépenses de santé étaient financé par des sources publiques en 2012, légèrement supérieures à la moyenne de 72% dans les pays de l'OCDE. Dépenses de santé, publique et privé, en tant que part du PIB, pays de l'OCDE, 2012 ou dernière année En 2012, l'espérance de vie à la naissance en Finlande s'élevait à 80,7 années, une demi-année plus élevé que l'OCDE qui était en moyenne de 80,2 années.

La proportion de fumeurs parmi les adultes avait fortement baissé en Finlande au cours de la dernière décennie. En 2012, 17% des adultes ont déclaré fumer tous les jours, contre 23% en 2000. Le taux actuel est inférieur à la moyenne de 20,7% de l'OCDE.

Dans le même temps, les taux d'obésité ont augmenté au cours des dernières décennies dans tous les pays de l'OCDE. En Finlande, le taux d'obésité chez les adultes - basée sur la taille et le poids auto déclaré - était de 15,8% en 2012, de 11,2% en 2000. Le taux d'obésité des adultes en cours en Finlande est proche de la moyenne de l'OCDE, mais supérieure à celle de la Norvège, la Suède et le Danemark. La prévalence croissante de l'obésité préfigure augmente dans l'apparition de problèmes de santé (comme le diabète et les maladies cardio-vasculaires), et la hausse des coûts de soins de santé à l'avenir.

A nuancer si l'on se réfère à l'article de l'OMS intitulé "inland curbs childhood obesity by integrating health in all policies » qui précise que la ville finlandaise de Seinäjoki, de 60 000 habitants située à 400 kilomètres au Nord-Ouest d'Helsinki avait constaté il y a six ans, que près de 20% des enfants de cinq ans étaient en surpoids ou obèses et ces chiffres ont depuis été divisés par deux en mettant en œuvre une politique municipale d'intégration de la santé dans tous les secteurs publics : éducation, nutrition, urbanisation.



Cette politique a trouvé sa traduction dans les écoles, crèches, aires de jeux, récréation en privilégiant repas plus sains, produits sucrés éliminés, sensibilisation des parents et des enfants, programmes éducatifs sur l'alimentation saine et davantage d'activités physiques.

Des conditions ont été réunies pour que ce pari puisse être engagé :

La modification de la législation finlandaise en 2011 sur la santé pour inciter toutes les villes à intégrer la santé dans tous les secteurs, la Déclaration de Trondheim en 2014 sur la santé dans Toutes les politiques sectorielles et enfin la volonté politique, de nombreuses municipalités qui n'auraient pas pu trouver les ressources pour recruter des infirmières (santé primaire et secondaire) et des médecins supplémentaires.

Dans chaque école, des infirmières examinent chaque année tous les enfants et adolescents et leur donnent des conseils personnalisés sur la nutrition, l'activité physique et la santé mentale. D'autres mesures ont été prises comme la taxation de boissons sucrées et les crèmes glacées. Résultat, l'obésité infantile commence à se stabiliser à travers le pays.

Il reste tout de même plus de 300 municipalités qui doivent intégrer la santé dans tous les secteurs, toutes les décisions politiques culturelle...

Cette politique publique est récente, elle fonde son succès car basé sur le principe de démocratie participative et décentralisée avec une forte volonté d'impulsion de l'Etat.

Il n'empêche le modèle finlandais, n'était pas si idyllique que cela, file d'attente, santé à deux vitesses avec des disparités pour rencontrer un médecin plutôt qu'une infirmière dans un centre de santé, secteur privé développé, (les médecins du secteur publique, disposent de cabinets privés)

En considérant, cette nouvelle donne politique, il est clairement avéré qu'il faut que la répartition des richesses soit une condition sine qua none de réussite, que les couches les plus défavorisées de la population notamment les 40% les plus défavorisées puissent avoir accès à la santé, à une alimentation saine, à l'éducation et à l'égalité des chances.

Enfin une décentralisation affirmée, ce qui implique d'être soudé par des liens forts et un état providence doublé d'une forte participation de la société civile.

Or que trouve-t-on en Afrique pour affirmer cette politique, des inégalités importantes faces à l'éducation, la santé, la nutrition, la qualité de vie ?

Des IDE qui ne se préoccupaient pas des études d'impacts stratégiques portant sur l'environnement, la santé et les aspects psycho-sociaux, des difficultés de soins de base qui ne s'attachaient pas au niveau communautaire et un système de santé défaillant à chaque niveau de la pyramide sanitaire, mais cela n'est pas la seule défaillance, l'urbanisme, l'assainissement, l'hygiène, la qualité de l'air, de l'eau, (si elle est potable et à portée de mains) le traitement des déchets liquides et solides, les effluents toxiques– le contrôle strict des dépenses et des allocations budgétaires la petite et la grande corruption, l'absence de bonne gouvernance.

L'impossibilité du système central à déléguer en déconcentrant ses services, la très grande difficulté de décentraliser.

La santé dans Toutes les politiques pourrait être mise en œuvre en Afrique, si l'on changeait la politique des états de l'OCDE avec des modèles adaptés, alors l'Afrique suivrait avec des modèles également adaptés. Il est possible qu'avec la révolution des objets connectés, le retour des professionnels de santé dans leurs pays et dans les territoires isolés, nous puissions intégrer la santé au cœur de Toutes les politiques pour peu que les Etats légifèrent et inscrivent ces principes dans la constitution.

En fait, les déterminants sociaux de la santé ne viennent pas de Finlande, de France ni du Canada, ils viennent de très loin, du fond de l'Afrique et de sa médecine traditionnelle et holistique.



D – Initiatives canadiennes : Le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS) et le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) ont permis d'outiller les infirmières afin qu'elle puisse avoir certains arguments pour les aider à défendre la position importante qu'elle pourrait avoir dans la promotion de la santé. Cela s'est traduit par une prise de position conjointe des deux organisations (RÉFIPS et SIDIIEF). Comme il y a des membres de toute la francophonie dans les 2 organisations, il n'a pas été facile d'avoir une position conjointe. Dans ces consultations, il a fallu d'un côté comme de l'autre faire un ajustement pour arriver à une compréhension commune de ce qui était souhaité au niveau des déterminants. IL faut juste trouver le bon dosage. Voici cette prise de position déposée le 14 mars 2014 (ci- jointe) qui a uni les deux organisations:
<http://www.sidiief.org/wp-content/uploads/Prise-Position-Promotion-Sante-Texte-integral-2014.pdf>

L'urgence d'agir en promotion de la santé : un appel à des politiques socio-économiques responsables face à la santé des populations.

En résumé, le SIDIIEF et le RÉFIPS souscrivent à l'importance de réduire les inégalités sociales de santé afin de promouvoir l'équité et la justice sociale. Ils adhèrent aux recommandations de la Commission des déterminants sociaux de la santé ayant trait à l'amélioration des conditions de vie quotidienne, à la lutte contre les disparités selon le genre, qu'il s'agisse de la promotion de la santé et du bien-être, de la prévention de la maladie ou de l'augmentation des chances de s'épanouir en bonne santé. Ils soutiennent les grands principes et stratégies de la Charte d'Ottawa faisant de la promotion de la santé une priorité mondiale.

Ils croient également que plus d'un million d'infirmières et d'infirmiers francophones représentent un savoir collectif indispensable, un potentiel remarquable et une force de changement incontestable au service de la santé des populations.

Les déterminants sociaux de la santé sont reliés aux inégalités en santé et nous permettent aussi de mieux comprendre ce qu'est la promotion de la santé ainsi que la prévention en santé. Ceci signifie que vous savez plusieurs années à l'avance si vous avez des risques d'être malade. Les conditions de vie déterminent si vous serez en bonne santé ou malade. Si vous souhaitez promouvoir la santé ou si vous voulez prévenir la maladie, les déterminants sociaux de la santé sont l'élément central et une des plus importantes approches en santé publique.

Les déterminants sociaux de la santé réduisent les inégalités de santé et permettent la promotion de la prévention primaire pour parler de la santé et pas seulement de la maladie.

Les déterminants sociaux de la santé sont la meilleure manière de répondre par rapport à la justice sociale et la promotion de la démocratie.

Les inégalités sont produites par des conditions de vie qui marginalisent les gens. La seule manière de les adresser c'est à travers les déterminants sociaux de la santé pour pouvoir avoir un impact profond sur la protection sociale et la justice sociale.

C'est la meilleure contribution en santé publique que nous pouvons avoir pour la justice sociale et la promotion de la démocratie mais aussi pour renforcer l'économie. Car c'est seulement quand nous avons des citoyens qui sont équitables, égaux, en santé que les conditions économiques peuvent être productives et prospérées.

Les déterminants sociaux de la santé sont la meilleure manière de voir la santé comme un tout et permettent de connaître les conditions sociales reliées à la santé et c'est pour cela qu'il y a un lien entre développement, société et santé. Quand nous parlons des déterminants sociaux de la santé, il s'agit probablement du point le plus important quand nous abordons les objectifs de développement durable lors de l'agenda après 2015. Quand nous sommes en mesure de comprendre comment la société produit la maladie ou la santé, nous sommes alors capables de définir des objectifs qui sont équitables et durables. Pas seulement pour la santé but aussi pour le développement comme un ensemble.



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (MARS 2015)

Il est important de considérer les déterminants sociaux de la santé à l'intérieur mais aussi à l'extérieur du secteur de la santé. Par exemple le Brésil a réduit son coefficient de GINI et pu réduire la pauvreté ainsi que l'amélioration de la santé de sa population et donc par conséquence réduit les inégalités sociales.

Les défis les plus importants auxquels nous faisons face concerne :

1 – l'obtention d'un consensus politique pour adresser les déterminants sociaux de la santé car ce domaine est hautement politique et lié à la redistribution sociale sur laquelle ne sont pas d'accord toutes les parties prenantes

2 – la capacité institutionnelle pour être en mesure de développer des politiques publiques qui peuvent être adressées par les déterminants sociaux de la santé. L'OMS dans ce cadre a travaillé sur trois aspects principaux

- La Santé dans Toutes les Politiques
- L'amélioration de la prise en considération des déterminants sociaux de la santé dans les programmes de santé publiques
- Le développement d'indicateurs et de mécanismes de suivi qui peuvent permettre aux pays de mesurer et améliorer l'intégration entre le social et l'environnemental et ainsi réduire les inégalités sociales



6 – Entretiens avec les experts de l'OMS

Les Déterminants Sociaux de la Santé et les inégalités sociales



Interview du Dr Eugenio Raul VILLAR MONTESINOS de l'OMS, coordinateur de l'unité en charge des déterminants sociaux de la santé par Isabelle Wachsmuth

IHW : 1 - Pourquoi les Déterminants Sociaux de la Santé sont importants pour réduire les inégalités sociales ?

La commission sur les déterminants sociaux de la santé a défini les déterminants sociaux de la santé comme la condition permettant aux gens de vivre, vieillir, travailler et prospérer. Les déterminants sociaux de la santé sont la force en amont la plus structurée qui permet de façonner ces conditions de vie. Ceci faisant référence aux politiques, à l'idéologie, la culture et se réfère à toutes les conditions à la fois structurelle et de mode de vie. La chose importante quand nous parlons des déterminants sociaux de la santé actuellement est par rapport à la problématique de l'équité en santé mentionné par la commission sur les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire comprendre pourquoi les inégalités sociales ont augmenté. Pas seulement dans les pays en développement mais aussi dans les pays développés. Pour expliquer les énormes écarts en santé en terme d'équité. La seule manière de comprendre ces écarts est de comprendre les déterminants sociaux de la santé qui les produisent. Les déterminants sociaux de la santé ne sont pas nouveaux en santé publique, en fait ils ont été définis il y a plus de 100 ans par Rudolf Virchow (<http://www.iphu.org/fr/node/282>). C'est aujourd'hui important de voir le lien entre les déterminants sociaux de la santé et les inégalités de santé.

Les déterminants sociaux de la santé sont reliés aux inégalités en santé et nous permettent aussi de mieux comprendre ce qu'est la promotion de la santé ainsi que la prévention en santé. Ceci signifie que vous savez plusieurs années à l'avance si vous avez des risques d'être malade. Les conditions de vie déterminent si vous serez en bonne santé ou malade. Si vous souhaitez promouvoir la santé ou si vous voulez prévenir la maladie, les déterminants sociaux de la santé sont l'élément central et une des plus importantes approches en santé publique.

Les déterminants sociaux de la santé réduisent les inégalités de santé et permettent la promotion de la prévention primaire pour parler de la santé et pas seulement de la maladie.

Les déterminants sociaux de la santé sont la meilleure manière de répondre par rapport à la justice sociale et la promotion de la démocratie.

Les inégalités sont produites par des conditions de vie qui marginalisent les gens. La seule manière de les adresser c'est à travers les déterminants sociaux de la santé pour pouvoir avoir un impact profond sur la protection sociale et la justice sociale.

C'est la meilleure contribution en santé publique que nous pouvons avoir pour la justice sociale et la promotion de la démocratie mais aussi pour renforcer l'économie. Car c'est seulement quand nous avons des citoyens qui sont équitables, égaux, en santé que les conditions économiques peuvent être productives et prospérées.

Les déterminants sociaux de la santé sont la meilleure manière de voir la santé comme un tout et permettent de connaître les conditions sociales reliées à la santé et c'est pour cela qu'il y a un lien entre développement, société et santé. Quand nous parlons des déterminants sociaux de la santé, il s'agit probablement du point le plus important quand nous abordons les objectifs de développement durable lors de l'agenda après 2015. Quand nous sommes en mesure de comprendre comment la société produit la maladie ou la santé, nous sommes alors capables de définir des objectifs qui sont équitables et durables. Pas seulement pour la santé but aussi pour le développement comme un ensemble.



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (MARS 2015)

Les discussions à propos des objectifs de santé ne se réfèrent pas seulement aux maladies et le système de santé mais à la santé d'une manière plus positive. De la même manière quand nous parlons de la couverture universelle en santé comme une des plus importante priorité de santé publique maintenant, nous devons aussi parler des déterminants car ce n'est pas suffisant d'accéder aux services de santé pour réduire les inégalités sociales. C'est nécessaire d'avoir une couverture universelle en santé mais ce n'est pas suffisant. Les inégalités en santé peuvent être réduites seulement si vous combinés les déterminants sociaux de la santé et la couverture universelle en santé

Ceci a été prouvés dans beaucoup de pays comme les pays nordiques qui ont un accès complet aux services de santé mais où les inégalités en santé continuent d'augmenter. La seule manière d'adresser ces inégalités en santé sont les déterminants sociaux de la santé. Toutes ces discussions de la communauté internationale ont eu lieu lors de la conférence de Rio sur les déterminants sociaux de la santé où cinq stratégies ont été définies et approuvées :

- 1 – l'amélioration de l'action intersectorielle en santé
- 2 – Adresser les déterminants sociaux de la santé mais aussi les autres secteurs pour améliorer l'accès aux services sociaux et aux services de santé
- 3 – Promouvoir la participation sociale en considérant la redistribution sociale équitable
- 4 – Aligner différents acteurs internationaux pour pouvoir adresser les déterminants sociaux de la santé avec une manière claire et compréhensible et développer des perspectives de coopération
- 5 – Mesurer c'est-à-dire savoir si des politiques ont été développées pour adresser les déterminants sociaux de la santé ou d'autres secteurs pour permettre une réduction de ces inégalités

Je citerais quelques exemples de pays qui ont eu du succès dans la mise en œuvre de l'approche plus équitable comme les pays nordiques où les inégalités sociales sont plus réduites.

Il est important de considérer les déterminants sociaux de la santé à l'intérieur mais aussi à l'extérieur du secteur de la santé. Par exemple le Brésil a réduit son coefficient de GINI et pu réduire la pauvreté ainsi que l'amélioration de la santé de sa population et donc par conséquence réduit les inégalités sociales.

Les défis les plus importants auxquels nous faisons face concerne :

1 – l'obtention d'un consensus politique pour adresser les déterminants sociaux de la santé car ce domaine est hautement politique et lié à la redistribution sociale sur laquelle ne sont pas d'accord toutes les parties prenantes

2 – la capacité institutionnelle pour être en mesure de développer des politiques publiques qui peuvent être adressées par les déterminants sociaux de la santé. L'OMS dans ce cadre a travaillé sur trois aspects principaux

- La Santé dans Toutes les Politiques
- L'amélioration de la prise en considération des déterminants sociaux de la santé dans les programmes de santé publiques
- Le développement d'indicateurs et de mécanismes de suivi qui peuvent permettre aux pays de mesurer et améliorer l'intégration entre le social et l'environnemental et ainsi réduire les inégalités sociales



La Santé dans Toutes les Politiques



Interview de Nicole VALENTINE (NV) de l'OMS de l'unité en charge des Déterminants Sociaux de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé par Isabelle Wachsmuth (IHW)

IHW : A quoi ressemble l'utilisation de l'approche la Santé dans Toutes les Politiques dans la pratique ? Pouvez-vous nous donner quelques exemples ?

NV : "La Santé dans Toutes les Politiques" est une approche des politiques publiques à travers les différents secteurs qui prennent systématiquement en compte les implications de santé dans le processus de décisions, qui cherchent des synergies et qui évitent les impacts de santé nuisibles pour améliorer la santé des populations et l'équité en santé. Ceci est la définition qui a été adoptée par la résolution lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur l'Aide au Développement Social et Économique : l'Action Durable À travers des Secteurs pour Améliorer la Santé et l'Équité en Santé (WHA 67.12) en 2014. Cette définition fournit une large portée pour ce qui est de la mise en œuvre et à quoi cela pourrait ressembler en pratique, étant donné que l'action intersectorielle pour la santé est un vieux concept, mais examinons peut-être quelques caractéristiques de cette définition. Celle-ci se distingue peut-être de l'action intersectorielle. La première caractéristique est la question de durabilité qui n'est pas explicitement exposée, mais impliquée dans le mot "systématiquement"; l'implication basée sur "une fois-" vis à vis de cette approche n'est pas suffisante. Beaucoup d'approches avec une action intersectorielle ont essayé d'adresser une seule question sur un laps de temps très court, sans essayer de prolonger les actions au sein même du système existant. Par exemple, on peut penser aux campagnes de promotion entre la santé et l'éducation, changer des comportements alimentaires par une coopération spéciale entre les infirmières et les éducateurs.

Très souvent ces types d'initiatives ont été menées à court terme parce que le niveau de coopération permettant l'activité a été coupé par exemple s'il y avait des conditions budgétaires défavorables lors de fléchissements économiques.

Typiquement ces approches n'ont pas incorporé de vision en santé dans le cadre de l'éducation et aussi dans le mode de pensée d'autres secteurs. Cependant, ceci ne doit pas dire que des approches durables n'impliquent pas l'utilisation progressive de projets comme une stratégie spécifique. Par exemple, dans l'Australie-Méridionale, le gouvernement utilise un projet pour évaluer des propositions politiques communes avec la perspective de la santé. La santé étant dans ce cas vue comme une partie de l'ensemble des dialogues trans-sectoriels durables. Cela signifie que des projets courts doivent faire partie d'une stratégie durable qui permet d'incorporer les politiques avec la santé.

La deuxième question porte sur le terme "systématique" qui est celui de la mesure de la vision d'intersectoralité. Même au niveau des politiques, deux ministères peuvent avancer ensemble pour créer une réponse plus intégrée pour adresser les déterminants sociaux de la santé (par exemple, dans plusieurs pays, les ministères sectoriels de la santé et du bien-être et de la protection sociale sont combinés). Mais l'approche de la Santé dans Toutes les Politiques exige qu'ils ne pas s'arrêtent là, mais plutôt d'augmenter la portée des mesures intersectorielles à travers des secteurs supplémentaires. Ceci peut permettre d'étendre l'intention y compris des secteurs plus traditionnels comme la planification et le commerce. Une grande partie de la littérature sur la promotion de la santé et sur les premières actions intersectorielles et même les premiers exemples d'une bonne santé à bas prix (par exemple au Sri Lanka dans les années 70 et 80) décrivent la combinaison de la santé et des services d'éducation puis la santé et la gestion de base de l'eau et l'assainissement. Mais le défi est de continuer à aller plus loin.



La troisième et finale problématique que je voudrais mettre en évidence est la question de responsabilité pour la santé. L'approche de la Santé dans Toutes les Politiques exige l'établissement de mécanismes formels de prise de responsabilité ainsi que des procédures en ce qui concerne les implications de santé dans les décisions faites par les autres secteurs. Ceux-ci sont bien sûr mis en œuvre de différentes façons. Cependant, les conditions légales pour les procédures et la responsabilité impliquant la société civile sont apparues comme deux éléments forts qui contribuent à l'efficacité de mesures de responsabilité. Plusieurs exemples de ces mesures de responsabilité sont les caractéristiques d'efforts récents sur la Santé dans Toutes les Politiques mais ils ont été mis en œuvre différemment. En Norvège, l'accent est mis sur l'établissement d'objectifs concernant la santé par différents secteurs et la responsabilité sectorielle dans le cadre d'un comité interdépartemental pour adresser les déterminants de santé. Cette activité est soutenue selon un mandat légal. Au Québec, la responsabilité est plutôt au niveau de traduction des connaissances qui font un examen minutieux des lois proposées pour évaluer l'impact potentiel sur le secteur de la santé. Ce rôle est aussi soutenu selon un mandat légal. Ces deux processus sont plus bureaucratiques.

Cependant, en Thaïlande, les évaluations d'impact de santé sont exécutées suivant l'approche "le triangle qui déplace la montagne", où la société civile, représentant les communautés affectées, le monde universitaire et les secteurs différents de gouvernement est convoquée par la santé pour évaluer les implications de santé potentielles de nouvelles politiques (polices) ou des projets de développement.

IHW : Un nouveau manuel de formation sur la Santé dans Toutes les Politiques a été publié par l'OMS. Votre unité à l'OMS a joué un rôle pivot dans cette initiative. Pourquoi pensez-vous qu'un tel manuel est nécessaire ?

Comme indiqué précédemment, l'approche une Santé dans Toute les Politiques est une approche de travail intersectoriel, aussi appelé par d'autres étiquettes comme le travail à travers des secteurs. Le fait de produire un manuel sur ce sujet par l'OMS à ce moment important avait deux perspectives. D'abord, regarder derrière soi par rapport au travail précédent sur l'action intersectorielle, on voit que l'OMS a produit du matériel de formation avant même de travailler sur plusieurs secteurs, mais ce matériel été plus concentré sur des secteurs ou des questions spécifiques. Je pense en particulier au travail fait en ce qui concerne la santé liée aux secteurs d l'eau et d'assainissement et en ce qui concerne la nutrition. Pour établir une pratique de santé publique générique, il est important que le manuel se réfère à une gamme plus large de secteurs et des états de santé associés. Par exemple, l'eau et l'assainissement sont traditionnellement associés aux maladies communicables ou infectieuses. De nos jours, la hausse de maladies non contagieuses est beaucoup plus forte et affecte la population et dans ce cas le travail intersectoriel doit être adresser aussi. Dans ce contexte, d'autres questions apparaissent comme importantes comme le commerce mondial. Un autre point à noter quant au matériel précédent consiste en ce qu'une grande partie de ce qui était scientifique et a été le plus demandé par les États membres concernait le soutien aux manières de travailler. Ce travail permet de croiser intersectoriellement les silos et ceci peut être stimulant. Les silos ne partiront pas en travaillant ainsi à travers différents secteurs car ces silos exigent des compétences et des façons de penser différentes, et ne commence pas toujours avec la perspective de la santé, mais il est important de penser à d'autres disciplines, à leurs paradigmes et à leurs buts.



Deuxièmement, pour les déterminants sociaux de la santé, ce manuel est important parce qu'il montre une façon pratique de comment traiter les injustices de santé. Dans notre unité, comme vous l'avez déjà entendu, notre attention se porte sur la compréhension des causes d'injustices en santé et ce qui peut être fait pour adresser celles-ci. Les injustices de santé se réfèrent aux inégalités de santé qui sont évitables, déloyales et susceptibles d'être changées. Les causes d'injustices peuvent être caractérisées en répondant à la question:

"Pourquoi les populations les plus désavantagées dans une société expérimentent de plus hautes expositions à un logement, de l'eau et l'assainissement, l'éducation de pauvre qualité et d'autres conditions qui sont nuisibles à leur santé ?"

Les raisons pour lesquelles ces déterminants négatifs de santé arrivent sont nombreux, mais les réponses peuvent être systématisées et s'assurer que les implications de santé de politiques publiques sont pris en considération, que des synergies dans la cohérence de politique sont activement cherchées et que l'on donne un plus grand poids éthique aux impacts négatifs et la délibération dans la prise de décisions. À la fin, sans santé, les vies des gens sont courtes et potentiellement très douloureuses. Le besoin d'une approche systématique a été mis en évidence dans les recommandations finales de la Commission sur les Déterminants Sociaux de Santé.

La Commission sur des Déterminants Sociaux était une commission mondiale nommée pour trouver une réponse aux problèmes d'injustices croissantes en santé. Ils ont conclu dans leur rapport de 2008 qu'il était nécessaire de prêter plus d'attention au travail à travers différents secteurs pour rendre leurs impacts plus sensibles à l'équité en santé. De la même manière, le secteur de la santé doit aussi comprendre comment les implications de ces actions dans les systèmes de santé contribuent au développement social.

À partir de 2014, il y a une résolution spécifique de l'Assemblée Mondiale de la Santé consacrée à ce sujet : Aide au développement social et économique : l'action à travers les secteurs pour améliorer la santé et l'équité en santé, que j'ai mentionné plus tôt. L'utilisation du manuel de formation pour augmenter des compétences dans le travail à travers les secteurs et promouvoir le dialogue intersectoriel et sa compréhension, est une façon très pratique pour les États membres pour mettre en œuvre cette résolution. À la fin, le fait d'avoir un Manuel de formation sur la Santé dans Toutes les Politiques c'est un point d'entrée très pratique pour travailler à travers les secteurs, qui permettent le dialogue sur les injustices de santé d'avoir lieu, parmi d'autres priorités.

Regardant le futur, comment la formation sur la Santé dans Toutes les Politiques va-t-elle être menée ? Comment cela aidera à adresser les Déterminants Sociaux de la Santé ?

L'OMS planifie l'utilisation du manuel de formation par une série de formation de formateurs, l'établissement d'un réseau de formateurs et des mises à jour régulières et pertinentes du matériel qui est utilisé par des formateurs. Le matériel pertinent supplémentaire inclut des études de cas qui sont utilisées comme des points de discussion ou pour des jeux de rôle pendant la formation ainsi que des briefings de politique pour informer les participants sur les dernières preuves de la littérature sur l'évaluation de politiques. Nous espérons d'ici la fin de 2016 avoir pu faire une formation régionale des formateurs dans l'ensemble des six régions et avoir fait une formation nationale dans au moins 20 pays de pays à bas et revenus intermédiaires. L'utilisation de ce manuel donnera aux gouvernements et à la société civile un point d'entrée plus important pour les discussions sur les implications de santé des politiques publiques à travers les secteurs.



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (MARS 2015)

Ces discussions peuvent amener à plus d'ouverture pour aborder la question d'équité en santé. Mais l'équité en santé ne doit pas être forcément le point d'entrée de départ, mais une position ou encore la terminologie utilisée. Sans ces discussions trans-sectorielles, il est difficile de commencer à mener des efforts pour adresser les injustices en santé. La vision de santé comme droit humain et la santé des populations étant formées par des facteurs structurels affectant les comportements individuels est alors perdue. Aussi, les groupes désavantagés qui bénéficient en dernier des services médicaux sont sujets à faire face à trop de déterminants qui sont responsables des écarts en santé. Tous les secteurs doivent prendre part à une vision commune de la santé dans la société et contribuer activement pour assurer que les tendances politiques dans ces différents secteurs et les changements des normes sociales ne conduiront pas à augmenter les écarts en santé.

Nous remercions HIFA-EVIPNET pour l'opportunité de discuter sur ce sujet avec leur réseau et d'encourager les participants du forum à prendre connaissance du manuel La Santé dans Toutes les Politiques à travers les sites de l'OMS :

Lancement :
http://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/

Accès direct au manuel de la bibliothèque de manuel de l'OMS :

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf?ua=1



7 – Entretiens avec d'autres experts



*Interview de Johanne Lessard, (JL)
Infirmière ASI, Membre du CA du
REFIPS et du SIDIIEF
par Isabelle Wachsmuth (IHW)*

Johanne Lessard, Infirmière ASI. Formation de deuxième cycle en santé publique et ayant un intérêt pour la promotion de la santé. Membre du Conseil d'administration (CA) du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS) et membre du CA du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF). Chargée de cours en sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke (temps partiel). Travaille à la santé publique de Montréal comme coordonnatrice professionnelle du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQSDCS)

1 - Quelles sont les principales avancées dans le domaine de la promotion de la santé au Canada ?

Le Canada a été parmi les premiers pays à reconnaître les limites de la médecine afin d'améliorer la santé. La politique de santé du Canada, qui a suivi, a introduit le travail sur les habitudes de vie.

Par la suite, est née la Charte d'Ottawa qui est encore aujourd'hui, une assise pour la promotion de la santé et ses déterminants même si d'autres chartes se sont ajoutées. L'acquisition des aptitudes individuelles saines (Éducation à la santé souvent appelée au Québec) est la stratégie encore la plus utilisée même si l'on reconnaît ses limites lorsqu'elle est utilisée seule.

Quant au Québec, pour lequel je connais mieux ce qui s'y passe, plusieurs plans d'action instaurés touchent la promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes de poids. La santé publique du Québec a travaillé très fort pour que le gouvernement et la population reconnaissent qu'il ne suffit pas de parler d'adoption de bon comportement de santé sans agir sur les environnements (créer des environnements favorables).

Villes et Villages en santé, École en santé, Aînés en santé, Amis des bébés (allaitement), Établissement promoteur de santé (EPS), Évaluation des impacts sur la santé (EIS) ne sont que quelques exemples de programmes promotions qui fonctionnent bien au Québec. Plusieurs programmes sont basés selon le modèle écologique de Bronfenbrenner (projet Sentinelle (prévention du suicide), École en santé, Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)). L'approche écologique insiste sur le fait que les comportements des individus sont souvent une adaptation aux pressions de l'environnement.

Des pistes cyclables, des milieux de travail avec de l'équipement ou lieux physiques pour favoriser l'activité physique, des parcs et des cafétérias santé (Politique alimentaire). La mise en œuvre de l'approche HPS a été élargie à l'ensemble des établissements de santé (EPS) et non juste dans les hôpitaux.

Prôné par l'exemple aide souvent. Ici à Montréal, la santé publique a mis à la disposition des employés des vélos afin que ces derniers puissent se déplacer et éviter de prendre leur voiture. Des sessions d'activités physiques sont offertes sur le lieu de travail.

Une politique québécoise sur le tabac révisé est en voie d'être adoptée avec des gains considérables. La Direction de santé publique (DSP) de Montréal a été très impliquée dans la refonte de cette loi et a travaillé avec beaucoup de partenaires afin de créer un poids politique important. Le directeur de santé publique de Montréal, Dr Richard Massé, a lui-même publié en 2014 son rapport sur le tabac. Un rapport du directeur sur le logement à Montréal est en voie de rédaction.



Notre ancien directeur de santé publique à Montréal, Dr Richard Lessard, a lui-même été un précurseur dans l'élaboration du rapport du directeur. En 1998, le Dr Richard Lessard a publié un rapport sur les inégalités de santé qui démontrait une différence d'au moins dix ans entre l'espérance de vie moyenne des hommes montréalais défavorisés et des hommes de quartiers plus riches. Ne s'arrêtant devant rien, le Dr Lessard a voulu, en 2011, mesurer le chemin parcouru. Un nouveau rapport a été écrit dans lequel il interpellait les partenaires tels que les villes, les organismes, mais aussi le gouvernement du Québec et du Canada par ses recommandations. Le constat du rapport est qu'il y a eu une légère amélioration de l'espérance de vie et une diminution du taux de mortalité, mais les écarts persistent dans certains quartiers. Il faut dire qu'au Québec, dans les années 2000, des mesures sociales adoptées par le gouvernement ont été mises en place pour aider les familles, tels que le programme de garderie à 7 \$/jour, les congés parentaux, l'allocation aux familles, etc., ce qui a relativement protégé la classe moyenne de la pauvreté. L'assurance médicament, les mesures de soutien à l'emploi et l'indexation des revenus d'aide sociale sont d'autres exemples de mesures identifiées comme ayant contribué à la promotion de la santé.

Au Québec, nous avons l'Institut national de santé publique (INSPQ) qui a, entre autres, pour mission d'évaluer les impacts positifs et négatifs de mesures ou politiques publiques sur la santé de la population québécoise en s'appuyant sur les meilleures données disponibles. Leurs travaux sont fort utiles. Le Réseau francophone international pour la promotion de la santé, qui est un réseau d'échange, travaille à démystifier la promotion de la santé au Québec avec la section des Amériques mais aussi au niveau international. Un portfolio de formation sur la promotion de la santé, sur lequel j'ai travaillé, sera lancé lors du Congrès mondial du Secrétariat des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) afin de former des infirmières sur la promotion de la santé. Le REFIPS et le SIDIEF ont élaboré en 2014, une prise de position conjointe sur l'importance de la promotion de la santé.

"L'URGENCE D'AGIR EN PROMOTION DE LA SANTÉ : UN APPEL À DES POLITIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES RESPONSABLES FACE À LA SANTÉ DES POPULATIONS"

2 - Est-ce que vous pensez que ces avancées pourront être maintenues ?

Mes écrits seront plus étoffés pour le Québec que le Canada, j'en suis désolée.

Je ne saurais dire pour le Canada. Au Québec, ces avancées sociales sont malheureusement en train de se perdre. Le gouvernement actuel met tranquillement et sûrement la hache dans des acquis sociaux tels que l'augmentation des tarifs de garderie, l'augmentation des tarifs d'électricité, etc. On constate que l'écart entre les riches et les pauvres augmentent. Les médias du Québec ont largement diffusé la nouvelle voulant que l'année 2014 ait été une année record pour l'interruption de l'électricité chez les moins bien nantis. Quand on connaît le climat du Québec, on comprend que cela est inacceptable.

Nous vivons depuis le 1er avril 2015, une réforme majeure de la santé au Québec avec des mégas structures appelées Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) ou Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) regroupant jusqu'à 12 000 employés. La santé publique se retrouve dans ces mégas centres noyés par le curatif. Comme je suis à ma troisième réforme de la santé au Québec, je peux vous dire que cela prend au moins 5 à 10 ans avant de voir des résultats et l'on ne parlait pas de méga structure. Le gouvernement du Québec parle également de revoir la Loi de santé publique qui donne des pouvoirs aux directeurs de santé publique. Est-ce qu'il y a un risque qu'on diminue leur pouvoir? L'enjeu demeure. Les coupures en santé publique sont inquiétantes car les gains sur les ISS et le travail sur les déterminants pourront-ils être maintenus. J'en doute et cela me peine à le dire.

Je garde espoir que nos partenaires communautaires, qui travaillent sur les déterminants et ISS, puissent maintenir leur flamme, même s'ils peinent à se financer adéquatement.



Je ne veux pas me faire l'avocat du diable, mais les avancées que nous avons faites au Québec et, qui était reconnu partout dans le monde, pourront-elles se poursuivre? Je ne connais pas l'avenir, mais je suis un peu pessimiste à cet égard

3 - Quels ont été les impact de la mise en œuvre de programmes en promotion de la santé au Canada et quels ont été les principaux facteurs de succès ?

Le succès des programmes de promotion nous a permis d'identifier l'importance de mettre en place diverses stratégies d'action afin d'agir simultanément à plusieurs niveaux. Ces stratégies rejoignent celle de la Charte d'Ottawa.

Il faut également s'appuyer sur les caractéristiques des interventions efficaces et prometteuses.

Je pense qu'au Québec et au Canada, l'importance d'agir à partir de modèles qui intègrent des composantes individuelles et environnementales n'est plus remise en question. Cependant, les données probantes qui appuient les interventions ne sont pas toujours disponibles ce qui limite parfois l'utilisation de certaines stratégies, car les données probantes sont plus à caractère individuel. Les interventions doivent être efficaces, pertinentes, pas d'effet pervers, capacité d'être évalué, etc.

4 - Quels sont les écarts qui restent encore à combler et les défis restant à relever ?

Dans les écarts à combler, j'y vois la compréhension de la promotion de la santé par l'ensemble des professionnels et des partenaires (villes, OC, gouvernement, etc.)

Je demeure stoïque de voir encore des intervenants parlés de promotion de la santé en parlant d'éducation à la santé seulement. À ma connaissance, il n'existe pas de consensus scientifique sur une manière efficace d'intervenir sur les déterminants et la réduction des ISS. De plus, il ne faut surtout pas stigmatiser les populations plus vulnérables.

Pour ma part, il faut arriver à travailler sur les déterminants les plus importants : le revenu, le travail, l'accès à l'éducation et aux services. Et le gouvernement doit être influencé par tous les moyens possibles à cet égard.

Au niveau des écarts à combler, il faut de plus, que les gouvernements autant canadiens que québécois aient une vision concertée de la réduction des ISS pour mobiliser tous les secteurs gouvernementaux.

Le renforcement des acquis en termes de protection sociale, de lutte à la pauvreté et d'action sur des déterminants de la santé demeure précaire et la place que l'on donne à la participation des citoyens au processus décisionnel est en dégradation. Les projets de loi sont actuellement adaptés sous le bâillon, alors, comment considérez la place du citoyen. Malheureusement, les politiques économiques et sociales des gouvernements ne favorisent pas encore toute la population.

5 - Pourquoi existe-t-il encore une opposition entre le biomédical et la santé publique ?

L'approche biomédicale repose sur la définition de la santé comme étant l'absence de la maladie. La santé publique a longtemps utilisé ou « surfer » sur cette approche, pour défendre la prévention de la maladie (diminution facteurs de risque) de type individuelle et à utiliser des indicateurs de mortalité, morbidité, etc.

À partir du moment où la santé publique ne regarde plus seulement le volet individuel et se rend compte des limites des interventions individuelles (développement des capacités individuelles), elle a prôné des stratégies autres (Charte d'Ottawa) mais ces stratégies ne sont pas l'apanage de la santé et touche d'autres secteurs que la santé (multisectoriel). Très souvent, les cliniciens ou professionnels ne savent pas comment ils peuvent être utiles en dehors de la santé. Très peu savent comment on travaille une politique de santé donc le clivage demeure.

6 - Quelles sont vos principales recommandations pour la mise en place de politiques en promotion de la santé ?

Il est très ardu de mettre en place une politique de promotion de la santé.

Comme je l'ai dit précédemment, il faut que la population, le gouvernement, les élus (villes) considèrent la nécessité d'avoir une politique.



Une de mes premières recommandations serait de revenir à la base de la Charte d'Ottawa. Le REFIPS a écrit à cet effet un document sur les 25 ans de la Charte d'Ottawa. On y fait le constat 25 ans plus tard que la notion de promotion de la santé est encore incomprise dans son application. Il y a eu des gains avec les EPS mais force est de constater que le secteur de la santé et les autres secteurs ne voient pas encore la nécessité de collaborer.

Depuis, la charte, il y a eu plusieurs chartes et pour ma part cela a dénaturé l'importance de la base qui est la Charte d'Ottawa. Arrêtons d'ajouter et travaillons à actualiser la base.

Dans mon travail comme coordonnatrice professionnelle à la Direction de santé publique de Montréal, nous avons travaillé sur un projet durant 2 ans afin de rejoindre une catégorie de femmes qui ne passaient pas de mammographie. Plusieurs stratégies ont été utilisées

1. Marketing social
2. Adaptation des lettres et outils (littérature) et traduction
3. Relance personnalisée et développement de réseaux multiplicateurs

Ce fut un travail très exigeant et nous aurons les résultats de l'évaluation en juin 2015, mais nous sommes convaincus que cela aura eu un impact.

7- Pensez-vous qu'une approche systématique et holistique des problématique de santé puisse être adoptée par une majorité de pays, à savoir une analyse multi-sectorielle et multi-disciplinaires de la santé publique. Comment d'après vous l'approche des déterminants sociaux de la santé et la Santé dans Toutes les Politiques peuvent être plus facilement et largement utilisées ?

Je vous réfèrerais au document du REFIPS « Intervenir en promotion de la santé à partir de l'approche écologique ». Si seulement, on mettait cela en pratique, ce serait de grands gains partout à travers le monde. Le REFIPS l'a expérimenté en Haïti et travaille actuellement avec le gouvernement haïtien sur l'élaboration d'une politique de santé. Mme Lisandra Lannes, coordonnatrice du REFIPS, pourrait vous donner tous les détails.

8 - Quels sont les principaux acteurs au Canada et dans les autres pays francophones d'après vous qui sont les plus en avance dans les domaines de la promotion en santé, les déterminants sociaux de la santé et la Santé dans Toutes les Politiques. Avez-vous des exemples majeurs ? Quel est votre stratégie pour travailler avec de tels partenaires ?

Le Canada, la Direction de santé publique de Montréal, le REFIPS, le CCNP, ASPC

Pas par ordre d'importance:

- Stratégie no 1 : se connaître et connaître les intérêts de chacun
- Stratégie no 2 avoir une vision commune du ou des problèmes
- Stratégie no 3 : être conscient que les intérêts personnels de visibilité et de reconnaissance sont toujours présents,
- Stratégie no 4 : avoir des acteurs (OC ou coalition) qui peuvent faire des pressions politiques
- Stratégie no 5 : sensibiliser l'opinion publique, les médias et la population.
- Stratégie no 6 : savoir saisir les opportunités
- Stratégie no 7 : le moment est important.



*Interview de Dr Richard Massé (RM)
 Directeur de santé publique au
 CIUSSS Centre-Est-de-l'île-de
 Montréal (anciennement l'Agence
 de la santé et des services sociaux)
 par Isabelle Wachsmuth (IHW)*

1 – Introduction

A - Contexte de prise de décision politique

Le Canada a un gouvernement fédéral décentralisé avec des politiques de santé plutôt focalisées sur les soins et les organisations de santé. Chaque province est en charge de ses propres politiques de santé. Il est donc difficile de présenter l'ensemble de tous les enjeux au Canada et donc une approche par provinces est nécessaire. Les travaux menés par le Canada sur les déterminants sociaux de la santé ont été transmis aux autorités mais leur continuité et pérennité est difficile dû aux changements réguliers des décideurs et leurs connaissances plus au moins étendue sur le sujet des déterminants sociaux de la santé. Avant l'interview, Dr Massé explique pourquoi le Canada s'est impliqué dans des politiques de santé publique et nous ramène dans l'histoire en 1980 où les débuts ont été difficiles

B - Rappel historique

Le Québec et le Canada ont eu un intérêt pour la promotion de la santé ce qui a amené notamment à l'élaboration de la charte d'Ottawa et ce qui s'est inscrit dans le développement d'une réflexion sur les déterminants sociaux de la santé. Cette réflexion sur les déterminants sociaux de la santé était une approche alors pour sortir de la dualité entre santé publique et soins de santé et ceci avec le support de l'OMS et nombreux autres partenaires. Ceci a permis de développer, à cette époque, des stratégies de promotion de la santé car la volonté et la réflexion étaient fortes tant au niveau du Canada qu'au niveau international. A cette époque, un certain nombre de chercheurs canadiens et québécois ainsi que l'ex ministre Dre Jean Rochon ont pris le leadership notamment pour développer des stratégies sur les déterminants sociaux de la santé par rapport aux enfants et aux inégalités de santé qui existaient par rapport à ce groupe en particulier pour, entre autres,

convenir d'une vision sur l'organisation des services de santé pour les enfants. Le Canada a un gouvernement dit libéral (comme celui des Etats Unis et du Royaume Unis) avec une approche redistributive très limitée surtout par rapport à l'Europe. Il y a alors peu d'approche globale de santé publique et seulement une approche sur les services de santé. Dans ce cadre certaines provinces ont suivi et d'autres non.

A la suite de ce positionnement fort du Canada sur les déterminants sociaux de la santé, l'OMS Europe, en association avec le Canada et le Québec, a élaboré des stratégies de promotion de la santé dont Paul Lamarche pour le Canada. Les pays scandinaves et le Royaume Unis étaient les plus impliqués (dont M. Richard Wikelson) dans le développement des enfants. Par la suite la commission sur les déterminants sociaux de la santé a été mise sur pied (menée par M. Clyde Hertzman). Madame Monique Begin a été particulièrement active lors des travaux préparatoires avec le gouvernement fédéral, certaines ONGs et universités pour avoir une réflexion sur la place des déterminants sociaux dans la santé. Ce groupe de travail a ensuite continué ses travaux à l'Agence de santé publique du Canada (juste après la crise du SRAS en 2005). Le gouvernement a alors changé en devenant plus conservateur entraînant des restrictions dans l'investissement en santé publique, avec une diminution du rôle de la société/l'état et un renforcement sur l'individu où chacun doit être responsable de sa santé. L'attention a été alors portée sur l'organisation des soins et la recherche fondamentale avec un abandon pour le travail plus en amont des politiques progressistes de santé publique. Le Canada avec son gouvernement de droite a vu alors un dégradation et détérioration de l'état de santé de sa population et été pointé du doigt par l'OCDE suite à l'augmentation des inégalités en santé pour les adultes et les enfants. Depuis 10 ans maintenant malgré l'implication et l'engagement des chercheurs il y a une augmentation croissante des inégalités en santé avec une diminution du coefficient de GINI.



1 - Quelles sont les principales avancées dans le domaine des déterminants sociaux de la santé et la santé dans toutes les politiques au Canada ? Quels écarts d'après-vous reste-t-il à combler et les principaux défis auxquels vous faites face ?

Le Canada a d'excellents chercheurs et cela a permis aux provinces du Canada de faire des avancées significatives. Par exemple au Québec depuis 15 ans, il y a une diminution des inégalités en santé et de pauvreté chez les enfants notamment à travers la mise en place de système de garde pour permettre une meilleure redistribution des ressources. Chaque province, du fait du modèle de gouvernance fédératif, a la responsabilité directe des services de santé offerts à sa population.

La santé des populations et la santé publique sont directement dépendants des gouvernements et des politiques publiques variables d'une province à l'autre. On peut citer aussi la province de l'Ontario (la plus grosse province du Canada) qui a eu un intérêt pour les déterminants sociaux de la santé et améliorer les politiques sociales, le chômage, l'alimentation. Mais elle a dû faire face à la récession économique depuis 2008 avec un déficit de plus en plus significatif.

2 – Comment les déterminants sociaux de la santé et la santé dans toutes les politiques peuvent-elles contribuer dans la réduction des inégalités sociales en santé ? Auriez-vous des exemples de politiques qui ont été mises en œuvre dans ce sens ?

Les inégalités en santé sont difficiles à adresser sans une bonne connaissance des déterminants sociaux de la santé car ils se trouvent dans tous les enjeux sociétaux. Si on regarde les déterminants sociaux de la santé et comment ils sont ancrés à travers des analyses socio-économiques et sur les lieux de vie, on comprend mieux la dynamique. Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs les plus structurants des inégalités en santé bien plus que les individus eux-mêmes. Les déterminants sociaux de la santé nous indiquent comment agir et démontrent que les valeurs économiques ne doivent pas être l'unique objectif.

C'est impossible de réduire les inégalités en santé sans la prise en considération des déterminants sociaux de la santé. Des politiques au Canada ont été mises en œuvre pour assurer des services de garde des enfants. Certaines approches ont montré leur limite car si on se contente de donner une rétribution financière au famille sans développement de l'infrastructure et les compétences du personnels, les inégalités sociales ne diminueront pas. Ceci a été démontré par une étude longitudinale sur 12 ans (LEDEC) avec une amélioration de la qualité de vie des enfants qui allaient au CPE, l'indice de maturité scolaire était meilleur et il y avait moins de décrochage scolaire. Les femmes avec l'initiative CPE pour les enfants ont plus être plus actives et contribuer à l'économie. La politique re-distributive néolibérale portant uniquement sur une rétribution financière au famille sans prendre en compte la formation des éducateurs ne permet pas de réduire les inégalités en santé. Il est donc nécessaire de s'intéresser à toutes les mesures qui permettront le développement du plein potentiel de l'enfant. Certaines politiques/programmes au Québec ont donc une vision globale qui intègrent les déterminants sociaux de la santé.

L'intérêt du Canada pour les déterminants sociaux de la santé est là mais il fait face à un gouvernement néolibéral où le ministère de la santé n'a pas de compréhension de la santé publique mais seulement des services de santé.



3 – Quelles sont les mesures d’après-vous qui doivent être prises pour rendre pérennes ces approches sur les déterminants sociaux de la santé et la santé dans toutes les politiques au Canada et dans les autres pays du monde ? Quelles stratégies doivent-elles être adoptées à l’échelle globale, nationale et locale pour permettre de réduire les inégalités sociales en santé de manière durable ?

Au Québec, l’approche pérenne concernant les déterminants sociaux de la santé a été possible avec l’adoption d’une loi de santé publique et l’introduction d’une procédure d’évaluation d’impact en santé (cette mesure est dans beaucoup de législations des provinces canadiennes). Le Québec a été un précurseur et cela a été repris par l’Australie et plusieurs pays Européens. Un réseau de chercheurs et d’intervenants a pu se constituer pour échanger sur les impacts en santé.

Le fait que cette mesure soit dans la loi entraîne une allocation budgétaire de même que le système soit supporté au niveau du gouvernement permet d’identifier en amont les conséquences des inégalités en santé et donc de promouvoir les tendances positives et réduire celles négatives. Ce qui a permis, depuis 2001, une avancée conséquente des fonds de recherche spécifique.

Il existe plusieurs sources de financement à travers les instituts de recherche en santé du Canada (13 instituts affiliés dont l’institut de recherche en santé publique et en santé des populations) pour élaborer des stratégies de recherche sur les déterminants sociaux de la santé. Il est donc nécessaire de prendre en considération les aspects de politique et de recherche en même temps. Ceci est possible à travers l’utilisation d’indicateurs, d’observatoires et d’évaluations d’impact.

La recherche et l’évaluation sont des activités fondamentales si on souhaite pérenniser les politiques publiques.

4 – Dans le cadre d’un monde globalisé et interconnecté, quelle approche de santé publique préconisez-vous pour améliorer la santé et le bien-être de manière équitable ?

L’approche biomédicale focalisée sur l’organisation des soins de santé peut être une mesure de redistribution positive mais cela dépend du mode de financement et du type d’organisation. La globalité et la gratuité des soins avec une taxation ou couverture sanitaire universelle pour une protection pour tous est la meilleure mesure. L’approche purement biomédicale de la santé n’est pas réceptive aux discussions sur les causes en amont des maladies et capable de fournir des services de santé uniquement sur les besoins immédiats.

Il apparaît donc essentiel d’organiser les services de santé de manière équitable et de pouvoir répondre à l’ensemble des besoins essentiels des gens.

Si on répond à la question est-il pertinent d’investir dans la santé, on voit que plus on investit plus l’impact est limité dans le temps avec des investissements de plus en plus importants, on arrive alors à un plafond car malgré ces investissements il y a peu de gain supplémentaire d’espérance de vie. On obtient une courbe exponentielle décroissante rapide puis un plafonnement.

Donc si on veut vraiment améliorer la santé, il faut faire des investissements dans d’autres secteurs tels que l’éducation, l’environnement, les conditions sanitaires, le social et l’organisation du travail. La santé est liée aux autres secteurs. Une société très sectorisée ne pourra que très peu améliorer le secteur de la santé dans le temps. Pour le moment le gouvernement est très sectorisé avec un mandat spécifique sur un secteur et non global.

Les données, l’information peuvent améliorer la santé et il est nécessaire de sortir des silos pour aller vers une pensée globale et avoir une vision sociétale.



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (MARS 2015)

Le plus important pour l'ensemble de la société étant d'avoir une vie saine, heureuse et productive. Beaucoup de valeurs sont non dites et taboues avec des perceptions et pensées contradictoires. Un système dans lequel seulement quelques personnes peuvent contempler leur richesse et leur pouvoir n'est pas viable. L'ensemble des ressources disponibles doit pouvoir bénéficier à l'ensemble de la société. La santé doit être une valeur sociale pour tout le monde. Il est nécessaire de briser la dualité et permettre de faire connaître les données probantes en amont de la santé et pas uniquement sur les services de santé et les traitements mais aussi sur les problèmes sociétaux. Un investissement dans les connaissances en amont est requis.

Nous avons une responsabilité collective et il est nécessaire de briser le mur du silence sur les abus qui est présent au niveau macro et sociétal

5 - Quelles sont vos principales recommandations pour la mise en place des approches sur les déterminants sociaux de la santé et la santé dans toutes les politiques particulièrement pour les pays à bas et moyens revenus ainsi que les celles pour réduire les inégalités sociales en santé ?

Les soins de santé de base sont nécessaires et les pays à bas et moyens revenus doivent se donner les moyens et pas développer uniquement des services de santé ultraspecialisés avec à terme une perte. Les déterminants sociaux de la santé sont les enjeux culturels et sociaux. Il n'y a pas de recette d'un pays à un autre car le contexte est déterminant et il faut une adaptation spécifique par pays.

Les pays développés doivent faire attention à leur politique commerciale pour ne pas être nuisibles aux autres pays et pour que ces pays ne soient pas réduits à l'esclavage. Il est nécessaire de ne pas faire de dumping sur les pays les plus vulnérables et d'avoir un comportement responsable par rapport aux actions menées. Des gens doivent s'intéresser aux déterminants sociaux de la santé pour pouvoir fournir les données. La formation et la production de données peuvent être capitalisées pour démontrer ce qui est efficace comme la formation des femmes et des enfants. Le développement des femmes et des enfants est l'enjeu de base qui aura le plus d'impact à long terme. Il est essentiel par exemple de donner plus de pouvoir aux femmes.



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (MARS 2015)

8 - Documents utiles sur les déterminants sociaux de la santé et la Santé dans Toutes les Politiques

Rapport 2014 de l’OMS sur la santé dans la Région africaine

<http://www.who.int/sites/default/files/publications/2446/ARHR-2014-fr.pdf>

« Task force » sur la Santé dans Toutes les Politiques en Californie

http://sgc.ca.gov/docs/HiAP_Task_Force_Report_Dec_2010.pdf

<http://changelabsolutions.org/news/california-health-all-policies-task-force-public-workshops>

Exemple de rapport d’évaluation après l’atelier (2014) <http://www.livehealthsummit.com/wp-content/uploads/2014/07/PrePost-HiAP-Report.pdf>

Autres exemples d’atelier sur La santé dans toutes les politiques (approche HIAP) au niveau de l’Europe particulièrement les pays bas

Résumé en français

[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/464422/IPOL-ENVI_ET\(2011\)464422\(SUM01\)_FR.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/464422/IPOL-ENVI_ET(2011)464422(SUM01)_FR.pdf)

Rapport complet en anglais

[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/464422/IPOL-ENVI_ET\(2011\)464422_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/464422/IPOL-ENVI_ET(2011)464422_EN.pdf)

Portail européen pour l’action sur les inégalités de santé

http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/policies/health_in_all_policies/

Les inégalités de santé par pays

http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/about_hi/health_inequalities/at_national_level/

Les outils de formation http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/projects/crossing_bridges/resources_cap_b_module/

La Santé dans Toutes les Politiques en action – Evaluation d’impact en santé au Canada

http://www.ncchpp.ca/docs/2014_CPHA_EIS_JC_EN.pdf

La Santé dans Toutes les Politiques en Australie et au Vietnam

<http://cphce.unsw.edu.au/sites/default/files/uploads/Workshop%204a%20-%20HiAP.pdf>

Analyses d’études de cas dans 18 pays

http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_fr.pdf

Learning from Intersectoral Actions for Implementing Health in All Policies: a compilation of case studies

<http://www.actionsdh.org/site/DefaultSite/filesystem/documents/Examples/Collection%20of%20Summaries%20of%20Case%20Studies%20from%20Three%20Regional%20Projects.pdf>

Primary Health Care and Health in All Policies

https://www.phasa.org.za/wp-content/uploads/2013/11/Jeanette-Hunter_Primary-health-care_article-1.pdf

La Santé dans Toutes les Politiques – Un guide pour les gouvernements locaux

https://www.apha.org/~media/files/pdf/fact%20sheets/health_inall_policies_guide_169pages.ashx

Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l’accès aux soins de prévention ?

<http://www.erudit.org/revue/lsp/2006/v/n55/013229ar.pdf>



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

N°7 : LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (MARS 2015)

Formation en ligne sur les déterminants sociaux de la santé SDH-Net et donne accès à plusieurs études de cas

<http://tie.inspvirtual.mx/portales/sdhnet/>

L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle - Analyse d'études de cas dans 18 pays

http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_fr.pdf

LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS, Mieux comprendre pour agir

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>

Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report (en version anglaise uniquement)

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf?ua=1

La réduction des inégalités sociales de santé - Un défi pour la promotion de la santé

http://ethiquesantepop.ca/sites/aesp/files/documents/la_reduction_des_inegalites_sociales_de_sante_-_un_defi_pour_la_promotion_de_la_sante.pdf

Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé

http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20130619_indicateurinegalitesocialesante.pdf

En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ?

https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/document/s/Dossier_61.pdf

Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale

http://ethiquesantepop.ca/sites/aesp/files/documents/le_risque_en_sante_publique.pdf



LES RENDEZ-VOUS MENSUELS HIFA-EVIPNET

N°7 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE (MARS 2015)

8 - Conclusion

Les états membres, les gouvernements régionaux et les organismes reconnaissent de manière croissante le besoin de mettre à l'échelle les actions sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. Les actions sur les déterminants sociaux de la santé ont besoin d'être adaptés aux différents contextes étant donné la complexité de différentes causes déterminant le modèle d'injustices en santé et associé à l'histoire d'un pays, de sa culture et des traditions. Ceci permettant la mise en œuvre pratique d'action pour adresser les déterminants sociaux compliqués.

La transparence est un prérequis clé pour une bonne gouvernance et il y a plusieurs manières de la promouvoir, la mettre en œuvre et la mesurer.

Les gouvernements sont responsables de la santé de leur population et ont un rôle critique de leadership et d'intendance dans les efforts fait par la société pour promouvoir la santé et le bien être étant donné sa responsabilité et la complexité de beaucoup de défis contemporains, les gouvernements ont un rôle crucial à jouer dans La Santé dans Toutes les Politiques.

Il y a beaucoup d'initiatives, de mécanismes et de niveaux à travers lesquels les actions sur les déterminants sociaux peuvent adresser l'équité en santé. Souvent, les gouvernements ou les organisations prennent des actions sur les déterminants sociaux de la santé ou utilise l'approche la Santé dans Toutes les Politiques sans nécessairement utiliser ces termes.

L'évaluation des déterminants sociaux de la santé est aussi très importante, augmentant la responsabilité de ces citoyens et est un indicateur de bonne gouvernance.

Les actions sur les déterminants sociaux de la santé sont inévitablement reliés à l'expertise de certains de collaboration avec des partenaires et des réseaux. Dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, l'OMS a travaillé de manière rapprochée avec un grand nombre d'institutions qui supportaient la promotion et l'avancement du savoir-faire pour l'équité sociale et une approche de la santé dans toutes les politiques à travers les états membres. Ces institutions contribuent aux développements de matériels scientifiques et techniques, d'organiser une augmentation de prise de conscience sur ces activités et programmes et de supporter la mise en œuvre de stratégies au niveau national.