

Aide-mémoire 3: Principaux concepts

Qu'entend-on par inégalités sanitaires?

Les inégalités sanitaires sont les causes inévitables et *évitables* de problèmes de santé face auxquelles les populations, à l'intérieur d'un pays ou de différents pays, ne sont pas sur un pied d'égalité. Ces inégalités sanitaires sont le reflet des inégalités que l'on peut constater en général dans une société et entre différentes sociétés. Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient.

Exemples d'inégalités sanitaires entre les pays:

- le taux de mortalité infantile (le risque de décès entre la naissance et l'âge de un an) est de 2 pour 1000 naissances vivantes en Islande et de plus de 120 pour 1000 naissances vivantes au Mozambique;
- le risque de décès pendant ou peu après la grossesse n'est que de 1 sur 17 400 en Suède mais de 1 sur 8 en Afghanistan.

Exemples d'inégalités sanitaires dans les pays:

- en Bolivie la mortalité des enfants dont la mère n'a pas d'instruction est supérieure à 100 pour 1000 naissances vivantes alors que celle des enfants dont la mère a au moins achevé l'enseignement secondaire est inférieure à 40 pour 1000;
- l'espérance de vie à la naissance des Australiens autochtones est beaucoup plus faible (59,4 ans pour les hommes et 64,8 ans pour les femmes) que celle des autres Australiens (76,6 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes);
- dans la ville de Glasgow, l'espérance de vie à la naissance pour les hommes est de 54 ans à Calton et de 82 ans à Lenzie, soit une différence de 28 ans entre deux quartiers distants de quelques kilomètres à peine;
- en Europe, la prévalence des incapacités durables chez les hommes âgés de 80 ans et plus est de 58,8 % parmi les moins instruits contre 40,2 % parmi les plus instruits.

Qu'entend-on par gradient social?

Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé: ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun.

Ainsi, si l'on examine les taux de mortalité des moins de cinq ans selon la richesse des ménages, on constate qu'il existe un lien entre la situation socio-économique et la santé. Plus le ménage est pauvre, plus la mortalité avant cinq ans est élevée; dans les ménages appartenant au deuxième quintile le plus riche, le taux de mortalité des moins de cinq ans est plus élevé que dans ceux appartenant au premier quintile. C'est ce qu'on appelle le gradient social en santé.

Qu'entend-on par «déterminants» sociaux de la santé?

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces: l'économie, les politiques sociales et la politique.

Quelles sont les causes des inégalités sanitaires?

Le contexte mondial, qui a une incidence sur les relations internationales et les normes et politiques nationales, influe sur le sort des sociétés. En outre, les relations internationales et les politiques nationales déterminent l'organisation de la société aux niveaux national et local et donnent ainsi naissance aux statuts sociaux et à une hiérarchie, en vertu desquels les populations s'organisent selon le niveau de revenu et d'instruction, l'emploi, le sexe, l'origine ethnique et d'autres facteurs. La place des individus dans l'échelle sociale influe sur les conditions dans lesquelles ils grandissent, apprennent, vivent, travaillent et vieillissent et sur leur vulnérabilité face à la maladie et ses conséquences.

- Les bienfaits de la croissance économique de ces 25 dernières années sont inégalement répartis. En 1980, les 10 % les plus riches de la population mondiale représentaient un produit national brut 60 fois supérieur à celui des 10 % les plus pauvres. En 2005, ce rapport était de 122.
- L'aide internationale - en soi très insuffisante et bien inférieure aux niveaux promis - est insignifiante par rapport au montant de la dette que de nombreux pays pauvres doivent rembourser. Il en résulte, dans bien des cas, une sortie nette de capitaux des pays pauvres en faveur des pays riches - cette situation est alarmante.
- On a constaté, ces 15 dernières années, une baisse de la part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale. Ainsi, au Kenya, compte tenu du taux de croissance économique et des inégalités de revenu actuelles, une famille pauvre correspondant à la valeur médiane ne dépasserait pas le seuil de pauvreté avant 2030. Si l'on multipliait par deux la part de croissance du revenu revenant aux pauvres, on parviendrait à réduire la pauvreté d'ici 2013.
- L'inégalité des sexes en termes de pouvoir, de ressources, de droits, de normes et de valeurs, de structuration des organisations et d'exécution des programmes a un effet néfaste sur la santé de millions de femmes et de jeunes filles. Le statut social des femmes a également une influence sur la santé et la survie des enfants - garçons ou filles.
- Pour qu'il y ait équité en santé, il faut avant tout que les individus soient en mesure de contester et de combattre les injustices et les fortes disparités dans la répartition des ressources sociales auxquelles chacun a légitimement droit. Les inégalités de pouvoir se manifestent dans quatre grands domaines - politique, économique, social et culturel - qui forment un ensemble dans lequel les individus sont, à des degrés divers, admis ou non.

Que sont les soins de santé primaires?

Selon la Déclaration d'Alma-Ata: «Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.» Le Rapport sur la santé dans le monde de 2008 approfondira cette définition.

En quoi consiste l'équité en santé dans toutes les politiques?

Tous les aspects de la politique gouvernementale et de l'économie, par exemple les finances, l'éducation, le logement, l'emploi, les transports et la politique sanitaire notamment, peuvent influencer sur la santé et l'équité sanitaire. Si la santé n'est pas l'axe principal des politiques dans ces secteurs, celles-ci ont une forte incidence sur la santé et l'équité sanitaire.

Les politiques des différents ministères doivent absolument être cohérentes, se compléter et ne pas être contradictoires en ce qui concerne l'équité en santé. Ainsi, une politique commerciale encourageant explicitement la production, la commercialisation et la consommation d'aliments riches en graisses et en sucres au détriment de la production de fruits et légumes est contraire à une politique en faveur de la santé.

L'obésité, qui est déjà un véritable problème de santé publique dans les pays à revenu élevé, touche maintenant les pays en transition. La prévention de l'obésité repose sur plusieurs éléments: disponibilité durable de denrées alimentaires nutritives en quantité suffisante, environnement permettant de consommer facilement des aliments sains, pratique d'exercice physique et environnement familial, éducatif et professionnel encourageant les modes de vie sains. La plupart de ces éléments ne relèvent ni des compétences ni des responsabilités du secteur de la santé. Des progrès ont été faits - on a par exemple interdit la publicité pour les aliments riches en graisses, en sucre et en sel pendant les émissions de télévision destinées aux enfants. Un défi important reste toutefois à relever: il faut mobiliser d'autres secteurs que celui de la santé (commerce, agriculture, emploi et éducation, par exemple) si l'on veut endiguer l'épidémie mondiale d'obésité.