

Changer les conditions de vie pour l'équité en santé en une génération :

Faisable, mais pas pour les timorés

par

l'hon. Monique Bégin, CP, MSRC, OC

Professeure émérite, Faculté des sciences de la santé

et

Professeure invitée
École de gestion Telfer
Université d'Ottawa

12èmes Journées annuelles de santé publique
Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé
Discours de clôture
Centre des Congrès de Québec, Québec, 17-20 novembre 2008.

(Diapo 1 – la laisser là)

Chers amis,

Permettez-moi de saluer nos invités d'ailleurs, souvent venus de fort loin pour échanger avec nous autour des thématiques et défis communs touchant l'équité en santé et la justice sociale.

Nous venons de passer deux journées exceptionnelles à discuter de déterminants sociaux de la santé et je voudrais remercier les organisatrices et organisateurs d'avoir choisi ce thème. Vous ne pouviez mieux tomber au lendemain du lancement du rapport de la Commission de l'OMS sur les Déterminants sociaux de la santé, le 28 août dernier à Gernève. J'ai eu la très grande chance d'avoir été une des 20 membres de la Commission durant ses trois et demi d'existence.

La semaine dernière, je rentrais d'une conférence internationale à Londres sur l'avenir de notre rapport, conférence organisée par le gouvernement britannique pour débattre des étapes possibles de mise en oeuvre de nos recommandations. Intitulée *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, c'est-à-dire *Comblé le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, la conférence visait à favoriser les échanges sur les avenues possibles de changement. Par où commençons-nous? demandaient les 300 participants de 80 pays. Les réponses ne sont pas évidentes et les recettes toutes faites n'existent pas même si l'on peut identifier des projets réussis et de beaux cas d'action communautaire ainsi que de bonnes politiques publiques..

Le Premier Ministre Gordon Brown lui-même a ouvert la session par un discours d'engagement de son gouvernement à revoir toutes les politiques publiques du Royaume-Uni afin de les voir se conformer à nos objectifs de la plus grande équité sociale et, partant, du maximum de santé pour tous. Il a annoncé du même coup la nomination de Sir Michael Marmot, le président de notre Commission, à la tête de ce projet. Qu'un gouvernement aussi important prenne ainsi position augure positivement pour l'avenir et nous sommes revenus confiants de voir d'autres pays, d'autres régions, en faire éventuellement autant. Je suis sûre que Richard Massé et Sylvie Stachenko, aussi présents, ont ressenti les mêmes espoirs. Imaginez tout ceci dans le contexte de l'élection, la nuit précédente, de Barack Obama comme prochain Président des États-Unis d'Amérique!

Et nous, depuis hier, nous avons abordé le développement de la petite enfance, l'environnement, la sécurité urbaine, la pauvreté, les conditions de travail, le milieu urbain et l'engagement communautaire. Je voudrais à mon tour vous parler de notre rapport, de nos constats, de notre analyse et de nos recommandations.

Constats

Le Canada et les autres pays de niveau socio-économique équivalent ont connu une importante amélioration de l'état de santé de leur population, comme en attestent des indicateurs de santé publique : allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile, etc. Pourtant, les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable.

L'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées. Par exemple, en France, les cadres ont gagné plus d'années de vie que les ouvriers : à ce jour, à 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie réduite de sept ans par rapport à celle d'un cadre ou d'un professionnel libéral. Cet écart est de trois ans pour les femmes. Ce constat des différences de mortalité entre catégories socioprofessionnelles a été fait, en France, depuis les années 1970, avec les travaux de l'Insee.

Nous nous réjouissons de ce que l'espérance de vie à la naissance, dans nos pays, s'allonge avec les années. Mais si une petite fille qui vient au monde aujourd'hui au Canada, en Europe ou au Japon peut s'attendre à vivre au-delà de 80 ans, cette même fillette vivrait moins de 45 ans en Afrique subsaharienne. L'espérance de vie à la naissance est même en recul sur le continent africain. En Haïti, en moyenne, elle est montée à 53,2 ans contre 80,7 ans pour le Canada qui se classe ainsi au 8e rang dans le monde.

Il n'y a pas de raison innée que la situation soit ainsi. Pas plus qu'il n'est pré-déterminé que le petit garçon vivant dans le West Island, Montréal-Ouest ou Hampstead, à Montréal, ait une espérance de vie à la naissance de 79 ans tandis que celui qui habite le quartier Hochelaga-Maisonneuve ne puisse s'attendre qu'à seulement 68.6 années et le bambin du centre-ville, qu'à 66 années – plus de 10 ans de moins! Dans la ville de Québec, ville de gouvernement relativement aisée, ce même petit garçon peut compter vivre jusqu'à 77 ans, tandis qu'à Gatineau (Hull), il perd déjà trois ans de vie probable. En Colombie-britannique, un jeune garçon a en moyenne une espérance de vie de 78.2 ans tandis que celle-ci tombe à 67.2 années au Nunavut. Une fillette membre des Premières Nations née en 2000 dans une de nos 600 réserves indiennes pouvait compter vivre 76.6 ans alors que la fillette de nos villes ajoutait 5 ans de plus à cette espérance de vie.

Les plus pauvres des pauvres ont une bien plus mauvaise santé que la majorité d'entre nous et ils meurent prématurément. Cela se retrouve entre pays riches, pays émergents et pays pauvres, mais cela se retrouve aussi à l'intérieur de chaque pays, pauvre ou riche. Notre rapport en donne nombre d'exemples. Plus on est au bas de l'échelle sociale, moins on a accès à une bonne qualité de vie, plus on est malade et plus on disparaît avant le temps. Laissez-moi citer l'exemple de Washington. Si vous prenez le Maryland Rail Commuter Service, le train de banlieue, à 5h. de l'après-midi à Union Station au centre-ville de Washington, D.C., vers votre quartier résidentiel au Maryland, l'espérance de vie est de 57 ans au début de votre voyage. Elle est montée à 77 ans en bout de ligne. Ceci veut dire qu'il y a une différence de 20 ans de durée de vie entre les Noirs pauvres du centre-ville et les Blancs aisés des banlieues, ceci dans le pays le plus riche du monde.

Passons rapidement en revue différents déterminants sociaux de la santé et leurs conséquences. En Espagne, les travailleurs manuels ayant un emploi permanent enregistrent 6 fois moins de problèmes de santé mentale que ceux qui sont embauchés sans contrat, ou même que ceux qui sont temporaires, mais à terme. 80% des cas de diabète du monde sont enregistrés dans les pays émergents et les pays pauvres. En Indonésie, la mortalité maternelle est entre trois et quatre fois plus élevée chez les pauvres que chez les riches. Quand le Kenya a aboli les tickets modérateurs d'entrée à l'école primaire en 2003, 1.3 million d'enfants de plus sont entrés à l'école,

principalement des filles. Les 40 ans de conflits armés en Colombie ont continué à avoir des répercussions importantes sur le plan humanitaire, et ont surtout frappé les plus vulnérables : les Afro-Colombiens, les peuples indigènes et les personnes les plus pauvres. C'est le pays qui compte proportionnellement le plus de civils déplacés au monde. Ce sont ensuite des pays comme le Soudan et la République démocratique du Congo qui partagent ce triste record. Au Burkina Faso ou au Sénégal, 20% seulement des femmes peuvent prendre les décisions concernant leur propre santé; au Cameroun, 33%, au Maroc, 41%.

L'évidence scientifique

En connaît-on assez que pour agir? Tous ces exemples ne se réduisent-ils pas à de l'anecdotique? Il me semble entendre des sceptiques autant que des gens de bonne volonté se demander si le problème est suffisamment étudié.que pour passer à l'action. C'est sûrement la première réaction d'un/e universitaire, c'est aussi celle d'un/e fonctionnaire. De même, c'est celle d'un/e agent/e de planification – et il y en a beaucoup ici aujourd'hui. C'est une première réaction bien légitime quand on pense aux ressources limitées et aux erreurs de politiques et programmes du passé qui ne nous ont pas éclairés parce que non évalués. La réponse pourtant est clairement positive. Oui nous en savons assez pour aller de l'avant et commencer à changer les choses. Et il y a urgence à agir car *la justice sociale est affaire de vie ou de mort. L'injustice sociale tue à grande échelle.*

Le cadre théorique de la dynamique des déterminants socio (socio-économiques) quant à la création des inégalités et, partant, de l'inéquité en santé est établi depuis certainement 20 ans, travaillé et retravaillé, raffiné, clarifié, épuré. Il en existe de nombreuses expressions, du cadre conceptuel de Fraser Mustard (vers 1988) à celui de Dahlgren et Whitehead (1991) fréquemment cité, en passant par celui de Michael Marmot, nous offrons la version de la Commission (p. 43 du rapport en anglais), **(Diapo 2)** essayant de remonter aux causes des causes des conditions de santé et de maladie. Notre cadre conceptuel démontre qu'un premier jeu d'influences se fait sentir dans les circonstances de la vie quotidienne, tandis qu'à un autre niveau il s'agit de s'attaquer aux structures sociales.

Si je m'arrête au cadre conceptuel de Dahlgren et Whitehead, **(Diapo 3)** le diagramme utilisé, fait de bandes concentriques partant de l'individu, montre comment les inégalités sociales en santé sont les résultats d'interactions entre différents niveaux de causes. L'individu au centre est défini par son âge, son sexe et son bagage génétique. Le premier cercle qui l'affecte est fait des styles de vie et du comportement adopté Le cercle suivant est celui des influences sociales et communautaires: l'influence des réseaux, des pairs, des services offerts ou non, de l'environnement et ainsi de suite. Puis viennent les facteurs du logement, des conditions de travail, des revenus. Finalement, c'est le tour des forces structurelles socio-économiques, politiques, culturelles et environnementales au sens large du mot.

Il reste qu'il faut poursuivre la recherche pour combler des trous dans la connaissance surtout quant à la situation dans les pays d'économies émergentes et dans les pays pauvres. Il ne s'agit pas tellement d'essais cliniques randomisés et contrôlés, devenus la règle d'or en médecine, mais de nombreuses autres approches

méthodologiques, quantitatives et qualitatives, tout aussi rigoureuses et valables. Quelquefois il s'agit de développer des banques de données de base ou de les standardiser ou de les traduire de langues singulières à des langues plus utilisées internationalement. S'il n'existe pas de données de base, on conclut inévitablement qu'il n'y a pas de problème! Personnellement, j'ai été proprement stupéfaite de découvrir le nombre de naissances (ou de décès) qui ne sont enregistrés nulle part. Chaque année, une cinquantaine de millions de naissances ne sont pas enregistrées, soit plus de 30% du chiffre estimatif des naissances annuelles pour l'ensemble du monde. Ces enfants non enregistrés sont presque toujours nés dans des familles pauvres, marginalisées ou déplacées ou dans des pays où les systèmes d'enregistrement n'existent pas ou ne fonctionnent pas bien. Ils sont ainsi privés d'une identité officielle, d'un nom reconnu et d'une nationalité. Ils ne peuvent s'inscrire à l'école et ne peuvent voter. Les enfants non enregistrés constituent aussi une proie de prédilection pour les trafiquants d'enfants, les réseaux d'adoption illicite, les abus et l'exploitation,

La recherche appliquée nous aidera aussi à comprendre les relations entre les déterminants sociaux-économiques et leur influence sur l'état de santé. Qui joue quel rôle et dans quelles conditions. Car il n'existe pas vraiment de recette par laquelle on sait avec certitude que si on agit d'abord sur ceci, puis sur cela, on obtiendra les résultats x.

Ce qu'on sait depuis très longtemps, j'en étais informée à l'époque comme Ministre par ma Division de Recherche et Planification, c'est le concept d'écart existant entre les 20% les plus riches et les 20% les plus pauvres de notre société. Ainsi Statistiques Canada, pour 2006, note que le premier groupe a vu ses avoirs augmenter de 16% dans les derniers 25 ans alors que le groupe du bas de l'échelle perdait en moyenne 20% de ses salaires. Encore plus important pour mobiliser la population est le concept des gradients: les "classes sociales" (chaque différente strate socio-économique) prédisent l'état de santé des sous-groupes de toute société selon leur place dans la hiérarchie. Nous sommes donc tous touchés et nous devrions tous avoir un intérêt direct dans l'amélioration de la situation.

Comme le dit un collègue ami de Western Ontario: *Les politiques de santé de même que les politiques publiques en général sont vides sans base factuelle, sans évidence scientifique.* Et il ajoute : *sans valeurs, elles sont aveugles.* (**Diapo 1**)

Nos recommandations

Nous avons regroupé nos recommandations spécifiques sous trois principes d'action:

1. Améliorer les conditions de la vie quotidienne – les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
2. S'attaquer à la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources - les causes structurelles de ces conditions de vie.
3. Mesurer le problème, évaluer l'action, former des intervenants et susciter l'implication du public.

Nous avons discuté entre nous plus d'une fois, je me souviens de la réunion de novembre 2007 à la Nouvelle-Orléans, des avantages et inconvénients de prioriser nos

recommandations, ou d'en choisir quelques unes comme étant plus importantes ou plus urgentes. Nous cherchions si quelques unes de nos recommandations portaient en elles-mêmes un effet d'entraînement et aideraient la mise en oeuvre quasi "inévitabile" ou automatique d'autres recommandations du rapport. Nous hésitions entre le développement de la petite enfance (Chapitre 5 -*L'équité dès les départ*) et l'amélioration de la condition féminine (Chapitre 13 - *Équité entre les sexes*). Nous trouvions qu'elles devraient peut-être apparaître *ex aequo* comme représentant l'investissement le plus prometteur pour un avenir vraiment équitable dans toute société. Finalement, nous avons choisi de garder la structure de notre rapport tel qu'adopté.

Il reste qu'une approche globale des premières années de l'existence, commençant avec la conception, établit les fondements critiques de ce que sera plus tard la vie de l'enfant. Nous le voyons comme un puissant "égalisateur". *Le vécu pendant la petite enfance (du développement du fœtus jusqu'à l'âge de huit ans) et pendant l'éducation initiale et ultérieure jette les bases de toute l'existence. La science du développement du jeune enfant révèle que le développement du cerveau est très sensible aux influences extérieures pendant la petite enfance et que celles-ci peuvent avoir des effets permanents.* Je cite maintenant le rapport de recherche préparé pour la Commission sous le leadership de Clyde Hertzman (UBC): *Parents and other caregivers want to provide these opportunities for their children, but they need support from community and government at all levels. (...) Political leaders can play an important role in guaranteeing universal access to a range of early child development services: parenting and caregiver support, quality childcare, primary healthcare, nutrition, education, and social protection. (...) Child Survival and Child Health agendas are indivisible from Early Child Development.* Ce rapport, comme le nôtre, affirme l'importance de la condition des femmes dans le développement de la petite enfance et note que l'égalité entre père et mère à la maison contribue à réduire la transmission de la pauvreté intergénérationnelle et la reproduction des inégalités.

Si le Québec est un modèle unique dans toute l'Amérique du Nord pour ses services de développement de la petite enfance, surtout par ses "garderies à 7 \$" et ses maternelles, le Canada reçoit de son côté un jugement sévère. Je l'ai mentionné hier en atelier mais me permet de répéter un récent rapport de l'OCDE. *Un financement public faible, particulièrement pour les enfants âgés de moins de 5 ans, est un défaut fondamental du système d'éducation et de garde de la petite enfance au Canada. La preuve présentée à l'équipe de l'OCDE pendant sa visite peut être résumée comme suit :*

Il n'y a pas eu, ailleurs qu'au Québec, d'expansion importante du système au Canada au cours de la dernière décennie. Moins de 20 % des enfants âgés de 0 à 6 ans trouvent une place dans un service réglementé (...), comparativement à, par exemple, la Belgique avec 63 %, le Danemark avec 78 %, la France avec 69 %, le Portugal avec 40 % et le Royaume-Uni avec 60 %.

Le chapitre suivant (chapitre 6) couvre les environnements urbains dans lesquels vivent maintenant la masse des êtres humains. J'en parle en conclusion de ce discours. Un mot sur le Canada cependant. Le manque de logements sociaux ou l'état pitoyable de ceux qui existent ne peut rester ainsi. Au printemps dernier, le FRAPRU (le Front

d'action populaire en réaménagement urbain) demandait au Québec un plan de cinq ans permettant la réalisation de 50 000 nouveaux logements sociaux. La situation des sans-abri, sans domicile fixe, est tout aussi criante. Je conclus en citant le Rapporteur spécial des Nations-Unies sur le logement convenable au Canada qui a écrit, il n'y a pas un an: « Partout où je suis allé au Canada, j'ai rencontré des gens qui vivaient dans la rue ou dans des logements insalubres et non sécuritaires ».

Viennent ensuite les conditions de travail, le chapitre 7 du rapport, auxquelles j'ai rapidement touché plus haut. Nous recommandons le plein emploi, l'équité en matière d'emploi et des conditions de travail décentes comme objectifs centraux des politiques socio-économiques nationales et internationales. Outre les problèmes de santé occupationnelle et accidents de travail existant ici comme ailleurs et sur lesquels l'information factuelle ne manque pas, laissez-moi insister sur la précarisation de l'emploi chez-nous. On dira ce qu'on voudra, avoir un sens de sécurité d'emploi est un facteur-clé de bonne santé, physique et mentale. Le travail à temps partiel, le travail plein temps temporaire avec ou sans contrats de courte durée, d'habitude sans bénéfices marginaux, le manque de possibilités de formation au travail, les basses rémunérations continuent de précariser l'emploi des jeunes, des femmes – surtout des mères, et des immigrants, en Europe comme chez-nous.

En 2001, seulement 39% des Canadiens ayant perdu leur emploi étaient éligibles à l'assurance-chômage. Je comprends qu'on ne veuille pas d'abus, mais les contribuables ont droit à la protection qui est la raison d'être du programme! De même faut-il revoir nos échelles de salaire minimum qui ne permettent pas un standard de vie minimum et décent.

Quant au travail au noir, même s'il existe dans nos sociétés industrialisées où on a souvent l'impression qu'il est quasiment toléré, il est malheureusement l'apanage de la majorité de la main d'œuvre dans les pays en développement et dans les pays pauvres. De par sa nature même, le travail au noir est précaire et non-protégé par les statuts et règlements et il est le symbole de l'exploitation honteuse. Des trois milliards d'individus de 15 ans et plus qui étaient sur le marché du travail en 2007 dans le monde, 487 millions d'entre eux ne sont pas arrivés à gagner suffisamment pour qu'eux et leur famille vivent au-dessus de la ligne de pauvreté absolue de US 1 \$/jour, alors que 1.3 milliard d'autres ne gagnaient pas US 2\$/jour.

Notre chapitre 8 traite de la sécurité sociale offerte ou non aux populations. Je me rappelle trop bien combien nos élites, toutes nos élites, traitaient d'arriérés, de « pelleteux de nuages », d'âmes sensibles, de politicien/ne « bleeding heart », quiconque s'opposait aux tendances néo-conservatrices (ou néo-libérales) à la Milton Friedman de la fin des années '70s et défendait les acquis de l'État-Providence. En défendant l'universalité des allocations familiales et des pensions de vieillesse, j'ai alors longtemps cru moi-même que le Canada était « la Suède des Amériques » et je l'ai répété en toute bonne foi. Nous ne l'avons jamais été, même si nous dépensons des sommes énormes en assurance-santé. Quant aux politiques sociales comme telles, à commencer par les paiements de bien-être social, ou les maternelles et garderies, nous sommes loin derrière les pays nordiques et

nombre d'autres pays européens, tout juste devant les Etats-Unis, c'est-à-dire vers le bas de l'échelle des pays industrialisés. Notre grande erreur, c'est de ne nous comparer qu'à notre voisin immédiat du sud...

Maintenant que nous faisons dramatiquement face aux abus et aux bavures de l'économie de marché, de la privatisation et de la dérèglementation, il est ironique de regarder à la loupe quels sont les pays qui offrent le maximum d'égalité sociale, d'équité et de bons résultats de santé des populations. Basé sur les travaux de l'équipe de chercheurs dirigée par le Prof. Lundberg (Suède) – je viens tout juste de recevoir son rapport intitulé *The Nordic Experience : Welfare States and Public Health* – nous offrons en page 85 de notre rapport (en anglais) un tableau saisissant de la pauvreté relative de trois catégories à risque de l'aide sociale: les familles avec 3+ enfants ; les monoparentales ; les personnes âgées. Un coup d'œil suffit pour voir que Finlande, Norvège et Suède sont les seuls pays occidentaux cités avec des taux de prestataires relativement bas. Pour d'autres pays européens, l'une des catégories compte beaucoup trop de cas. Mais pour le groupe Canada, Royaume-Uni et Etats-Unis, le nombre de cas dans toutes les catégories est inacceptable. Je note cependant l'unique histoire à succès canadienne : celle de la condition économique favorable des personnes âgées. Les pays nordiques, dont les économies sont florissantes, ont donc quelque chose à nous apprendre à travers les politiques sociales de leurs États-Providence respectifs.

À l'échelle mondiale, quatre personnes sur cinq ne bénéficient pas de la sécurité sociale de base. Or le travail de Lundberg établit les conséquences sur les conditions de santé et la mortalité de l'existence ou non de bonnes politiques sociales. Nous avons beaucoup appris de notre collègue Commissaire de l'Inde, Mirai Chatterjee, coordinatrice de SEWA (Self-Employed Women's Association) une sorte de syndicat qui compte au Gujarat près d'un million de membres – toutes des femmes parmi les plus vulnérables des pauvres : les vendeuses de rues, les chiffonnières faisant les dépotoirs, etc. Les plans d'assurance sociale, de pensions, d'assurance-santé, d'assurance-maternité, que SEWA a développés pour ses membres avec quelques sous sont des merveilles d'innovation économique. L'organisation a maintenant rédigé un projet de loi et lancé un mouvement national en vue d'obtenir une sécurité sociale de base pour tout le secteur informel.

Le problème de la pauvreté au Canada existe et il est sérieux. Il est malheureusement invisible, physiquement parlant. Les quartiers ont été gentrifiés, ou ils sont devenus de tels ghettos que personne d'autres que leurs habitants n'y mettent les pieds. Quant à la situation des Premières Nations, des Inuits ou des Métis, c'est trop loin de nous à tous les sens du mot. Et pourtant... L'insécurité d'avoir de quoi manger sur la table est une réalité pour 10.2% des ménages canadiens, soit pour 3 millions de gens. Les banques alimentaires desservent chaque mois 747,665 ou 2.4% de la population canadienne, le double de 1989. Dans un pays si riche!

Mais où se trouvent les systèmes de santé et l'équité pour les femmes dans cette longue liste de chapitres et de recommandations à laquelle je vous astreint? Des femmes (chapitre 13), je ne vous parlerai pas particulièrement. On ne manque ni de connaissances ni de conscience sur ce sujet au Québec. Dans le monde, les deux tiers des illettrés sont des femmes. La parité de salaire n'est pas encore atteinte et les cas de discrimination sont nombreux. Les droits fondamentaux sont bafoués. Mais les femmes du monde s'organisent et les Québécoises ont joué un rôle de leadership de premier plan dans ces

initiatives. Fin novembre aura lieu à Ottawa le lancement des préparatifs de la prochaine conférence triennale 2011 de “Mondes des Femmes”; les deux congrès précédents ont eu lieu à Séoul en 2005 et à Madrid en 2008.

Dans notre chapitre 9, nous nous penchons sur les systèmes de santé comme l’un des déterminants sociaux de la santé, et un déterminant vital de la santé et de l’équité en santé. *La Commission considère les soins de santé comme un bien commun et non comme un produit commercial. Presque tous les pays à revenu élevé organisent leur système de santé autour du principe de couverture universelle (à la fois pour le financement et la fourniture des soins). La Commission prône le financement du système de santé par l’impôt ou l’assurance universelle obligatoire. Il est notamment crucial de réduire au maximum les dépenses directes par l’usager. La politique de paiement direct par l’usager dans les pays à revenu faible ou moyen s’est traduite par une diminution globale de l’utilisation des soins et une dégradation des résultats sanitaires. Près de 100 millions de personnes sombrent chaque année dans la pauvreté à cause de dépenses de santé catastrophiques. C’est inacceptable.*

Les systèmes de santé donnent de meilleurs résultats sanitaires s’ils reposent sur le modèle des soins de santé primaires, c’est-à-dire s’ils privilégient une action appropriée au niveau local qui englobe l’ensemble des déterminants sociaux et qui respecte l’équilibre entre la promotion de la santé et la prévention d’une part, et les interventions curatives d’autre part, et s’ils mettent l’accent sur le niveau de soins primaire, avec un bon système d’orientation vers les niveaux de soins plus spécialisés.

Nous donnons de nombreux exemples de projets allant dans ce sens au Bangladesh, au Brésil, en Bolivie, au Ghana, en Thaïlande, en Ouganda.

D’intégrer les déterminants sociaux de la santé m’apparaît offrir un défi particulier et de taille au monde médical. C’est comme si la santé leur appartenait. Le fait est que nous leur devons beaucoup. Mais la médecine ne peut pas créer la santé. Elle est un des déterminants sociaux de la santé. An important one, but only one, for health care tries to repair physical damages, at time to prevent more damages, but medicine cannot create health. At best, *health-care systems offer benefits that go beyond treating illness – especially where they are integrated with other services such as ECD programmes (...). They can protect against sickness, generating a sense of life security, and can promote health equity through attention to the needs of socially disadvantaged and marginalized groups (...).* Treating high-risk or diseased individuals does not have much impact on population health whereas changing a risk factor across a whole population by just a small (and usually clinically insignificant) amount does.

Je n’ai avec tout ceci couvert à peine la moitié de notre rapport!

Viennent ensuite nos analyses et recommandations quant aux forces structurelles qui forment les conditions de la vie quotidienne:

1. *Le financement équitable* (chapitre 11): augmentation des fonds publics pour financer une action portant sur l’ensemble des déterminants de la santé et augmentation et harmonisation de l’aide bilatérale et surtout multilatérale aux pays à faible revenu.

2. *Le rôle du marché (chapitre 12): Depuis quelques dizaines d'années, du fait de la mondialisation, le marché s'est uniformisé. De nouveaux dispositifs de production ont vu le jour, entraînant des changements importants dans les conditions de travail et d'emploi, étendant le champ d'application des accords économiques internationaux et mondiaux et accélérant la commercialisation de biens et services, dont certains ont sans conteste des effets bénéfiques sur la santé, d'autres des effets désastreux.*
3. *Bonne gouvernance mondiale (chapitre 15): Les énormes différences d'état de santé et d'espérance de vie entre les peuples du monde reflètent le déséquilibre de pouvoir et de prospérité entre les nations. Les bienfaits indubitables de la mondialisation demeurent répartis de façon extrêmement inégale. (...) Il est impératif qu'à l'heure de la mondialisation, la communauté internationale, consciente des intérêts communs et de l'interdépendance des perspectives d'avenir, s'engage à mettre en place un système multilatéral auquel tous les pays, qu'ils soient riches ou pauvres, participent de façon équitable.*
4. *Déterminants de la santé : observation, recherche et formation (chapitre 16) : c'est notre réflexion sur l'importance de la recherche, et pas juste bio-médicale, en vue d'informer les politiques publiques, son financement, la formation, etc.*

Les chapitres de notre rapport que je n'ai pas encore mentionnés sont ceux qui à mon avis nourrissent les voies de l'action. Je me permets de souligner le chapitre 14 qui traite de « l'empowerment » des individus et des groupes, de la participation de la société civile, en un mot de l'émancipation politique.

Vision d'action

Car nous voulons en venir à l'action possible. Mon observation générale du changement social dans une société comme la nôtre, c'est que plusieurs avenues différentes de réformes se développent en parallèle, répondant à des sensibilités et à des logiques internes différentes, jusqu'à un point de rencontre réel ou virtuel. Il ne sert à rien de rêver du grand plan maître: il n'existera que sur papier s'il existe. Ces réformes ne seront pas toutes bien intégrées comme on le souhaiterait idéalement. Ces étapes, chez-nous prendrons du temps, car nous avançons plutôt à petits pas.

Ceci étant dit, j'offre ici pêle-mêle des idées que nous avons discutées en Commission. Idéalement, nous voudrions voir le gouvernement fédéral ou provincial créer une Commission comme celle que Gordon Brown vient d'instituer en Grande-Bretagne. Ou même simplement une Commission d'identification des manques d'équité dans notre société et de remèdes proposés. Mieux encore, l'un et/ou l'autre niveau de gouvernement annoncerait par son Premier Ministre la volonté d'atteindre l'équité sociale, lequel nommerait un de ses ministres seniors – le Vice Premier Ministre, son Ministre des Finances – en charge d'un Comité interministériel des Ministres des déterminants sociaux de la santé. Je ne crois pas sage de nommer le/la ministre de la Santé en charge de ce comité, mais il faut être pragmatique ici. Tout dépend des circonstances et des individus et du lien de confiance avec le Premier Ministre.

On voit ici l'importance de l'intersectorialité horizontale entre ministères, l'importance de dépasser les silos usuels basés sur la compétition et non sur la

à collaboration. L'Agence de santé publique du Canada, avec l'OMS, vient de publier un excellent rapport sur les conditions de succès d'approches intersectorales dans 18 pays.

Un joueur resté historiquement en dehors de ce débat chez-nous, alors qu'il se trouve sur la ligne de feu des déterminants sociaux de nombreuses dimensions de la vie quotidienne, ce sont les municipalités. "Villes et Villages en santé" était pourtant un programme à l'avant-garde de ce que nous discutons aujourd'hui! Sans entrer dans les débats constitutionnels et les sources de financement, il reste possible et impérieux de connecter les villes à notre action.

Si l'on passe à la société civile, il faudrait voir se former de nouvelles coalitions entre des professions qui pourraient tellement offrir pour atteindre la justice sociale et assurer plus d'équité dans nos décisions collectives: les enseignants, les travailleurs sociaux, les infirmières, entre autres,

J'ai l'air de ne parler que d'approches se rapportant au Québec, au Canada, ou de n'aborder que les hauts niveaux de décisions publiques. Ce n'est pas mon propos et les idées lancées s'appliquent partout. Il faut s'informer, lire le rapport, le discuter, le mettre à l'ordre du jour de son groupe de travail, de son association professionnelle. Il s'agit d'un travail de longue haleine et c'est pourquoi il est urgent de commencer maintenant. Des outils bien différents, pouvant quelquefois paraître bien innocents, peuvent devenir de puissants moteurs de changement, s'il y a une volonté politique et demande des citoyens et des groupes. Je pense ici à la Charte des objectifs de santé pour tous dont s'est dotée la Suède il y a quelques années. Même le changement de gouvernement l'a laissée intacte et elle est toujours suivie. Le défi des déterminants sociaux et de l'équité en santé appelle un grand mouvement social, groupe par groupe, gouvernement par gouvernement.

Nous sommes tous et toutes interpellés, dans cette salle, aujourd'hui. Nous en avons assez de voir se reproduire les inégalités sociales. Nous en avons assez de voir la situation dégradante de tant de nos Premières Nations, de communautés Inuits ou Métis. Nous en avons assez de voir des poches de pauvreté dans un des pays les plus riches du monde. Nous en avons assez de voir que nous n'honorons même pas notre engagement à donner 0.7% du PDB d'aide au développement. Nous voulons entendre la voix de celles et ceux partout au pays qui ont créé des projets, qui entreprennent l'étude des inéquités dans leurs communautés, qui mobilisent les individus et les familles en vue d'un lendemain meilleur. Que nous soyons en recherche en santé publique, ou dans un dispensaire, ou dans les écoles, ou dans un projet avec des familles immigrantes, ou à l'Université, ou dans un Ministère, nous pouvons faire bouger des choses en travaillant sur les conditions quotidiennes dont nous sommes les témoins privilégiés.

Nous avons observé pendant quelques heures ici et là au fil de nos réunions la vie dans quelques uns des misérables bidonvilles qui se sont développés au fil des années dans les grandes cités du monde:

- **(Diapo 4)** Kibera à Nairobi (Kenya) où vivent 1 million de gens dans des conditions choquantes, sur une surface de la grandeur du Central Park de New-York, sans eau courante ni toilettes, sauf une affreuse latrine extérieure payante par 1,000 personnes. La moitié des 2.5 millions de population de Nairobi se retrouve dans des bidonvilles dans et autour de la capitale;

- **(Diapo 5)** ceux du Caire (Égypte), uniques en leur genre, occupant souvent les toits des immeubles, si bien décrits par le romancier Alaa El Aswany;
- **(Diapo 6)** Ahmedabad (Inde), ville de 5.2 millions d’habitants et capitale de l’État du Gujarat, dont un des nombreux “shantytowns” répugnants s’étalait au bord de la rivière Sabarmati, immédiatement au pied de l’hôtel Méridien où logeait la Commission;
- **(Diapo 7)** les favelas de Rocinha et autres à Rio de Janeiro (Brésil) . Rocinha est le plus gros et le plus ancien favela, un des 700 que compte Rio, avec un quart de million d’habitants sur un total d’un million vivant en favelas;

Nous sortions de là découragés, nous demandant par où diable pouvait commencer l’action des pouvoirs publics ou des ONGs. L’approche classique, celle du Plan Dozois de Montréal à la fin des années cinquante par exemple, était vouée à l’échec là-bas comme ici. Raser les misérables logements et bâtir des tours d’habitations prenaient plusieurs années, chassaient nécessairement les habitants en périphérie, brisant leurs liens communautaires et les déposant encore plus.

Mais nous avons aussi entendu des témoignages de ce que l’action communautaire locale, à la base, et sa participation aux décisions et à la gouvernance pouvaient apporter d’améliorations quasi immédiates, à faibles coûts, mais qui bonifiaient profondément la vie quotidienne. Le rapport de notre équipe de recherche sur les villes, l’environnement urbain et leur santé, basé au centre OMS de Kobe (Japon) sous le leadership de Tord Kjellstrom de Suède, confirme l’importance de ces approches d’apparence pourtant modeste. **La réhabilitation globale des bidonvilles du monde – systèmes d’eau potable, canalisation d’égouts, logements salubres – coûterait US 100 milliards \$ (100,000,000,000 US \$).** **(Diapo 8)** Somme affolante? Pas du tout!

(Diapo 9) Regardons ce que nous apprend chaque jour la crise économique. Jeudi dernier, le 13 novembre, on apprenait que le Canada triplait son fonds d’aide aux banques pour arriver à 75 \$ milliards. Voici la liste des actions des autres joueurs, à laquelle il faut ajouter la Chine (US \$586 milliards): **(Diapo 10)**

• USA:	US \$ 700 milliards
• Allemagne:	664
• Grande-Bretagne:	656
• Irlande:	624
• France:	463
• Pays-Bas:	257
• Russie:	210
• Suède:	192
• Corée du Sud:	130
• Autriche:	129
• Singapour:	100
• Norvège:	50
• Grèce:	36
• Émirats Arabes Unis:	33
• Portugal:	26
• Japon:	21
• Kazakhstan:	15
• Montenegro:	1

Tous les fonds commis à date et soudainement apparus comme un lapin d'un chapeau totalisent...(Diapo 11)

US 4,382 \$ billions, soit US 4,382,000,000,000
(en anglais: US \$ trillion)

En d'autres mots, les gouvernements du monde ont annoncé, en toute hâte, des plans de rescousse de l'incompétence, de la corruption, de la mauvaise gestion, du manque de vision, de l'avarice personnelle de nos institutions financières et de nos plus grosses corporations atteignant plus de US 5 billions \$ en incluant la Chine. (Diapo 12)

Comment se fait-il que ces mêmes gouvernements n'aient pas encore trouvé les malheureux US 100 milliards \$ requis pour sortir le milliard d'êtres humains vivant dans des conditions urbaines de sous-êtres humain, 100 milliards soit 2.3% de ces billions? (Diapo 13) La réponse, vous la connaissez aussi bien que moi: parce qu'on ne les prend pas au sérieux, parce qu'ils ne comptent pas, parce que nous croyons que ce qu'ils vivent ne nous touchent pas et ne nous fait pas mal. Erreur. Même d'un point de vue crasse d'intérêt égoïste,

(Diapo 14) La vérité c'est que l'argent, notre argent et nos biens matériels, comptent plus que tout. La solidarité humaine, le partage,

La combinaison toxique de politiques sociales inadéquates, d'arrangements économiques injustes et de politique partisane bornée sont, en large mesure, responsables de ce qu'une majorité de gens dans le monde ne jouisse pas de la bonne santé biologiquement possible.

On peut instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération ; il le faut et c'est maintenant qu'il faut agir.

Ce n'est ni pour les timorés, ni pour les petites natures.