

# **Le défi de la santé dans toutes les politiques**

**URBAN HEALTH**

**14 avril 2017**

**Dr C Duvaux**

**DGA Ars Pays de la Loire en charge de la prévention et de la protection de la santé**

« Etat complet de de bien être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement à une absence de maladie et d'infirmité (OMS, 1946) »

***MAIS ON PEUT ÊTRE MALADE ET /OU  
HANDICAPÉ ET SE SENTIR BIEN !***

# Quizz

1

- Les services de santé (offre de soins) sont les principaux contributeurs de la santé des personnes ?

2

- Les conditions socio-économiques et la qualité de l'environnement sont les déterminants perçus par les populations comme ayant le plus fort impact sur leur santé ?

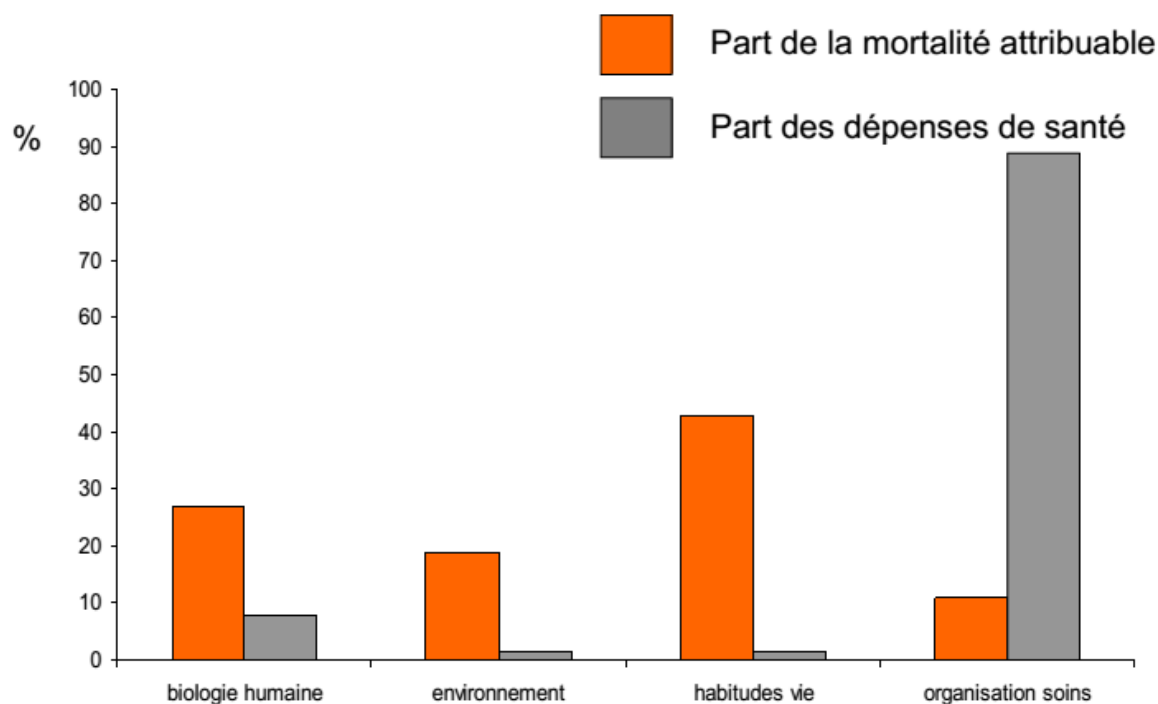
3

- On investit pas assez en France en matière de prévention et en particulier pour les personnes les plus fragiles ?

Déterminants	Recherche	Population
Services de santé	10-15 %	60-65 %
Environnement	20-25 %	20 %
Conditions socio-économiques	45-50 %	10 %
Génétique, facteurs biologiques	20 %	5-10 %

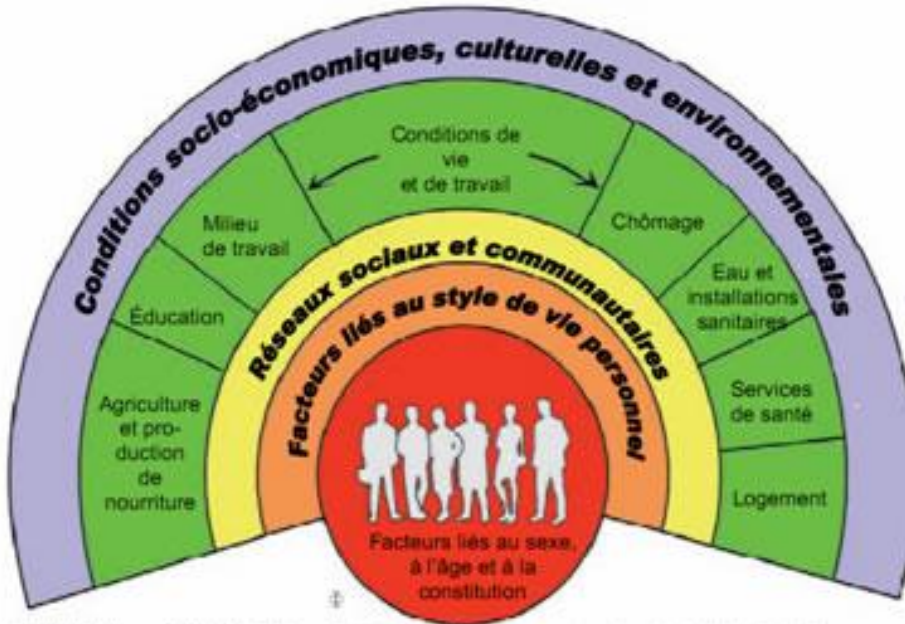
*Importance relative des différents déterminants de la santé (contribution à la longévité en %) d'après les données de la recherche et telle que perçue dans la population (CDC, 1982 ; Domenighetti, 1990)*

# Déterminants de santé et dépenses de santé



Adapté de Dever GE. An epidemiological model for health policy. Social indicator research 1976;2:453-66

# Déterminants de santé

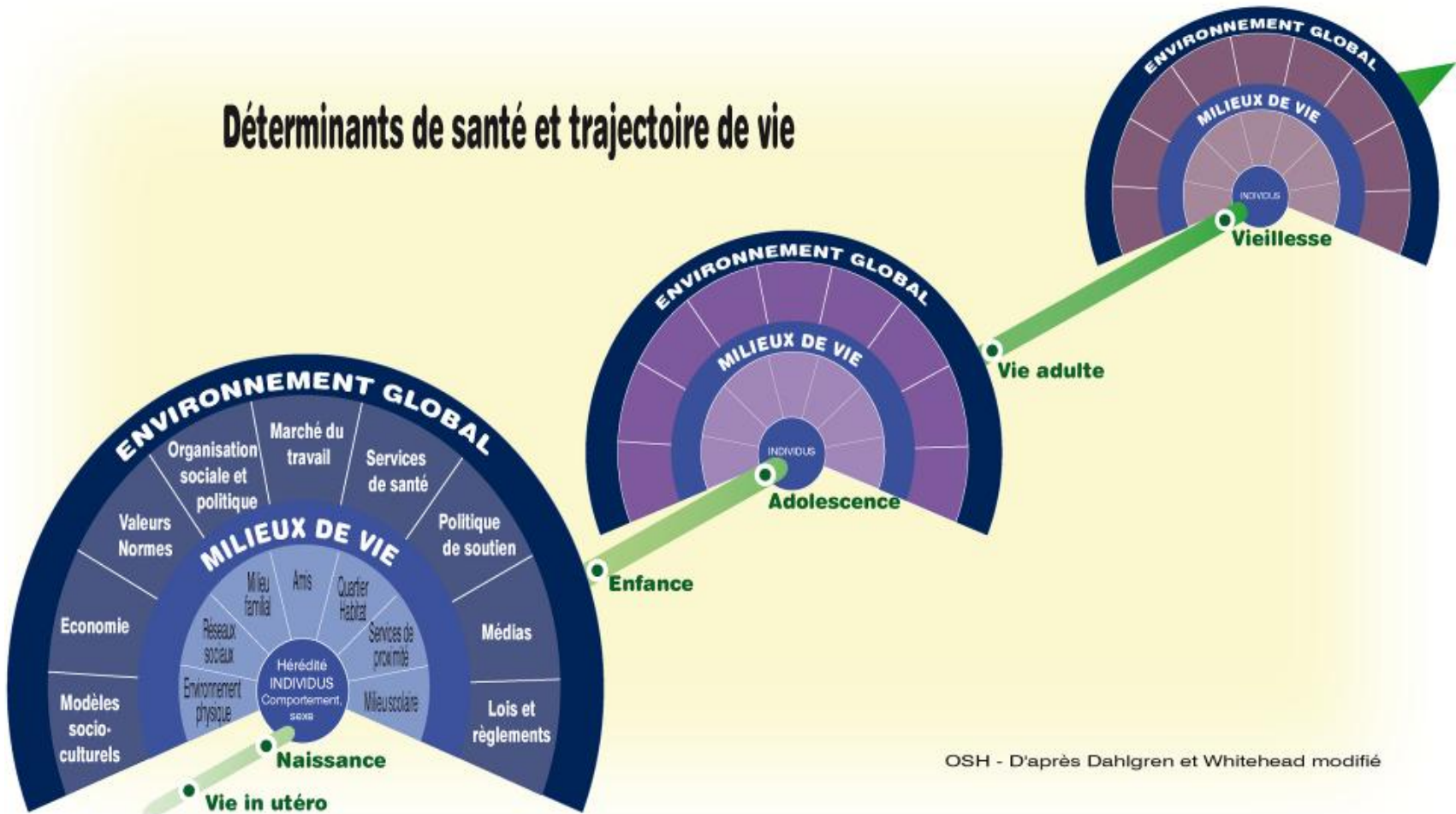


DARLGRÉN, Gillan and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health Institute of Future Studies, Stockholm (traduction)

- Niveau de revenu et le statut social;
- Réseaux de soutien social;
- Éducation et l'alphabétisme;
- Emploi et les conditions de travail;
- Environnements sociaux;
- Environnements physiques;
- Habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles;
- Développement de la petite enfance;
- Patrimoine biologique et génétique;
- Services de santé;
- Relations affectives et sexuelles;
- Culture

**Impact des « politiques publiques en matière économique, éducative et sociale » - la cause des causes des inégalités sociales de santé**

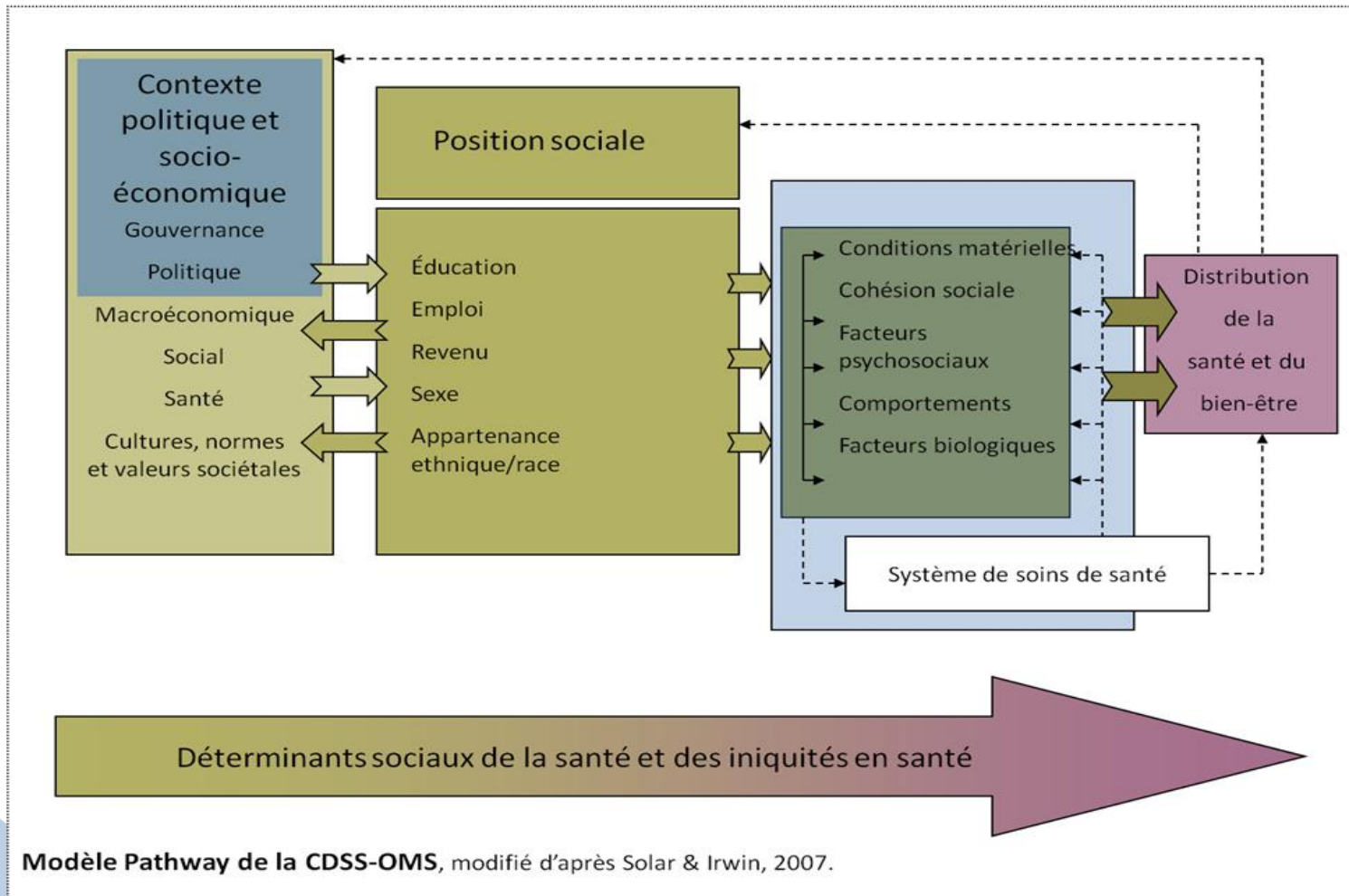
# Déterminants de santé et trajectoire de vie



OSH - D'après Dahlgren et Whitehead modifié

Les conditions sociales agissent sur la santé dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, modifiant tout autant sa qualité que sa durée. Les inégalités sociales de santé se développent, et souvent s'accroissent, tout au long du parcours de vie des individus. Elles résultent de l'interaction entre les différentes conditions quotidiennes de la vie, qui sont autant de DSS.

## (4) Modèle Pathway de la CDSS de l'OMS





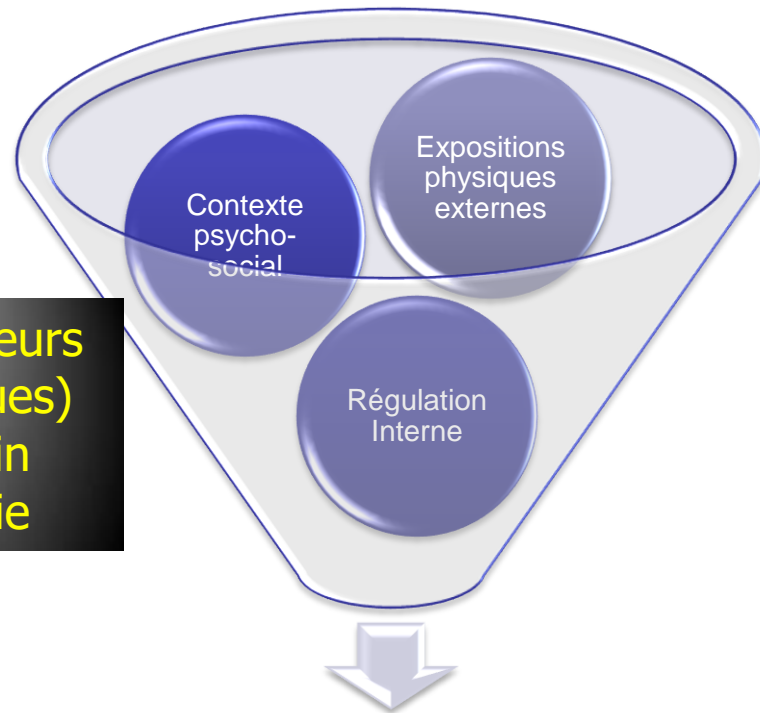
# De quel défi parle t'on ?

- Toutes les politiques publiques sont contributrices de santé (ou non) !

# Faire face à la complexité ? Les barrières ...

- La culture de Santé Publique reste encore très faiblement partagée et plutôt déficitaire chez les PS eux mêmes
- Le cloisonnement/empilement des politiques sectorielles reste une dominante et la fongibilité financière marginale au risque de marginaliser les plus fragiles
- L'approche populationnelle et territoriale est faiblement différenciée dans le cadre de politiques nationales qui visent plus l'égalité de traitement que l'adaptation aux réalités des territoires
- La recherche et l'innovation en matière de santé publique reste très déficitaire en France (comparaison d'autres pays)
- Les outils/stratégies probantes visant une approche systémique manquent ou lorsqu'ils existent ne font l'objet que d'une faible appropriation (modèle socio écologique, EIS, marketing social, ressources en interventions probantes et transférabilité...)
- L'évaluation en santé publique ex ante-ex post est très faiblement développée (enjeux des EIS ...)
- Les calendriers politiques ne sont pas en phase avec le temps de la santé publique
- Les enjeux de coordination et d'intégration des acteurs restent très perfectibles
- Le concept de parcours de vie en « bonne » santé émerge mais les cloisonnements se reproduisent

# Environnement et Santé : EXPOSOME ... de quoi qu'est ce ?



Totalité des expositions à des facteurs environnementaux (non génétiques) que subit un organisme humain de sa conception à sa fin de vie

90 % de contribution aux risques de maladies chroniques

# Origines et perspectives

- Dr Christopher Wild – (2005) et le développement de la biologie moléculaire dans le recherche sur le cancer
- Facteurs exogènes et endogènes : des liens biologiquement démontrés entre contexte psychosocial (stress) et composants environnements issus du milieu de vie altéragènes (pas mutagènes) qui peuvent influencer la génomique (sans toucher au gène) -
- Effets cumulatifs, synergiques en terme de toxicité mais effet retardé (contexte) : toxicité programmée retardée, voire Trans générationnelle
- Impact des faibles doses (perturbateurs endocriniens)
- Enjeu du contexte pour l'expression de la toxicité
- Un nouveau cadre de recherche afin de développer des relations causales combinées (combinatoire) et des seuils de risque avec des modèles innovants
- Un nouveau défi pour l'observation dynamique de la santé
- Conforte le modèle conceptuel des liens entre déterminants de la santé (Pathway)

# Adoptée dans le cadre la stratégie nationale de santé et dans la loi (art 1)

- « La politique de santé comprend :
- « 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces risques s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration de l'ensemble des expositions pour la vie entière. L'analyse des risques pour la santé de la population prend en compte l'ensemble de l'exposome, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs non génétiques qui peuvent influencer la santé humaine ;

# La littératie et santé

« La capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie. »

(Association canadienne de la santé publique, 2008 : 13)

# L'intérêt du Canada et du Québec pour la littératie en santé

- Comité ad-hoc sur la littératie en santé, Association canadienne de santé publique (1999)
- Enquête de l'OCDE dans 20 pays, dont le Canada (1993, 2003)
- Création d'un comité d'experts canadiens en 2006
- Forum sur les programmes de littératie en santé (Calgary 2008)
- Journées annuelles de santé publique du Québec 2007 – 2011 – 2012
- Health Litteracy. The solid facts. OMS Europe, 2013 (27 000 répondants du Canada)
- Colloque de l'Institut de consultation et de recherche en éthique et en droit, Université Laval, 2014

# La situation canadienne et québécoise

- 42 % à 55 % des Canadiens âgés de 16 à 65 ans ont de la difficulté à comprendre un texte écrit, des textes schématiques et chiffrés (numératie).
- Deux tiers des adultes québécois (66 %) n'ont pas le niveau de littératie nécessaire pour prendre soin adéquatement de leur santé.
- Cette situation touche 61 % des 16 à 65 ans et 95 % des personnes âgées de plus de 65 ans.

## Groupes à risque

- . Personnes âgées
- . Personnes à faible niveau de scolarité
- . Immigrants
- . Chômeurs
- . Personnes à faibles revenus



# La littératie en 5 niveaux

- Niveau 1 : difficulté à lire un texte simple et à utiliser de la documentation écrite.
  - Niveau 2 : faibles aptitudes en lecture se limitant à utiliser de la documentation simple.
  - Niveau 3 : capacité à utiliser de la documentation écrite.
  - Niveaux 4 et 5 : capacité à combiner diverses sources d'information et à résoudre des problèmes d'une certaine complexité.

Le **niveau 3** est considéré comme le seuil minimal de compétence nécessaire pour faire face aux exigences de la vie moderne dans un pays industrialisé, de façon autonome et fiable.

# Littératie et déterminants de la santé

**La littératie est un puissant prédicteur de la santé, au même titre que sont le revenu, le statut d'emploi, le niveau d'éducation et le groupe ethnique d'appartenance.**

(Health Literacy. The Solid Facts. WHO 2013)

# Littératie et déterminants de la santé

**Ce qu'on sait : un haut niveau de littératie dans la population profite à toute la société.**

1. Une prospérité économique.
2. Des revenus plus élevés.
3. Des emplois plus intéressants.
4. Davantage de participation communautaire.
5. Une population qui profite davantage d'une bonne santé

# Littératie et déterminants de la santé

## Une littératie limitée affecte la santé

1. Moins de participation dans la promotion de la santé.
2. Moins de participation dans des opérations de dépistage.
3. Une prise de risque plus élevée.
4. Plus d'accidents de travail.
5. Moins bonne gestion des maladies chroniques (diabète, VIH et asthme).
6. Une prise de médication déficiente.
7. Plus d'hospitalisations et de réhospitalisations.
8. Plus de morbidité et de morts prématurées.

(Health Literacy. The Solid Facts. WHO 2013)

# Littératie et déterminants de la santé

- Taux plus élevé de cancer du col de l'utérus (Lindau et al., 2002)
- Taux plus élevé de diabète (Murray et al, 2008)
- Taux de mortalité plus élevé (Baker et al., 2007; Sudore, 2006)
- 3 260 participants à Medicare dans quatre zones métropolitaines des États-Unis (Baker et al., 2007)
- ✓✓ faible niveau de littératie en santé = un taux de mortalité 50 % plus élevé, sur une période de cinq ans, (accidents cardiovasculaires, cancers, et autres)
- ✓✓ Un faible niveau de littératie en santé = meilleur prédicteur de mortalité, après le tabagisme

# Littératie et déterminants de la santé

## IMPACTS SUR L'UTILISATION DES SERVICES ET SUR L'AUTOGESTION DES MALADIES CHRONIQUES

- Durées d'hospitalisation plus longues (Baker et al., 1997, 2002);
- Usage inadéquat des médicaments et difficulté à suivre les directives du médecin (Williams et al., 1995; Kalichman et al., 1999)
- Utilisation moindre des services de prévention et moins de demandes pour des soins de santé (Scott et al., 2002)
- Moins d'expression des préoccupations de santé (Rudd et al., 1999)
- Difficulté à utiliser le système de santé (Davis et al., 1996; Brez et Taylor, 1997)
- 62% des patients avec un faible niveau de compétence en lecture : incapables ou peu désireux de s'engager dans une démarche d'autogestion (Johnston et al., 2006)

# Littératie et déterminants de la santé

**Une faible littératie santé est associée à des coûts élevés de santé.**

- 8 G\$ aux USA (5,8 G€)
- 3 à 5 % du budget total de la santé au Canada (115 à 190 M\$ – 77 à 127 M€)

(Health Literacy: The Solid Facts. WHO 2013)

# Le lien entre littératie et santé

1. Personne n'atteint un niveau élevé de littératie santé en tout temps.
2. À un certain moment, nous avons tous du mal à comprendre ou encore à naviguer dans un système de santé complexe, spécialement lorsqu'un diagnostic ou une maladie nous rend plus vulnérables.
3. La compétence en littératie santé varie selon le contexte, la culture et l'environnement dans lequel on se trouve.



# La littératie en santé (LS), une compréhension élargie

« La littératie en santé s'applique à tous les individus et à tous les systèmes de santé. »



## La charte de Calgary pour la littératie en santé :

Justification et principes fondamentaux du développement  
de programmes de littératie en santé

### INTRODUCTION :

En octobre 2008, de concert avec le Bow Valley College et le Centre du savoir sur la santé et l'apprentissage (du Conseil canadien sur l'apprentissage) le Centre d'alphabétisation a été l'hôte conjoint d'un forum tenu à Calgary sur les programmes de littératie en santé (Calgary Institute on Health Literacy Curricula). Ce forum a accueilli des participants et des conférenciers du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni. Après trois journées de discussions, les participants en sont arrivés à la conclusion qu'il fallait déterminer les principes fondamentaux qui guideraient le développement de nouveaux programmes de littératie en santé et l'adaptation des programmes existants. Ces principes sont officiellement définis dans le présent document qui presse tous les concepteurs et évaluateurs de programmes de littératie en santé de les intégrer dans leur travail.

Les programmes de littératie en santé peuvent s'adresser à divers publics et viser plusieurs objectifs, par exemple :

- les travailleurs et étudiants du domaine de la santé, pour faire connaître la littératie en santé et la faire progresser;
- les apprenants des cours d'éducation de base des adultes, pour application immédiate dans leur vie quotidienne;
- les étudiants à partir de la 12<sup>e</sup> année, pour améliorer la littératie en santé des générations futures.

Nous, soussignés, proposons ci-dessous la définition et la signification de la littératie en santé et d'une série de principes fondamentaux sur lesquels les programmes de développement et d'évaluation en cette matière devraient être fondés. Le but de ces principes est de sous-tendre le développement de programmes et d'outils d'évaluation qui améliorent la littératie en santé du public et de toutes les personnes qui travaillent, à quelque chose de mieux que ce soit, en santé ou dans des domaines connexes.

# La littératie en santé (LS), une compréhension élargie

- « On peut accroître le niveau de littératie en santé en développant les compétences des individus et
- en abaissant les barrières érigées par le personnel et le système de santé. »

Charte de Calgary, 2008

**Le modèle socio-écologique:  
Une classification des stratégies d'  
actions  
au service des territoires**

# Définition

- Une cadre de recherche et d' intervention qui met l' accent sur une vision élargie des déterminants de la santé

[Modèle socio-écologique.pdf](#)



# Les déterminants sociaux de la santé



**Pourquoi Éric est-il à l'hôpital?**

**Parce qu'il a une grave infection à la jambe.**

**Pourquoi a-t-il cette infection?**

**Parce qu'il s'est coupé gravement à la jambe et qu'elle est infectée.**

**Mais pourquoi cela s'est-il produit?**

**Parce qu'il jouait dans le parc à ferrailles près de l'immeuble où il habite et qu'il est tombé sur un morceau d'acier tranchant qui s'y trouvait.**

**Mais pourquoi jouait-il dans un parc à ferrailles?**

**Parce que son quartier est délabré. Beaucoup d'enfants jouent là sans surveillance.**

**Mais pourquoi habite-t-il ce quartier?**

**Parce que ses parents ne peuvent se permettre mieux.**

**Mais pourquoi ses parents ne peuvent-ils habiter un plus beau quartier?**

**Parce que son père est sans emploi et que sa mère est malade.**

**Mais pourquoi son père est-il sans emploi?**

**Parce qu'il n'est pas très instruit et qu'il ne peut trouver un emploi.**

**Mais pourquoi...? » (Tiré de: Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#key\\_determinants](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#key_determinants))**

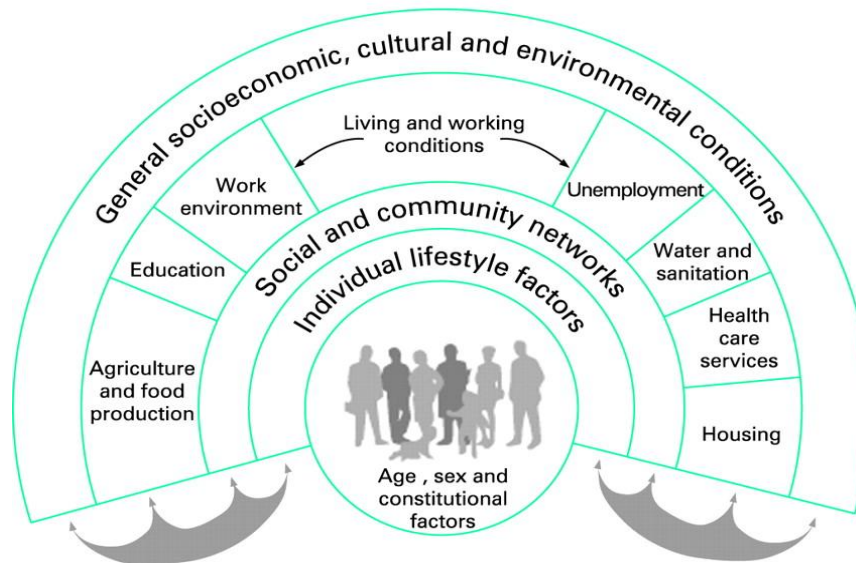
# Déterminants sociaux de la santé

- **Les déterminants sociaux de la santé (DSS) 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.**
- **La répartition inéquitable des déterminants sociaux de la santé entre les groupes est à l'origine des écarts de santé injustes et importants au sein d'un même pays ou entre les différents pays.**

(Commission sur les déterminants sociaux de la santé, [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/))

A

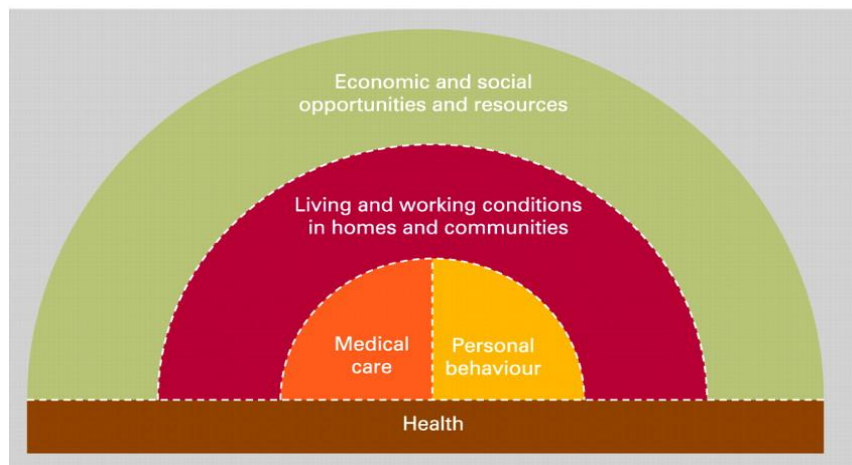
(1)  
« Les déterminants de la santé », de Dahlgren and Whitehead en 2006



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

(2)  
“Influences on health: broadening the focus”, de la Robert Wood Johnson Foundation, dans “Overcoming Obstacles to Health” en 2008. Reproduit avec autorisation.

B



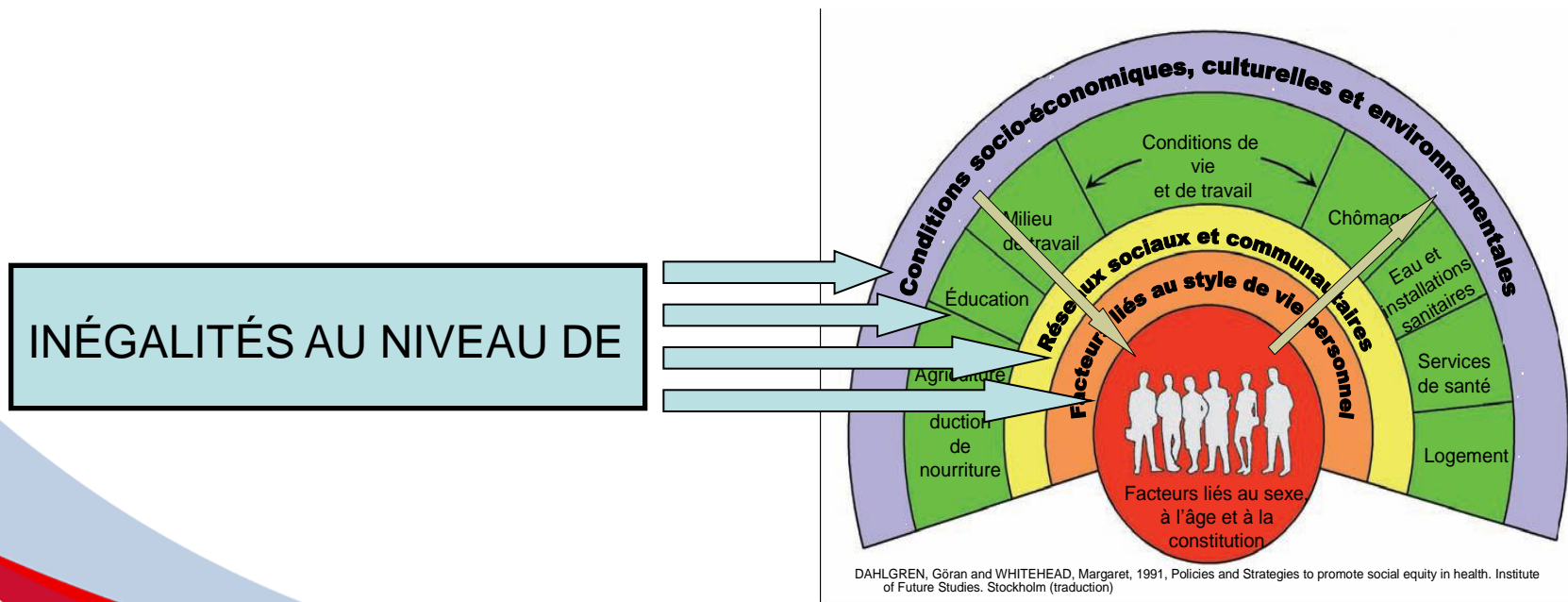
Krieger, N J Epidemiol Community Health  
2008;62:1098-1104

©2008 by BMJ Publishing  
Group Ltd



# Déterminants sociaux de la santé

Les « causes des causes » des inégalités sociales de santé : **la distribution inéquitable des déterminants sociaux de la santé**



Adapté de: Hilary Graham, avril 2008, Journées de la prévention, INPES, Paris

# Théories et modèles des déterminants sociaux de la santé

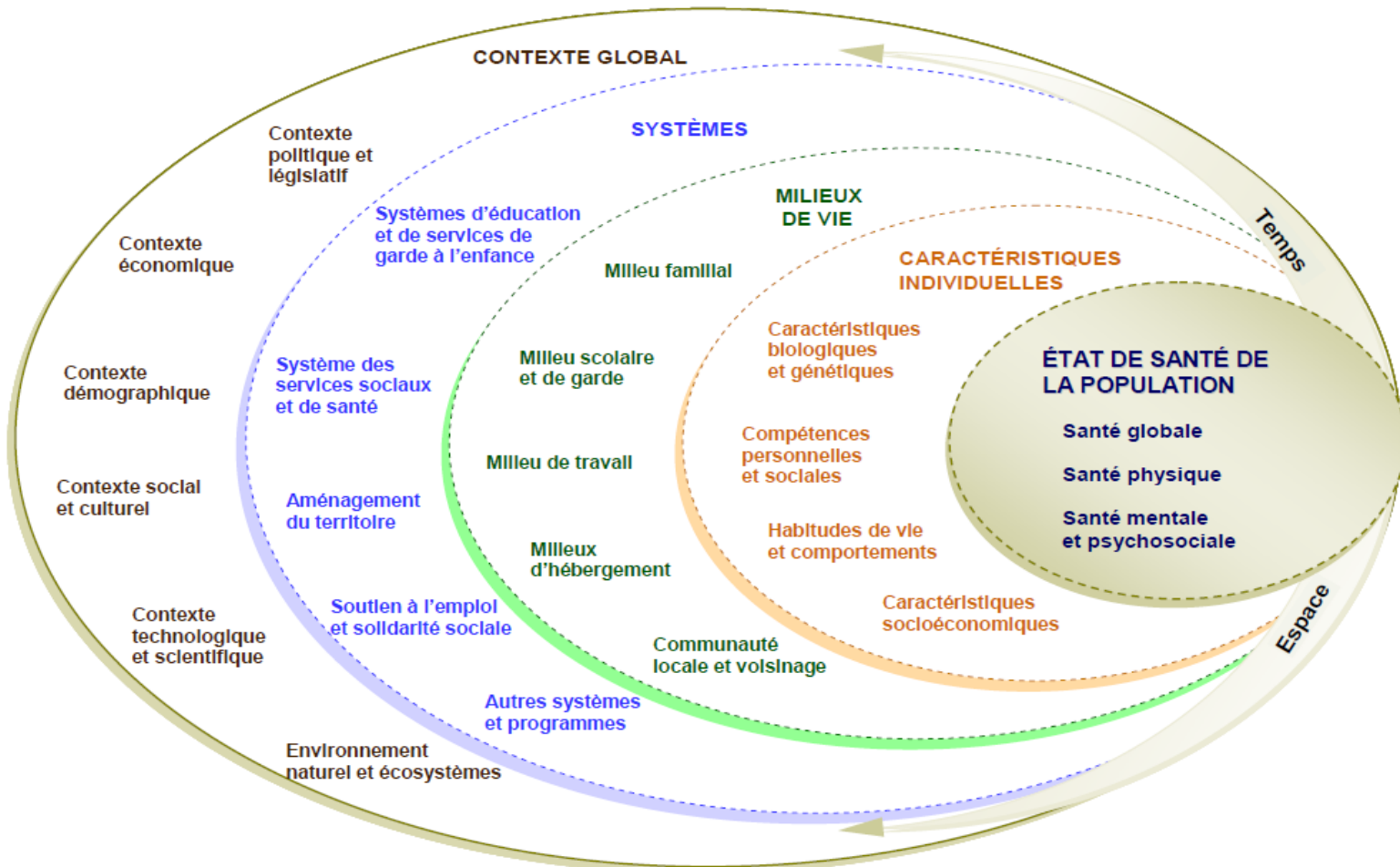
*Il existe 3 grandes théories au sujet des DSS qui ne sont pas mutuellement*

*exclusives:*

- **Les approches psychosociales** mettent l'accent sur l'idée que ce sont les expériences et les perceptions des personnes au sein des sociétés inéquitables qui mènent au stress et à la mauvaise santé.
- **La production sociale de la maladie** se soucie d'abord des déterminants politiques et économiques de la santé et de la maladie. Les liens entre les inégalités sociales et la santé doivent s'intéresser davantage aux causes structurelles (ex. : le revenu) plutôt qu'aux perceptions de l'inégalité.
- **La théorie écosociale** de Krieger et d'autres approches multi-niveaux intègrent les facteurs sociaux et biologiques au sein d'une dynamique historique et écologique afin de mieux cerner les déterminants de la distribution populationnelle de la maladie et des inégalités de santé. Aucun aspect de notre biologie ne peut être appréhendé séparément d'un savoir historique sur les manières de vivre individuellement et socialement.

### (3) Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mars 2010

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-202-02.pdf>



# Le cadre conceptuel de la CDSS de l'OMS

## Le modèle Pathway de la Commission (2011) est proposé en 3 temps

- Il met en évidence les **déterminants structurels** et **intermédiaires** à la base des ISS
- Il intègre les **mécanismes** qui sous-tendent la genèse des ISS.
  - Les variations d'exposition aux déterminants intermédiaires de la santé (conditions de vie matérielles, facteurs comportementaux et biologiques et facteurs psychosociaux), issus des déterminants structurels, produisent des variations dans la vulnérabilité aux conditions compromettantes pour la santé.
  - Les déterminants structurels font également varier les conséquences en matière d'impacts sanitaires et économiques.
  - Cela produit au final des iniquités de santé et de bien-être.
  - De façon réciproque, la maladie peut influencer sur la position sociale occupée par un individu. Certaines épidémies peuvent de la même manière affecter le fonctionnement des institutions sociales, politiques et économiques (se sont les flèches de feedback dans le modèle).
- Il propose un modèle d'intervention et d'action qui suggère d'agir sur les sources de stratification sociale, sur les expositions et vulnérabilités différentielles et les conséquences inégales de la maladie en termes sociaux, économiques et sanitaires.  
(Solar & Irwin, 2011)

# Une vision dynamique de la protection et de la prévention

