

FACE À LA COVID-19

EN MATIÈRE DE SANTÉ NOUS DEVRIONS TOUS ÊTRE ÉGAUX : MALHEUREUSEMENT CERTAINS SONT PLUS ÉGAUX QUE D'AUTRES...

COUCKE PH A (1)

RÉSUMÉ : À Alma Ata en 1978, il est clairement établi que les iniquités ne sont pas acceptables en matière de santé. Le concept que chaque individu doit pouvoir atteindre le plus haut niveau de santé possible (dans sa définition holistique) est considéré comme un droit fondamental humain. Toutefois, ce dernier est largement battu en brèche par la distribution non équitable de la puissance, de l'argent, et des ressources. Le fossé qui sépare les favorisés des défavorisés a clairement été mis en lumière, voire même accentué, à l'occasion de la récente crise sanitaire due à la COVID-19. Ce schisme est largement présent au niveau international, mais également à l'intérieur de chaque pays, riche ou pauvre. Dans l'intérêt sociétal général, il faudra s'attaquer – rapidement – aux déterminants sociaux de la santé (les causes des causes). En effet, cette iniquité en santé n'est pas l'illustration d'une défaillance d'un système, c'est le résultat de l'organisation et l'opérationnalisation même du système.

MOTS-CLÉS : Iniquité - Déterminants sociaux - Soins de santé - Crise sanitaire

**IN MATTERS OF HEALTH WE SHOULD ALL BE EQUAL :
UNFORTUNATELY SOME ARE MORE EQUAL THAN OTHERS ...**

SUMMARY : In 1978, at Alma Ata, it was clearly claimed that inequities in health are simply not acceptable. Each individual should be able to achieve the highest possible level of health (in its holistic definition). This should be considered as a fundamental human right. However, this latter is largely undermined by the unequal distribution of power, money and resources. The gap separating advantaged from disadvantaged people has clearly been highlighted, and even accentuated, during the recent health care crisis due to COVID-19. This schism is widely present, both at the international level but also within the boundaries of each country, rich or poor. In the interest of society in general, it will be mandatory to address – rapidly – these social determinants of health (the causes of the causes), because the health inequity is not the illustration of a system failure. It is the result of the organization and operationalization of the system itself.

KEYWORDS : Inequity - Social determinants of health (SDoH) - Health care crisis

INTRODUCTION

Qui se souvient aujourd'hui de la déclaration internationale d'Alma Ata de 1978 au Kazakhstan (1) ? Que dit-elle en résumé ? Elle rappelle le concept holistique de la santé (pas simplement l'absence de maladie), et souligne qu'il s'agit d'un droit humain fondamental. En même temps, cette déclaration met l'accent sur l'intrication du secteur des soins de santé et sur la nécessité de réalisations sociales et économiques. Il n'est donc pas acceptable pour les signataires d'observer des iniquités majeures en matière de santé, que ce soit entre pays développés et en voie de développement, mais aussi à l'intérieur même de chaque pays. C'est tout simplement irrecevable d'un point de vue politique, social et économique. Combattre l'iniquité en matière de soins doit donc être une préoccupation majeure au niveau mondial. Les signataires de la déclaration rappellent que la promotion et la protection de la santé individuelle ainsi que celle des populations sont essentielles pour le développement durable de la société et de l'économie, et qu'elles contribuent à une meilleure qualité de vie. Les indivi-

us ont aussi le droit et le devoir de participer collectivement à la planification et l'implémentation des systèmes de soins. Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs citoyens. Ce but ne peut être atteint que par la prise de mesures adéquates, tant au niveau des soins de santé qu'au niveau social. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) conclut que les soins de santé de première ligne, fondés sur des bases scientifiques solides, des méthodes et technologies socialement acceptables et universellement accessibles sont un élément clé pour atteindre ce but (2). Cette première ligne est la porte d'entrée au système de soins et elle se doit d'être au plus proche des citoyens. Pour les signataires de la déclaration, le concept de «santé pour tous» ne peut être atteint qu'à travers un nouvel ordre économique international. Et pour cela, il faut donc s'attaquer à la distribution non équitable de la puissance, de l'argent, et des ressources (3).

Si les problèmes d'équité nous sautent aux yeux quand on évoque la situation de pays défavorisés, mais aussi quand on observe ce qui se passe aux USA, certains ne réalisent pas que, dans nos pays européens, la problématique est tout aussi présente.

Y-a-t-il encore une réelle équité en matière de soins en Belgique ? La réponse en 2024 est lapidaire : deux millions de Belges

(1) Service de Radiothérapie, CHU Liège, Belgique.

s'inquiètent quotidiennement de l'état de pauvreté et d'exclusion sociale dans lequel ils se trouvent (données provenant de StatBel sur base de l'enquête EU-SILC = statistiques européennes sur le revenu et les conditions de vie) (4). Effectivement, 18,7 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (estimé à 1.366 euros par mois pour une personne isolée, et 2.868 euros pour un ménage constitué de deux adultes et de deux enfants). Un million de Belges ne peuvent plus faire face à une dépense inattendue de 1.300 euros (l'hospitalisation en urgence est donc un risque). Par ailleurs, 5,8 % de la population vivent dans une situation de privation matérielle et sociale sévère. On observe des différences régionales marquées entre le nord et le sud de notre pays, par rapport au risque de pauvreté monétaire, d'exclusion sociale, de niveau d'intensité de travail et de privation matérielle et sociale sévère. Les études (diplôme de l'enseignement supérieur) semblent bien encore être l'élément protecteur majeur. À titre d'exemple, le niveau de privation matérielle et sociale n'est que de 1,8 % *versus* 12,1 %, avec un risque de pauvreté monétaire respectif de 8,7 % par rapport à 36,8 %, en fonction de la détention ou non d'un diplôme de l'enseignement supérieur (4).

En Belgique, le taux de paiement direct («out of pocket payment») est de 18 % en 2023, ce qui correspond à la moyenne dans les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) (5). Signalons que cette part payée directement par le patient belge a d'ailleurs augmenté comparativement à 2020. Elle se chiffrait alors effectivement à 16 %, déjà nettement plus élevée par rapport à nos voisins immédiats (9,3 % pour les Pays-Bas et 8,9 % pour la France). En plus, en 2023, les néerlandais et les français se maintiennent au niveau de 9,0 %, contrairement à la Belgique pour laquelle la situation se péjore (6-8). Il est bien connu que ce phénomène du paiement direct dissuade les franges les plus démunies de la population à solliciter les services de soins, ce qui résulte en une augmentation de la morbidité (9). L'iniquité en matière de santé n'est donc pas l'apanage des pays défavorisés. Ce gradient est observé au niveau mondial, quelle que soit la richesse d'un pays (10). La règle est simple : plus la position socio-économique d'un individu est basse, moins bonne est sa santé (11). Si on veut efficacement combattre l'iniquité, il faut déterminer et quantifier les différences qui existent entre les groupes sociaux les moins et les plus défavorisés (12). Et il faut intervenir dès le plus jeune âge, comme le montre une étude effectuée au Pays de Galles : dès que l'individu dépasse l'âge de 10 ans, la multimorbidité

acquise (en matière de maladies chroniques) est totalement différente pour la cohorte âgée de 10 à 20 ans, quand on compare ceux issus des zones les moins favorisées par rapport à ceux issus des zones les plus favorisées (13). Par ailleurs, cette étude galloise montre également le lien entre le temps réduit exempt de maladies chroniques, et l'accélération des décès, en particulier dans les cohortes défavorisées de nos populations.

IMPACT DE L'INIQUITÉ SUR LES COÛTS DE SOINS DE SANTÉ

Le secteur des soins de santé ne peut pas se permettre le luxe des iniquités. C'est du moins ce qui ressort d'un rapport publié par la firme multinationale britannique et cabinet d'audits Deloitte (14). En 2022, le coût global de l'iniquité aux USA était de 320 milliards de dollars. Toute chose restant égales, les spécialistes de Deloitte estiment que cette somme pourrait atteindre 1 trillion de dollars en 2040. Cette estimation corrobore des articles plus anciens qui font état d'une économie possible de 230 milliards sur trois ans, en réduisant les coûts directs liés aux disparités de prise en charge pour les ethnies minoritaires (15).

Ne pas résoudre le problème de l'iniquité, «*crée des coûts évitables, et un gaspillage financier qui affecte toute la société, mettant en péril la capacité de chacun d'atteindre santé et bien-être*» (14). Les collaborateurs de Deloitte ont analysé plusieurs maladies à haut coût (cancer du sein et colo-rectal, diabète, asthme, maladies cardiovasculaires), en estimant la part des dépenses que l'on peut raisonnablement attribuer à l'iniquité (basée sur des différences en genre, âge, race et environnement socio-économique, éléments fréquemment documentés contrairement aux autres) (14). Inutile de dire que cette augmentation majeure des dépenses (qui représente un surcoût annuel de 3.000 dollars par américain) aura, incontestablement, un effet dévastateur sur la quasi-totalité de la population.

Les spécialistes de Deloitte déclarent l'enjeu important, mais se posent la question de savoir qui sont les parties prenantes pour s'attaquer efficacement à ces problèmes. La solution proposée par le cabinet d'audit est basée sur cinq mécanismes : (i) prioriser la réflexion intentionnelle et centrée sur l'équité; (ii) former des partenariats intersectoriels à travers l'industrie englobant de nouveaux entrants et les gouvernements (vu l'étendue et la complexité des

problèmes); (iii) mesurer objectivement les avancées afin de tracer les progrès (avec des indicateurs clés); (iv) éliminer les obstacles individuels et communautaires (ce qui nécessitera de gros investissements); et (v) construire la confiance (par exemple, concernant la gestion des données et par rapport aux nouvelles technologies digitales).

Qu'en est-il pour nos pays européens ? Dans le cadre du troisième programme européen en matière de santé (EU Health Program), le JAHEE (Joint Action Health Equity Europe) a été lancé en 2018 (16). Le but de cette action européenne concertée est de promouvoir la collaboration au-delà des frontières nationales pour, concrètement, mettre en place des mesures qui visent la réduction des iniquités. Par une approche systématique des politiques menées dans cinq domaines différents (la récolte des données, la gouvernance, la qualité du milieu de vie, le secteur des soins de santé et l'immigration), les responsables du JAHEE ont pu mettre en évidence les écarts entre les politiques réellement menées et les politiques considérées comme adéquates et recommandées. En participant à cette démarche, tous les pays ont amélioré leur niveau d'action, et augmentent leurs capacités pour résoudre ces problèmes d'iniquité. Même si le rapport final mentionne que si les 24 pays participants font «quelque chose», il y a encore de nettes marges d'amélioration. Le point essentiel relevé par l'initiative JAHEE, c'est la nécessité de contraindre à l'action à travers la législation, tout en prévoyant des budgets pour la mise en place de stratégies et de programmes. La consistance des efforts sera garante de l'impact obtenu. Les signataires du rapport soulignent aussi l'importance de l'évaluation des effets obtenus sur le terrain (dans l'approche JAHEE, la dimension quantitative est malheureusement absente). Tout le monde s'accorde à dire qu'il s'agit d'une problématique urgente à régler. Elle est, par ailleurs, exacerbée par les guerres aux frontières de l'Europe (et ailleurs), et par les crises migratoires.

INIQUITÉ ET CRISE SANITAIRE

La crise sanitaire COVID-19 a souligné d'emblée la vulnérabilité disproportionnée dans certaines fractions de la population (les personnes âgées et les personnes avec des comorbidités préexistantes). Rapidement, il est aussi devenu apparent que la mortalité dans les pays développés (comme les USA et la Grande Bretagne) était supérieure pour les personnes d'origine africaine (de race noire) et pour les eth-

nies minoritaires (17, 18). Les taux de décès et d'hospitalisation ont été significativement plus élevés parmi les personnes de race non caucasienne, et ils sont également fonction de leur statut socio-économique (19, 20). Ces groupes font face, depuis des décennies, à des demandes négligées et des besoins non satisfaits en matière de santé (20).

Aux USA, 60 % des travailleurs dans le secteur des entrepôts et des livreurs, et 72 % dans le secteur du nettoyage sont d'origine non caucasienne, ce qui a surreprésenté ces ethnies en matière de casuistique et de mortalité, tendance identique en Grande-Bretagne (21).

Le risque semblait aussi être genré, avec effectivement plus de femmes atteintes. Ce phénomène s'explique par le fait que le gros de la force de travail (70 %) dans le secteur des soins et d'aide sociale est constitué de femmes. De ce fait, ces dernières sont plus exposées, tout en étant par ailleurs moins bien payées, et souvent insuffisamment équipées en matériel de protection (17, 21). L'emploi a aussi drastiquement chuté pour les femmes pendant la crise sanitaire car elles ont été massivement sollicitées pour combler des lacunes dans le monde des soins non payés (par exemple pour la prise en charge des enfants non scolarisés et les personnes âgées pendant le «lockdown») (22).

QUELS SONT DONC LES LEÇONS À TIRER D'UNE TELLE PANDÉMIE EN MATIÈRE DE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (SDOH) ?

Il faut pourvoir les soins de santé là où les gens se trouvent (19, 20). Ceci nécessite donc une décentralisation et un rapprochement des structures vers les strates les plus défavorisées. Il faut améliorer la communication, éliminant les barrières de suspicion souvent interraciales basées sur des événements historiques tragiques. Citons, par exemple, l'étude scandaleuse de Tuskegee en Alabama entre 1932 et 1972. Quarante années durant lesquelles on a suivi 200 patients afro-américains pour déterminer l'évolution naturelle de la syphilis; donc, intentionnellement, les médecins américains impliqués ne les ont pas traités ! Il convient donc de restaurer la confiance par des intermédiaires de soins plus proches culturellement des groupes défavorisés (19, 23). Une attention soutenue est également requise pour les personnes âgées. Ceci passe obligatoirement par une revalorisation des auxiliaires de soins censés s'en occuper, faisant eux-mêmes sou-

vent partie des strates économiquement défavorisées. Et, point essentiel, en particulier pour le système de santé aux USA, il faut que chaque citoyen puisse être assuré car souvent, la COVID-19 a représenté un double coup dur : perte de l'emploi et perte de l'assurance payée par l'employeur. Rappelons que des dizaines de millions de citoyens américains n'ont aucune assurance maladie (24).

Mais va-t-on exploiter réellement les pistes mises en évidence à la suite de cette crise sanitaire mondiale ? Une revue systématique de la littérature sur les iniquités mises en exergue pendant des épidémies infectieuses prédatant celle de 2019 (en particulier celle liée au H1N1), permet réellement d'en douter (25). S'il est vrai, selon cette étude, que le risque le plus important semble être l'exposition au virus, et donc pas l'accessibilité aux soins, il n'en reste pas moins que cette exposition varie énormément en fonction de facteurs socio-économiques (par exemple, la capacité d'appliquer le distanciel social) et de l'environnement de travail (souvent associé à un contexte culturel défavorisé). La communication et l'information sont aussi mentionnées par ces auteurs comme insuffisantes dans les groupes défavorisés. Même si nous sommes plus de dix ans après la pandémie H1N1 (pandémie mondiale de grippe en 2009-2010, à l'origine de 280.000 morts), et que nos sociétés ont subi des changements majeurs dans ce laps de temps, les auteurs concluent, finalement, que les facteurs sociétaux qui sont à l'origine de différences marquées en termes de risque n'ont pas fondamentalement changé à ce jour. Les groupes vulnérables il y a plus de dix ans l'ont été plus encore pendant la pandémie liée au SARS-CoV-2.

SOLUTIONS À METTRE EN PLACE POST-COVID

Cette crise nous démontre qu'il faut un plan stratégique en matière de gestion de l'équité. Pour Jensen et coll., ce plan contient cinq points (17).

- *Le premier point*, c'est la collection standardisée de données ayant trait aux déterminants sociaux de la santé en utilisant par exemple le cadre PROGRESS «Equity Lens» de l'OMS (PROGRESS = acronyme de «Place of residence, Race/ethnicity/culture/language, Occupation, Gender/sex, Religion, Education, Socioeconomic status, Social capital»), en le complétant au maximum par des conditions de santé préexistantes et d'autres facteurs comme le racisme, le

colonialisme, le sexisme, l'âgisme, l'homophobie etc., et le diagnostic élargi des conditions politiques institutionnelles et économiques (17, 26).

- *Le deuxième point*, c'est d'analyser l'impact inéquitable des décisions des pouvoirs publics en matière de soins. On l'a clairement vu pendant la crise sanitaire, les décisions politiques concernant le «lockdown» impactent différemment les individus en fonction du tissu socio-économique et du genre (21). La mise en place de ce «lockdown» représente, pour certains, une raison supplémentaire d'exclusion, de par l'existence même d'une précarité chronique non reconnue par les instances décisionnelles. Cela a été clairement le cas, par exemple pour les femmes et les jeunes filles, pour qui l'accès aux programmes d'accompagnement en matière de santé reproductive et obstétricale a été fortement réduit (27). Certains gouvernements en ont profité pour prendre des mesures restrictives en matière de liberté d'expression et d'accessibilité à l'information (28).

- *Pour le troisième point*, on insiste depuis des dizaines d'années sur la nécessité de renforcer le secteur des soins de santé («Health System Strengthening») et de l'aide sociale, en particulier dans les pays en voie de développement. La COVID-19 a, d'ailleurs, aussi servi de révélateur de la faiblesse persistante de nos systèmes de soins, rendus d'autant plus fragiles par des années de sous-investissements et de fragmentations sur fonds de crise financière, en particulier depuis «la grande récession» (de 2007-2008, récession marquée par une crise de liquidité et de solvabilité des banques). Ceci s'est traduit par un fossé grandissant en matière d'équité d'accès, et par des fissures sans cesse grandissantes dans nos systèmes de protection sociale selon le «International Labor Organization» (17, 29). La politique d'austérité de ces dernières années a des effets dévastateurs sur les groupes déjà vulnérables, mais a aussi fini par fragiliser toute la classe moyenne (21). La mise en place des mesures d'aide pendant la crise, comme par exemple l'aide alimentaire, n'a pas atteint les populations cibles. Ceux qui en avaient le plus besoin ne l'ont pas forcément reçue. Le résultat est désastreux avec une augmentation du taux de famine au niveau mondial et un doublement du nombre de personnes en insécurité alimentaire, particulièrement dans les pays atteints par des conflits, subissant également de plein fouet les séquelles de la crise climatique et/ou les crises économiques à répétition (22, 30). Il est d'ailleurs de plus en plus question d'une «transition nutritionnelle» au niveau mondial, avec comme résultats la malnutrition, la sous- et sur-nutrition. Ces

conditions sont d'ailleurs profondément socialement structurées et, par conséquent, nécessitent une réponse concertée entre les différents secteurs de la société (31). Une conséquence directe de cette transition nutritionnelle est l'augmentation du diabète, avec une projection de 1,3 milliard de personnes atteintes d'ici 2050 (32). Et à nouveau, la prévalence du diabète de type 2 augmente de façon disproportionnée, plus particulièrement dans les groupes minoritaires (ethnies non caucasiennes) et chez les personnes aux revenus faibles et moyens. C'est vrai au niveau mondial, mais ça l'est tout autant à l'intérieur d'un seul pays comme, par exemple, les USA (33). Ce fossé est creusé par des déterminants sociaux structurels en amont (comme, par exemple, le statut socio-économique, l'accessibilité aux ressources et les possibilités et opportunités de se développer de chaque individu) qui influencent fortement des déterminants sociaux en aval (accessibilité aux soins de santé de qualité, à l'éducation, au logement et à une alimentation saine), le tout menant à des différences marquées en termes de morbidité et mortalité (34, 35).

Ce qui est vrai pour les maladies métaboliques l'est tout autant en matière de cancer. Citons, à titre d'exemple, cette méta-analyse qui observe des différences marquées en termes de survie et de survie sans rechute après cancer de la prostate, entre les individus de race blanche et ceux de race noire. Par contre, dans les études où on a essayé de gommer les disparités en matière de déterminants sociaux, ces différences en survie s'atténuent (36). L'observation est identique quand il s'agit de cancer du sein, avec un tribut à payer largement plus lourd en termes de mortalité pour les femmes de race noire (37). Selon le SEER («Surveillance, Epidemiology and End Results»), ce qui est vrai pour le cancer du sein et de la prostate l'est tout autant pour 32 autres tumeurs solides. Pas étonnant, dès lors, que l'ASCO («American Society of Clinical Oncology») admette, en 2020, que des efforts conséquents sont à fournir si on veut obtenir des résultats comparables en matière de survie après cancer, quels que soient, par exemple, la race/ethnie, le genre, la provenance géographique, l'orientation sexuelle et le tissu socio-économique (38). Certains évoquent d'ailleurs le terme de «génomique sociale» ou encore «humanomics» (39).

Si effectivement ce lien indéfectible entre santé et socio-économie est explicitement mentionné dans la déclaration Alma Ata de 1978, il semble bien qu'il ait été mis à l'écart par les pouvoirs décisionnels qui se focalisent presque uniquement sur la mise à disposition des soins

de santé (l'accessibilité aux soins). Et pourtant, il va bien falloir s'attaquer sérieusement et rapidement à l'iniquité sociale. Cette dernière s'appuie sur un contrôle beaucoup trop faible des marchés financiers et commerciaux, des flux financiers illicites, des politiques fiscales régressives et sur l'influence sans cesse grandissante de multinationales dans le façonnement des économies nationales (23).

- *Le quatrième point* consiste à éliminer les iniquités salariales qui sont profondément ancrées dans nos systèmes de soins et de services essentiels. Même si, au moment du pic de la pandémie COVID-19, on a taxé plusieurs secteurs d'activité d'absolument essentiels (dont le secteur des soins) et glorifié les employés qui y travaillent comme de véritables «héros de la nation», on a tendance à oublier que ces fourmis ouvrières - véritables piliers pour nos sociétés - ne sont pas les mieux loties en matière de rémunération... Il est quand même plus qu'étonnant de constater que pendant que la crise frappe de plein fouet les strates les plus démunies de nos sociétés, on a vu une augmentation de 59 % de la richesse du top 5 des milliardaires entre mars et septembre 2020, augmentation encore plus importante que celle observée, par ailleurs, pour les 600 milliardaires américains répertoriés dans les données de Forbes (18).

- *Le cinquième et dernier point*, c'est la nécessité d'aller au-delà de la simple gestion de la crise sanitaire, et surtout de la tentation de traiter la problématique comme la gestion d'une maladie unique, partant du principe que ce qui n'a pas été examiné pendant une crise est tout aussi important que tout ce qui l'a été (17, 40). Cette approche, trop focalisée sur la maladie et le pathogène à son origine, occulte finalement les causes profondes de l'iniquité sociale en santé (41).

QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN EN MATIÈRE DE DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ?

Puisque plusieurs déterminants sociaux de la santé sont présents largement en amont des problèmes de santé, profondément ancrés dans la distribution du pouvoir et de l'argent, nous sommes amenés à nous poser la question de savoir quel peut être le rôle du médecin dans un tel contexte (42) ?

Un rapport de la société Deloitte montre que les institutions de soins et les médecins commencent à s'intéresser très sérieusement aux déterminants sociaux de la santé et ce, depuis

2017. Mais il a fallu des années pour que, dans une enquête, on obtienne que 80 % des répondants déclarent «*être engagés à développer des processus et moyens afin de répondre aux besoins sociaux, comme part intégrale de la prise en charge thérapeutique*» (43). Plusieurs initiatives ont été prises depuis lors, mais il n'est pas prouvé qu'elles soient efficaces (42). On observe également un effet démoralisant, car prendre en charge sur le plan médical des patients pour les renvoyer chez eux - sans que rien ne change dans le domaine des SDoH (Social Determinants of Health) - n'est pas valorisant pour les soignants. Ce constat impose deux questions. Tout d'abord, est-ce que ces médecins qui s'engagent dans la voie des SDoH ne détournent pas l'attention en matière de responsabilité qui devrait, en priorité, incomber au gouvernement et à la société ? Ensuite, quel est le facteur le plus important en matière de SDoH sur lequel l'engagement médical pourrait fortement peser ? Pour les auteurs, les médecins doivent préparer les futures générations de soignants, ce qui implique forcément un remodelage de la formation médicale. Trop souvent ces notions passent aux oubliettes ou elles sont colligées dans un cours obscur, à peine suivi par les étudiants. Une enquête canadienne sur un nombre très limité de médecins met en exergue des barrières contextuelles (par exemple insuffisamment de connaissance et de temps), ainsi que des facilitateurs (une expérience préalable en la matière avant le début des études médicales, du temps protégé, du mentorat, et de l'aide de la part du système) (24). Certains médecins insistent aussi sur la nécessité d'une plus grande diversité culturelle parmi les soignants, afin de faciliter la capacité de communiquer sur des sujets sensibles comme la pauvreté (42). Ils se doivent aussi de plus communiquer et d'informer les pouvoirs publics sur les effets dévastateurs des SDoH, rendant leur tâche parfois bien aléatoire et désespérée si aucune modification n'est faite dans l'environnement socio-économique des personnes prises en charge (42). Une ancienne Ministre de la Santé canadienne, le Dr Jane Philpott argumente : «*Parce que vous êtes médecin, la société vous octroie pouvoir, privilèges, respect et responsabilités. Il n'y a pas de meilleur usage pour votre pouvoir, que de plaider pour ceux qui n'ont pas les mêmes opportunités*» (44).

Autre élément important pour les soignants et les structures de soins, c'est de faire la différence entre équité en santé et équité en matière de soins de santé (45). L'équité en santé correspond à la possibilité juste et équitable pour chacun d'entre nous à atteindre le plus haut niveau

de santé. C'est donc la résultante de l'influence de multiples facteurs personnels et environnementaux vécus au décours d'une vie. L'équité en matière de soins de santé correspond à l'accessibilité, l'interaction et l'expérience équitable avec les organisations et structures de soins. Cette distinction permet, en fait, de déterminer les responsabilités respectives, plutôt sociétales et gouvernementales pour l'équité en santé, par rapport aux responsabilités des organisations de soins quand il s'agit de l'équité en matière de soins de santé. Si les iniquités sont mesurables au niveau individuel, liées assez directement aux résultats des soins de santé, et exploitables par des interventions ciblées, on admet qu'elles tombent sous la compétence des organisations et acteurs de soins. Pour illustrer cette différence, prenons l'insécurité alimentaire : les prestataires de soins devraient récolter et suivre des données individuelles et fournir des interventions adéquates si nécessaire. À l'opposé, les «*déserts alimentaires*» (peu ou pas d'accès à des aliments sains et nutritifs) nécessitent une approche plus large (gouvernementale et/ou privée).

Pas certain non plus que la privatisation des structures de soins, qui est de plus en plus présente dans certains pays, soit une bonne option. Non seulement elle ne règle pas le problème de l'équité - bien au contraire - mais, en plus, il semble bien qu'elle augmente les coûts, et réduise la qualité des soins (46). Par contre, certains caressent l'espoir que la médecine connectée (et donc le changement du lieu de soins) permette d'abaisser les barrières d'accessibilité aux soins, pour autant qu'elle ne soit pas elle-même à l'origine d'une nouvelle source d'iniquité (l'équité digitale comme nouvel élément en matière de SDoH : en 2022, 4 % des belges de 16 à 74 ans n'ont, par exemple, jamais utilisé internet). Une étude américaine montre d'ailleurs que ces barrières n'ont fait que s'accroître ces vingt dernières années (47). La santé digitale est capable d'augmenter l'équité en santé, mais l'accès à la technologie doit être garanti. On parle de plus en plus de DDoH («*Digital Determinants of Health*») (48). Il faut aussi veiller à une bonne représentation et distribution raciale dans les différentes études que l'on conduit, destinées à valider l'efficacité de l'approche digitale en santé (49). Par contre, évitons de rapidement céder à la tentation de couper globalement les ressources (financières et humaines), dès le moment où celles-ci sont libérées par la digitalisation et l'intelligence artificielle. Ces ressources doivent être mises à profit pour combler les écarts en matière de richesse et d'éducation, donc des écarts sociaux fondamentaux.

CONCLUSIONS

L'iniquité n'est pas l'illustration d'une défaillance d'un système, c'est le résultat de l'organisation et l'opérationnalisation même du système (17). Le niveau de développement de la société, qu'elle soit riche ou pauvre, se juge par la qualité de la santé de sa population, la distribution équitable des systèmes de soins sur l'ensemble du spectre social, et le degré de protection contre les désavantages liés à une mauvaise santé (11).

Le principe de l'équité en santé est inscrit dans divers traités internationaux et fait partie des droits fondamentaux de chaque individu (50). Il appartient donc aux gouvernements de faire en sorte que non seulement l'accès aux soins soit garanti pour tous, mais que chaque citoyen puisse atteindre le plus haut niveau de santé possible. Ceci implique donc forcément des actions au niveau social qui garantissent, pour chaque individu, les éléments matériels nécessaires pour une vie décente, la possibilité de contrôler sa propre vie, et une voix politique qui permette la participation aux processus de décision (11).

De façon plus concrète, le «Marmot Review into Health Inequalities» (London-UK) résume qu'il faut garantir le meilleur départ possible dans la vie pour chaque enfant, une bonne éducation et un apprentissage en continu, de l'emploi et de bonnes conditions de travail, des revenus suffisants qui permettent une vie saine, un environnement de vie et de travail sain et durable, ainsi que la considération des déterminants sociaux quand il s'agit de la mise en place de prévention en matière de santé (51).

Il reste toutefois à déterminer quels sont les moyens les plus adéquats pour juger de l'efficacité de telles interventions, afin de mieux pouvoir guider les décisions politiques et la conduite des programmes (52).

Il y a urgence, car même si la part du produit national brut dédié à la santé ne fait qu'augmenter dans la plupart des pays, l'iniquité, elle aussi, ne fait que progresser, à tel point que les ministres responsables de la santé réunis au congrès HIMMS23 («Healthcare Information and Management Systems Society», congrès d'avril 2023 à Chicago, II-USA) ont déclaré que, comme à la fin du 19^{ème} siècle, nous nous trouvons à un point d'inclinaison critique.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care. WHO 6-12 septembre 1978. Available from : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf> Dernière consultation en ligne, 22/01/2024.
2. World Health Organization. Primary health care (now more than ever). WHO 14 Octobre 2008. Available from : <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/primary-health-care---now-more-than-ever> Dernière consultation en ligne 04/01/2024.
3. World Health Organization Commission on Social determinants of health. 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. WHO 27th August 2008. Available from : <https://www.who.int/publications/item/WHO-IER-CSDH-08.1> Dernière consultation en ligne 04/01/2024.
4. StatBel (2023). Risque de pauvreté et d'exclusion sociale. StatBel 16 février 2023. Available from : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-d'exclusion-sociale> Dernière consultation en ligne 05/01/2024.
5. OCDE Country Note 2023, Belgium. Available from : <https://www.oecd.org/belgium/health-at-a-glance-Belgium-EN.pdf>. Dernière consultation en ligne 22/01/2024.
6. CBS Eurostat. 125 years Statistics Netherlands. Health care spending per capita second highest in Europe. CBS 2022. Available from : <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2022/49/health-spending-per-capita-second-highest-in-the-eu>. Dernière consultation en ligne 22/01/2024.
7. OCDE Country note 2023, The Netherlands. Available from : <https://www.oecd.org/netherlands/health-at-a-glance-Netherlands-EN.pdf>. Dernière consultation en ligne 22/01/2024.
8. OCDE Country Note 2023, France. Available from : <https://www.oecd.org/france/health-at-a-glance-France-EN.pdf> . Dernière consultation en ligne 22/01/2024.
9. Palmer N, Mueller DH, Gilson L, et al. Health financing to promote access in low-income settings – how much do we know? *Lancet* 2004;**364**:1365-70.
10. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg AJ, et al. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003;**362**:233-41.
11. Marmot M, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007;**370**:1153-63.
12. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003;**57**:254-8.
13. Lyons J, Akbari A, Abrams KR, et al. Trajectories in chronic disease accrual and mortality across the lifespan in Wales, UK (2005-2019), by area deprivation profile: linked electronic health records cohort study on 965905 individuals. *Lancet Reg Health Eur* 2023;**32**:100687.
14. Davis A, Batra N, Dhar A, Bhatt J. US health care can't afford health inequities. Deloitte Insights. June 22nd 2022. Available from : <https://www2.deloitte.com/us/en/insights/industry/health-care/economic-cost-of-health-disparities.html>. Dernière consultation en ligne 05/01/2024.
15. LaVeist TA, Gaskin D, Richard P. Estimating the economic burden of racial health inequalities in the United States. *Int J Health Serv* 2011;**41**:231-8.
16. Bucciardini R, Zetterquist P, Rotko T, et al. Addressing health inequalities in Europe: key messages from the Joint Action Health Equity Europe (JAHEE). *Arch Publ Health* 2023;**81**:89.
17. Jensen N, Kelly AH, Avendano M. The COVID-19 pandemic underscores the need for an equity-focused global health agenda. *Humani Soc Sci Commun* 2021;**8**:1-6.
18. Anderson S, Wakamo B. (2020). Inequality and COVID-19 in 13 charts. 25th September 2020. Available from : <https://inequality.org/great-divide/inequality-covid-charts/>. Dernière consultation en ligne 04/01/2024.