HAL
open science

# Closing the gap in a generation: the WHO report on social determinants of health

Annette Leclerc, Monique Kaminski, Thierry Lang

## To cite this version:

Annette Leclerc, Monique Kaminski, Thierry Lang. Closing the gap in a generation: the WHO report on social determinants of health. Epidemiology and Public Health = Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2009, 57 (4), pp.227-30. 10.1016/j.respe.2009.04.006 . inserm-00426486

**HAL Id: inserm-00426486**

**https://inserm.hal.science/inserm-00426486**

Submitted on 26 Oct 2009

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Combler le fossé en une génération : le rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé
Closing the gap in a generation: The WHO report on social determinants of health

Annette LECLERC, Monique KAMINSKI, Thierry LANG

Il arrive que la parution de documents importants passe inaperçue; c'est ce qui est arrivé en France à l'automne 2008, avec le rapport de l'OMS « Closing the gap in a generation, health equity through action on the social determinants of health » qui présente le travail collectif de la commission des déterminants sociaux de la santé à l'OMS, commission présidée par le professeur Marmot (1,2). La commission appelle, sources scientifiques à l'appui, à combler en une génération le fossé existant entre les différents échelons de la société, en agissant partout dans le monde sur les déterminants sociaux de la santé. Le peu d'écho de ce document en France peut tenir à ce que la commission ne comportait, parmi ses 19 membres, aucun Français. Ceci n'est probablement pas un hasard, mais plutôt le reflet de faiblesses de compétences mobilisables dans notre pays en santé publique à l'interface des domaines scientifique et politique.

Comme le remarquent très justement Lisa Berkman et Kavita Sivaramakrishnan dans un éditorial consacré à ce document, les chercheurs travaillant sur les déterminants sociaux de la santé, espérant toujours contribuer au débat social, ont l'habitude de terminer leurs articles scientifiques par quelques voeux sur les implications de leurs travaux en termes de politiques publiques (3). Le contenu du rapport de l'OMS est bien différent, mêlant de façon hardie production scientifique et recommandations politiques, en se basant sur l'expérience acquise dans quelques pays que l'on peut considérer comme à l'avant-garde dans ce domaine. Une autre originalité est qu'il porte sur la réduction des inégalités de santé dans tous les pays, quel que soit leur niveau de développement, alors que ces questions ont été étudiées jusqu'ici presque exclusivement dans un contexte de pays fortement industrialisés.

La France parait bien éloignée des orientations de ce rapport. Dans la classification proposée par Margaret Whitehead, nous aurions dépassé l'étape « pré-contemplative » (4): dans notre pays les données existent, le phénomène des inégalités sociales de santé est connu et bien documenté pour de nombreuses dimensions de la santé. Mais

ces efforts, dus pour une large part au monde de la recherche, n'ont pas débouché sur un système de surveillance pérenne. De plus, dans cette situation que l'on qualifierait de « contemplative», il n'y a pas de politique publique explicite dans le domaine, ni d'objectif écrit dans la loi. L'objectif 34 de la loi de santé Publique de 2004 évoque cette question, mais l'angle est exclusivement celui de la précarité, alors que les scientifiques s'accordent à dire que les inégalités sociales de santé ne se résument pas à une opposition entre les plus démunis et le reste de la société.

Trois principes d'action structurent les recommandations du rapport de l'OMS :

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

2 – Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes.

3 – Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion à ces questions.

La première orientation se décline en plusieurs dimensions : améliorer les conditions de vie quotidiennes, garantir l'équité dès les premières années de la vie, fournir un cadre de vie sain dans les villes comme en zone rurale, assurer des conditions d'emploi et de travail décentes, et une protection sociale tout au long de l'existence.

Les recommandations en matière de lutte contre les inégalités couvrent des domaines variés, dont l'équité entre les sexes, et le respect des droits politiques et sociaux de toutes les communautés. Ici le rapport rappelle que les politiques relevant de tous les secteurs du gouvernement et de l'économie peuvent agir sur la santé et l'équité en santé : la fiscalité, l'éducation, le logement, l'emploi, les transports et la santé publique…

Parmi « ce qu'il faut faire » on trouve une recommandation très précise : faire de la santé et de l'équité en santé des préoccupations de l'ensemble du gouvernement, en incluant l'équité en santé dans les critères de performance du gouvernement.

La troisième partie du rapport rappelle l'importance des systèmes d'observation de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé, aux niveaux local, national et international. Le rapport insiste également sur le rôle de la recherche, et sur la formation

des acteurs sociaux, des politiques, des décideurs et des financeurs, et aussi des professionnels de la santé.

Le contenu du rapport peut sembler bien utopique vu de la France : y a-t-il vraiment des pays dans le monde où l'équité en santé fait partie des critères de performance du gouvernement ? En fait, un regard rapide à certains de nos voisins européens, et en particulier au Royaume-Uni, suffit à se convaincre que l'objectif n'est pas si utopique. Un coup d'œil au British Medical Journal montre que les questions d'équité en santé et de réduction des inégalités font bien partie des objectifs du gouvernement britannique : le 21 Novembre 2008 le journal relate ainsi que le ministre de la santé est confiant dans le fait que l'objectif fixé en 2003 de réduction des inégalités de 10% en 2010 sera atteint pour les deux indicateurs principaux que sont la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance (5). Et dans le numéro du 15 Novembre, le même journal citait les propos du professeur Marmot, qui mettait en perspective les stratégies de réduction des inégalités et la crise du crédit, décrite comme une opportunité pour « faire les choses différemment », se référant aux périodes des dernières guerres en Europe, quand un contexte de crise avait obligé à plus de solidarité (6). Au-delà du Royaume-Uni, une recherche plus complète amènerait à constater que les questions d'équité en santé font partie des priorités politiques au plus haut niveau dans de très nombreux pays.
Toutes les recommandations du rapport peuvent être examinées du point de vue de la distance entre la situation observée dans notre pays et celle considérée comme exemplaire dans le rapport (7). Une première réflexion est que le domaine de la recherche, malgré ses faiblesses, n'est pas celui où le fossé entre la situation française et une situation idéale serait le plus grand. L'ouvrage récemment publié sur les inégalités sociales de santé témoigne d'un nombre important de travaux de recherche et de la richesse des données disponibles, même si certains domaines sont sous-étudiés (8). Par contre, les chercheurs se retrouvent trop souvent seuls sur ce terrain, alors que le rapport met sur un pied d'égalité, parmi les acteurs, les institutions de recherche, la société civile, le secteur privé, les organismes multilatéraux et l'OMS, et les gouvernements nationaux et locaux (9).

Dans plusieurs directions, des progrès importants pourraient être réalisés dans notre pays:

**Mobiliser l'opinion**

Comme il est indiqué dans le rapport, la réduction des inégalités sociales de santé est avant tout un problème politique, mais il est essentiel de fournir des éléments scientifiques solides pour l'action. De ce point de vue, le rapport conforte la position de scientifiques qui pensent qu'en France il est important de contribuer à augmenter les connaissances scientifiques sur les déterminants sociaux de la santé, mais que la question la plus pressante est celle du passage de la connaissance à l'action. Il est paradoxal de constater que notre pays, toujours prompt à donner des leçons aux autres en matière de droits de l'homme, tolère un problème aussi bien documenté que les inégalités sociales de santé. Même si le droit à la santé est inscrit dans de nombreux textes, cette question de justice sociale et d'éthique ne mobilise pas l'opinion. Si l'on se demande sur quels arguments l'opinion et les décideurs pourraient être mobilisés, la réponse est dans le rapport : l'impératif éthique doit rester au centre des débats, même si d'autres arguments, en particulier économiques, présents par exemple dans un rapport canadien, peuvent être utiles pour répondre à certaines objections (10).

**Agir sur les déterminants de la santé**

Le rapport insiste sur la pertinence d'actions visant des déterminants de la santé au-delà du système de soins et de la prise en charge médicale, et sur la nécessité d'une politique cohérente mobilisant un grand nombre de sphères, comme indiqué dans la première partie du rapport. Toutes les dimensions évoquées sont pertinentes pour la France : l'impact d'investissements concernant les enfants dès le début de la vie est un point essentiel, car c'est à cet âge que se jouent l'accès à l'éducation, à la qualification et la santé plus tard dans la vie. Le rôle de l'accès à l'emploi et des conditions de travail, ainsi que celui du logement et des transports sont soulignés dans le rapport. En accord avec les études qui ont montré le rôle protecteur des réseaux sociaux et du soutien social, et du contrôle sur sa vie, les citoyens sont encouragés à participer activement aux décisions concernant la santé. La question des changements de comportements,

alimentaires ou autres, ne se réduit pas à une approche individuelle et à l'éducation à la santé. Le coût des aliments, le rôle de l'industrie et de la distribution, la restauration collective, la publicité, les mesures législatives, tous ces aspects ont leur place. Le rapport insiste sur la question clé de l'approche intersectorielle de la lutte contre les inégalités de santé. Ailleurs qu'en France, ce passage du constat à une politique intersectorielle est déjà effectif. Ainsi au Québec, l'article 54 de la loi sur la santé publique de 2001 donne au ministre de la santé un rôle de conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Pour toute décision prise par un ministère, quel qu'il soit, son impact sur la santé doit avoir été examiné (9). La situation en Grande-Bretagne a déjà été évoquée, mais elle n'est pas une exception. Les nombreux encadrés du rapport de l'OMS montrent que les initiatives nationales et régionales pertinentes dans la réduction des inégalités sociales de santé sont nombreuses, et sont loin de concerner exclusivement les pays développés (1). Des initiatives variées, dans plusieurs pays d'Europe, ont été développées dans le cadre du projet « determine », consortium européen pour l'action dans le domaine des déterminants socio-économiques de la santé (voir le site http://www.health-inequalities.org ).

Concernant la France, il est surprenant de constater le manque de progrès réalisés depuis 2002, date à laquelle le rapport « la santé en France » traitait de façon assez extensive la question des inégalités et disparités de santé, dont des recommandations sur les politiques publiques à mettre en œuvre pour les réduire (11).

**Développer la surveillance**

Disposer d'outils de mesure et de surveillance est essentiel. De ce point de vue, la situation française est bien loin d'être optimale : il est exceptionnel que le recueil systématique de données médicales comporte une information sur la situation sociale, ce qui ne permet pas de surveiller en routine l'ampleur des inégalités sociales de santé. A titre d'exemple, la description des inégalités d'incidence de cancer à partir des données de registre doit utiliser un indicateur social indirect basé sur la situation géographique (8). Les résultats sur l'ampleur des inégalités sociales de mortalité ont été fournies de façon irrégulière, aucun organisme en France n'ayant pour mission de les fournir avec une périodicité fixée. Il suffit que « la machine se grippe », par exemple que

les données de l'Echantillon Démographique Permanent de l'INSEE ne puissent plus être couplées aux causes médicales de décès de l'INSERM, pour que des résultats fournis par des chercheurs (12) ne puissent plus être actualisés, et que la situation des dix dernières années ne soit pas documentée. Dans un autre domaine, les systèmes d'information des structures de soins, à commencer par les hôpitaux, ignorent encore largement la situation sociale des usagers, ce qui restreint bien évidemment leur capacité à adapter leurs services à la population prise en charge.

**Ne pas oublier le système de soins**

Ce dernier rapport de l'OMS risque d'être moins populaire en France que ne l'a été celui de 2000 (13). A cette date, l'OMS n'avait pas hésité à classer le système de santé français comme un des meilleurs du monde. Dans le rapport de 2000, la conception des déterminants de la santé était cohérente avec des opinions largement répandues, le système de santé étant présenté comme le facteur essentiel de la bonne santé dans un pays. « Si la santé est meilleure en Suède qu'en Ouganda – l'espérance de vie y est presque le double- c'est en grande partie parce que la Suède dépense 35 fois plus par habitant dans son système de santé » (13).

La France se vante de posséder, depuis 1945, un système de protection sociale permettant un accès aux soins pour tous. De fait, la presque totalité de la population résidant en France bénéficie d'une couverture sociale, et en 2002 on peut estimer à 91% le taux de couverture complémentaire (14). Dans le même temps, les inégalités sociales de mortalité restent particulièrement marquées, en comparaison avec nos voisins européens, ce qui devrait nous interroger sur une conception de la santé basée trop exclusivement sur le recours aux soins curatifs (8). En fait, un accès aux soins garanti pour tous n'est pas une condition suffisante pour faire disparaître les inégalités sociales de santé, mais c'est une condition nécessaire (15); de ce point de vue il y a des raisons de s'inquiéter de la tendance actuelle à l'augmentation en France de la part du coût des soins restant à la charge des personnes, qui entraîne renoncements aux soins et retards de prise en charge, particulièrement pour ceux qui en ont le plus besoin (8).

Le rapport insiste sur l'importance de l'accès aux soins primaires, basé sur des services accessibles localement. Les questions d'accès secondaire ne sont évoqués que très

brièvement, alors même que le fonctionnement du système, au-delà de l'accès primaire, peut contribuer à accroître les inégalités de santé (8).
Le rapport suggère que les médecins et les autres professionnels de santé sont aussi des leaders d'opinion, qui influencent les conceptions et les représentations de la santé. Ceci est une raison supplémentaire pour accorder de l'importance à la formation des professionnels de santé sur le rôle des déterminants sociaux. Leur engagement est en effet nécessaire pour que la santé soit considérée comme relevant moins exclusivement de la biologie et de la médecine.

**Et la recherche?**

Concernant cette dimension, le rapport nous parait particulièrement pertinent: la recherche sur les déterminants sociaux de la santé et les causes des inégalités sociales de santé est importante, mais d'autres types de recherche sont aussi à développer : l'évaluation, la recherche sur la surveillance et les aspects statistiques, et aussi l'analyse des politiques publiques. De façon générale, la recherche en santé devrait être plus souvent pluridisciplinaire et intégrer les dimensions sociales. La complexité des interventions et donc des méthodes permettant de les évaluer justifie une réflexion sur la notion de « preuve » ; l'évaluation des interventions dans le domaine des inégalités de santé posent des problèmes spécifiques, car il s'agit souvent d'interventions complexes, dont les effets ne sont attendus qu'à long terme. La conséquence est que les interventions évaluées de façon rigoureuse sont aussi celles qui étaient les plus faciles à évaluer, ce qui exclut de fait les interventions complexes et ambitieuses (16).

**La recherche, et aussi l'action**

La recherche sur les déterminants sociaux de la santé est en développement en France, comme en témoigne l'organisation en 2009 à Toulouse d'un second colloque sur ce thème. Sur certains thèmes la recherche est particulièrement active ; sans chercher à être exhaustif, on peut citer l'étude du rôle du système de soins dans la réduction ou l'aggravation des inégalités, au-delà de l'accès primaire, la recherche sur des indicateurs de caractérisation sociale au niveau géographique, la mise en évidence du rôle de facteurs contextuels. Mais le retard de la France dans la prise en compte

politique des enjeux sociaux en matière de santé devrait être comblé. Les compétences existent, elles pourraient être mises à contribution. La santé et la réduction des inégalités sociales de santé peuvent ils constituer un thème mobilisateur ? Ceci suppose que le secteur de la santé, ministre inclus, prenne position dans la défense d'objectifs de société accordant à la santé et à l'égalité en santé la place qui leur est due comme marqueur de progrès, et que les professionnels, comme les hommes et les femmes politiques, prennent conscience de l'importance de ces enjeux. Ceci est aussi un défi pour nous, épidémiologistes et citoyens.

REFERENCES

1- CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. 2008. Accessible sur le site de l'OMS: www.who.int/social_determinants.

2 - Needle C. The relevance for Europe of the report of the Commisssion on the Social Determinants of Health. Eur J Public Health 19,2 :131-133.

3 - Berkman L, Sivaramakrishnan K. WHO Commission on the social determinants of health: a bold now venture. Eur J Public Health 2008; 18:547.

4- Whitehead M. "Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective", Milbank Quarterly 1998;76: 469-92.

5 – O'Down A. Health inequalities target will be met, claims Health Secretary. Br Med J 2008;337:a2666.

6 – Cohen D. Credit contraction offers opportunity to close gaps in health inequities. Br Med J 2008;337:a2505.

7 – Lang T, Kaminski M, Leclerc A. Report on the WHO commission on social determinants of health: a French perspective. Eur J Public Health 19,2 :133-135.

8- Leclerc A, Kaminski M, Lang T. Inégaux face à la santé. Du constat à l'action. Paris :La Découverte/Inserm; 2008.

9 – Larcher P. le rôle du politique dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. La Santé de l'Homme 2008 ;397 :22-4.

10 - Health Disparities Task Group. Reducing health disparities – role of the health sector. Discussion paper. Ottawa, Public health Agency Canada. (http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06).

11 - Haut comité de la Santé Publique. La santé en France 2002. La Documentation française, Paris, 2002, 410p.

12 - Menvielle G, Chastang JF, Luce D, Leclerc A, pour le groupe EDISC: Evolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Etude en fonction du niveau d'études par cause de décès. Rev Epidemiol Santé Publique 2007 ; 55 : 97-105.

13- Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000. Lancet 2000;356:1598-601.

14- Couffinhal A, Peronin M. Accès à la couverture maladie en France: une comparaison des niveaux de remboursement. Enquête ESPS 2000 et 2002. Questions d'économie de la santé 2004;80:1-8.

15 - Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Accès aux soins et inégalités de santé. In : Rapport 2001-2002. Paris, la documentation française, 202, pp.65-68.

16 - Stronks K, Mackenbach JP. Evaluating the effects of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch program. Eur J Public Health 2006;16:346-53.