

# Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe<sup>1</sup>

FLORENCE JUSOT

**Résumé :** Les recherches les plus pointues sont formelles : les inégalités sociales de santé ont plutôt tendance à s'aggraver en Europe. Ces études pointent la grande diversité des situations d'un pays à l'autre. Trois pays – Royaume-Uni, Pays-Bas et Suède – ont véritablement mis en œuvre depuis moins de vingt ans une politique structurée de lutte contre les inégalités sociales de santé avec un plan d'action global et des évaluations poussées. À l'examen de ces plans, il est frappant de constater que ces pays ont choisi délibérément, suivant en cela les recommandations des experts, de donner la priorité à la lutte contre les déterminants de santé défavorables qui alimentent la pauvreté : logement, revenus, emploi, condition socioéconomique, éducation. Si ces plans rencontrent des difficultés de mise en œuvre et ont connu des applications diverses, ils n'en montrent pas moins la voie et fourmillent de pistes à explorer. Ils préconisent tous la même stratégie : la réduction des inégalités de santé passe par une politique globale bien au-delà de la santé, pour réduire les inégalités économiques et sociales.

**Mots clés :** Europe, interventions, politiques de santé publique, objectifs de santé publique.

---

1. Ce chapitre s'appuie sur les travaux précédemment réalisés en collaboration avec Agnès Coufinhal, Paul Dourgnon, Pierre-Yves Geoffard, Michel Grignon, John Lewis, Florence Naudin, Dominique Polton [1] et Emmanuelle Cambois [2].

## INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, les inégalités sociales de santé sont reconnues comme un enjeu de santé publique à l'échelle européenne. En effet, dès 1985, la politique-cadre de la Santé pour tous de la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirmait l'importance de la réduction des inégalités sociales et économiques pour améliorer la santé de l'ensemble de la population ; elle se fixait comme objectif à l'horizon de l'an 2000 de réduire de 25 % les différences d'état de santé entre pays et entre groupes au sein des pays. Très récemment, l'OMS affirmait son objectif de combler ce fossé en une génération, c'est-à-dire d'instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé [3]. L'objectif de ce chapitre est d'examiner les actions entreprises par les instances européennes à l'échelle des différents pays européens pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé : est-on face à une seule et même stratégie d'actions ou note-t-on des différences selon les pays ? Après avoir rappelé les actions menées à l'échelle européenne pour la surveillance, la compréhension des inégalités sociales de santé et la définition des interventions pertinentes à mettre en place, nous nous tournerons vers les stratégies d'intervention mises effectivement en place en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas et en Suède, qui sont dans les pays européens les plus avancés dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Nous proposons notamment de décrire les processus d'élaboration de ces politiques, leur contenu et de présenter des éléments d'évaluation lorsque ces derniers sont disponibles.

## LES ACTIONS À L'ÉCHELLE DE L'EUROPE

### Surveiller et comprendre les inégalités sociales de santé

Depuis le début des années 1990, deux grands programmes de recherche ont été lancés à l'échelle européenne, principalement dans le cadre des activités de la Commission européenne en matière de santé, pour surveiller et comprendre les inégalités sociales de santé en Europe. Ces deux programmes émanent de l'Université Erasmus de Rotterdam : l'un à l'initiative d'épidémiologistes, le projet du EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, suivi du projet *Eurothine*, dirigés par Johan Mackenbach et Anton Kunst ; l'autre à l'initiative d'économistes, le projet *Equity*, dirigé par Eddy Van Doorslaer et Andrew Jones.

Ces projets ont donné lieu à de nombreuses études comparatives sur les inégalités sociales de santé et de mortalité [4-6] (voir [2] pour une synthèse). Les conclusions de ces études montrent que, dans l'ensemble des pays européens, on observe des différences sociales d'état de santé perçu, devant le risque de maladie, en particulier pour les maladies cardiovasculaires, et face à l'incapacité. On observe également des inégalités sociales face au risque de décès partout en Europe, et celles-ci sont d'autant plus marquées pour le risque de décès liés aux maladies cardiovasculaires, aux cancers ou encore aux

maladies du système digestif. Ces projets ont par ailleurs permis de suivre l'évolution, depuis le milieu des années 1980, des inégalités sociales de santé et de constater leur maintien, voire leur aggravation en Europe. Ils ont enfin largement contribué à la compréhension des causes des inégalités de santé, en mettant en évidence des facteurs de risque et des déterminants communs à l'ensemble des pays européens. Ainsi, les conditions matérielles de vie et l'accès à l'emploi, l'insertion dans la vie sociale, les différences de comportements à risque ainsi que les difficultés d'accès aux soins semblent expliquer ces inégalités partout en Europe. Ces travaux ont donc très largement contribué à la prise de conscience collective et à la problématisation de la question des inégalités sociales de santé à l'échelle européenne. Ils ont également contribué à l'accumulation de connaissances sur les déterminants de ces inégalités, qui sont autant de leviers possibles pour l'action.

Ces travaux se sont par ailleurs appuyés sur les projets mis en place à l'initiative d'Eurostat, de l'OMS-Europe et du programme d'action communautaire en matière de surveillance en santé, afin d'aboutir à un système d'information sur la santé harmonisé en Europe [7]. L'objectif commun de ces différents projets est de définir des recommandations sur les méthodologies d'enquêtes et les indicateurs de santé pertinents à inclure dans des enquêtes à venir, afin de faciliter les comparaisons en Europe. Ainsi, les principales enquêtes Santé européennes disposent aujourd'hui d'indicateurs de santé comparables, le minimodule européen, et des enquêtes harmonisées sont conduites en Europe, comme le panel européen des ménages (*European Community Household Panel*), l'enquête EU SILC (*European Survey on Income and Living Conditions*) ou l'enquête SHARE (*Survey on Health Aging and Retirement in Europe*).

### **Initiatives pour définir un programme de réduction des inégalités sociale de santé**

Au-delà de la mise en évidence des inégalités sociales de santé en Europe et de l'analyse de leurs déterminants communs, ces programmes de recherche se sont attachés à comparer l'ampleur des inégalités sociales de santé dans les pays européens (voir section I, Lang et Leclerc). Plusieurs travaux se sont alors attachés à comprendre l'origine des différences dans l'ampleur des inégalités de santé entre les pays européens et notamment à les mettre en relation avec les politiques publiques et le mode d'organisation des systèmes de soins [8-11].

En cohérence avec les résultats de la recherche sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, les inégalités sociales de santé semblent ainsi plus réduites dans les démocraties sociales du Nord où les inégalités de revenus sont réduites, où l'accès à l'emploi est généralisé et où l'intervention de l'État dans les domaines sanitaires et sociaux est importante [8]. Concernant les inégalités de recours aux soins, ces travaux s'accordent sur l'importance des barrières financières induites par les coûts laissés à la charge des patients, que ces derniers soient ou non couverts par le biais d'assurances privées [9-11]. Ils soulignent également l'importance de l'organisation des soins primaires pour

réduire ces inégalités, le recours aux soins de spécialistes étant plus égalitaire dans les systèmes où les médecins généralistes jouent le rôle d'orienteur dans le système de soins [10-11].

Parallèlement à ces travaux comparatifs, plusieurs projets ont été réalisés pour recenser les initiatives nationales mises en place pour réduire les inégalités sociales de santé, dans le but de les évaluer et donc de sélectionner les mesures les plus efficaces. Ainsi, le projet *Eurothine* a comparé les objectifs de réduction des inégalités sociales de santé que se sont donnés plusieurs pays européens [12]. Il conclut à la nécessité de la définition d'objectifs quantifiés, réalistes et opérationnels. Il souligne également que la surveillance systématique des inégalités est un préalable nécessaire à la mise à place d'instruments de réduction des inégalités sociales de santé, cette surveillance servant de base à l'évaluation dans le temps des instruments mis en œuvre. Le projet *Determine* se propose enfin de recenser les politiques efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé.

Tous ces travaux européens ont ainsi contribué aux fondements de l'appel lancé en 2009 par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (CDSS) aux différents gouvernements pour instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération. Ils constituent également une base précieuse pour la définition de politiques sanitaires et sociales de réduction des inégalités. En revanche, aucune politique n'a été directement initiée par les instances européennes pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Nous nous tournons donc à présent vers les initiatives mises en place par plusieurs pays européens.

### LES INITIATIVES NATIONALES DE QUELQUES PAYS EUROPÉENS POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les différents pays européens sont aujourd'hui à des phases très différentes dans la mise en œuvre de politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé, tant du point de vue des processus d'élaboration de ces politiques que de leur contenu [13].

Les processus d'élaboration et de mise en œuvre de ces politiques peuvent être analysés selon les deux phases proposées par Whitehead [14] : 1) mesure et prise de conscience des inégalités sociales de santé, perception en tant qu'enjeu de politique publique ; 2) volonté d'action et construction progressive d'une politique globale et coordonnée. Par ailleurs, le contenu des politiques peut être analysé selon un double axe, défini par les déterminants des inégalités sociales visés et les populations ciblées [15]. Ainsi, on peut opposer les mesures s'attaquant en amont aux inégalités sociales elles-mêmes, les mesures visant, en aval, l'accès aux soins, et les mesures visant l'exposition aux facteurs de risques médiateurs de l'effet de la situation sociale sur la santé. Enfin, on peut distinguer les politiques universelles des politiques sélectives, visant soit les groupes sociaux défavorisés, soit les zones défavorisées, soit les groupes souffrant d'un état de santé plus dégradé.

Nous présentons ici les stratégies mises en œuvre au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède qui sont les plus abouties selon cette grille de lecture [11]. En effet, dans ces pays, les inégalités sociales de santé constituent un objectif clairement énoncé, et des politiques structurées, combinant des mesures en amont, des mesures intermédiaires et des mesures en aval, sont actuellement développées, voire implantées en Grande-Bretagne.

### **En Grande-Bretagne : une politique très active de lutte contre les inégalités sociales de santé, mobilise les différents ministères et plus largement le système de santé pour réduire les inégalités face à la prévention**

En Grande-Bretagne, la question des inégalités sociales de santé a émergé très tôt, le rapport Black [16], aujourd'hui devenu une référence, ayant été commandé dès 1977 par le gouvernement travailliste et remis au gouvernement conservateur au début des années 1980. Après une longue parenthèse politique, le sujet est revenu au premier plan en 1997 lorsqu'un nouveau document, le rapport Acheson, a été commandé par le gouvernement travailliste nouvellement élu. Les recommandations de ce rapport, remis en 1998, ont souligné le rôle des déterminants sociaux et l'importance des politiques de réduction de la pauvreté et des inégalités de revenus [17]. En juin 1999, le gouvernement a publié un livre blanc présentant, à partir de ces recommandations, un plan de lutte contre les inégalités sociales de santé : *Reducing health inequalities : An action report* [18]. Deux objectifs quantifiés de réduction des inégalités sociales et géographiques de mortalité ont alors été sélectionnés en février 2001 [tableau I]. Ils ont ensuite été complétés par des objectifs plus détaillés en 2004 (*Spending Review 2004 Public Service Agreement*). Concernant les inégalités géographiques, les objectifs se réfèrent à un ensemble de zones identifiées comme ayant les plus mauvais indicateurs, non seulement en termes de santé, mais aussi de pauvreté. Il s'agit des zones se situant dans le dernier quintile pour au moins trois indicateurs

**TABLEAU I**

#### **Objectifs quantifiés de réduction des inégalités sociales de santé en Grande-Bretagne**

<b>Année</b>	<b>Objectifs quantifiés de réduction des inégalités sociales de santé</b>
2001	Réduire la différence de mortalité infantile entre la classe des travailleurs manuels et la population générale de 10 % à l'horizon 2010.
2001	Réduire de 10 % la différence d'espérance de vie à la naissance entre le quintile des zones les plus défavorisées et la moyenne nationale à l'horizon 2010.
2004	Diminuer de 40 % l'écart de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire entre les zones défavorisées et l'ensemble du pays à l'horizon 2010.
2004	Diminuer de 6 % l'écart de mortalité par cancer entre les zones défavorisées et l'ensemble du pays à l'horizon 2010.
2004	Réduire la prévalence du tabac de 26 % chez les travailleurs manuels (21 % chez les adultes en population générale).

parmi les suivants : espérance de vie à la naissance pour les hommes et pour les femmes, mortalité en dessous de 75 ans par cancer, par maladies cardiovasculaires, indicateur composite de défavorisation. Depuis 2004, le gouvernement britannique a réaffirmé l'objectif général de réduire les inégalités de santé et d'inclure systématiquement cet objectif dans les politiques de santé. Les stratégies d'intervention pour atteindre ces objectifs ont été élaborées et précisées progressivement au cours d'un processus faisant intervenir des travaux interministériels, des consultations publiques, des avis d'experts. Elles ont été explicitées dans plusieurs documents gouvernementaux successifs et notamment dans le document ministériel publié en juillet 2003, *Tackling health inequalities: A programme for action* [19], qui décline quatre axes d'intervention : le soutien aux familles, aux mères et aux enfants, la promotion de l'engagement communautaire, la prévention et l'accès à des soins efficaces et l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Ce plan d'action est transversal et mobilise d'autres ministères que celui de la santé. Une partie des interventions proposées se situe donc en amont du système de soins et vise à réduire la pauvreté, améliorer les conditions de vie et de logement, l'éducation, l'accès aux services publics en général, avec une priorité particulière en direction des enfants. Ces actions sont placées sous la responsabilité de différents ministères, et des programmes nationaux existants y participent d'ores et déjà : programmes de soutien à la petite enfance (*Sure start*), de rénovation des quartiers (*Neighbourhood renewal*) ou d'amélioration de l'habitat en direction des familles pauvres. Cependant, le rôle du National Health Services (organisme responsable de l'ensemble de l'organisation du système de santé) dans la lutte contre les inégalités est aussi souligné comme essentiel, notamment dans les quartiers défavorisés. Les groupes de soins primaires, ou Primary Care Trusts (organismes responsables des soins de première ligne), sont appelés à se mobiliser pour développer des actions de prévention orientées plus particulièrement vers les populations défavorisées et vulnérables. Il s'agit, par exemple, de réduire le tabagisme, en particulier chez les femmes enceintes et les travailleurs manuels, de limiter le nombre de grossesses non désirées, d'améliorer la nutrition, en particulier des enfants et des femmes enceintes, d'assurer la promotion de l'allaitement maternel et de l'activité physique, ou encore de réduire les risques de maladies coronariennes et de cancer chez les personnes âgées de 50 ans et plus par la promotion d'une meilleure nutrition et de l'activité physique et un contrôle de l'hypertension.

Les acteurs des soins primaires sont invités à travailler en collaboration avec les associations communautaires locales. L'accent est également mis sur l'accès au dépistage et au traitement dans les zones les moins bien servies : accès aux services de néonatalogie (en lien avec l'objectif sur la mortalité infantile), facilitation de l'accès au dépistage et au traitement des cancers et des maladies coronariennes (en lien avec l'objectif sur l'espérance de vie). Le système doit, selon l'expression du ministre, s'attaquer à « la loi des soins inversés » qui veut que les endroits où l'on souffre le plus des maladies cardiaques soient ceux qui ont les moins bons services. Un programme de



rénovation des centres de soins primaires dans les quartiers défavorisés a également été mis en place.

C'est ainsi une sorte de mobilisation générale qui est attendue, depuis le niveau du ministère de la Santé, intégrant la lutte contre les inégalités dans ses campagnes et programmes nationaux, jusqu'au niveau local où agissent les élus et les professionnels de soins primaires, invités à s'impliquer dans des partenariats avec les autorités locales. C'est en effet au moyen d'actions locales, adaptées au contexte spécifique des zones concernées, que des résultats sont escomptés : les autorités locales sont conviées à inscrire, dans les « contrats locaux d'objectifs de services publics » qu'ils concluent avec le gouvernement central (*local public service agreements*), des objectifs concernant les inégalités de santé. Elles sont récompensées financièrement si ces objectifs sont atteints. La performance des groupes de soins primaires est évaluée aussi à ce titre. Les acteurs locaux sont alimentés par le ministère de la Santé en guides et outils d'analyse (par exemple un guide pour réaliser un audit d'équité, une base de données permettant de visualiser la situation d'une zone géographique par rapport à la moyenne nationale pour une série d'indicateurs de santé, la mutualisation d'expérimentations locales intéressantes, et autres).

En dehors du suivi régulier des inégalités sociales de santé et des instruments mis en œuvre, une évaluation des différentes interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé a récemment été commandée à Sir Mickael Marmot afin de définir la stratégie post-2010. Les premiers éléments disponibles suggèrent l'efficacité de certaines politiques retenues. Par exemple, les programmes de soutien à la petite enfance (*Sure start*) semblent améliorer le développement et l'indépendance des enfants, réduire les risques parentaux et favoriser l'utilisation des services sociaux [20].

### **Les Pays-Bas : une démarche expérimentale fondée sur des projets pilotes évalués**

Aux Pays-Bas, le problème a émergé dans l'opinion en 1980 à la suite du rapport Black et du constat d'inégalités de santé importantes entre quartiers à Amsterdam. En revanche, le constat ne s'est pas heurté à la même opposition politique qu'au Royaume-Uni : l'opinion et les principaux partis ont admis que les inégalités sociales de santé étaient inacceptables et remettaient en cause la cohésion sociale [21]. Ainsi, dès 1985, le gouvernement a adopté l'objectif de l'OMS concernant la santé pour tous à l'horizon de l'an 2000 et le ministère de la Santé publia, dès 1986, un rapport incluant un paragraphe consacré aux inégalités sociales de santé.

Un premier programme de recherche, lancé en 1989 et destiné à documenter l'ampleur et les déterminants des inégalités sociales de santé aux Pays-Bas, a permis de définir quatre grandes stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé. La première consiste à améliorer la position socioéconomique des personnes les plus défavorisées. La seconde vise à réduire les conséquences des problèmes de santé sur la position socioéconomique. La troisième stratégie vise à réduire l'exposition aux facteurs de risques contribuant à l'effet de

la position socioéconomique sur la santé et la dernière consiste à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.

Un programme de douze expérimentations articulées autour de ces quatre stratégies a alors été mené sur la période 1995-2001 [tableau II]. Pour chacune des interventions, des protocoles d'évaluation très précis ont été mis en place dès le démarrage du programme. La plupart des conclusions de ces expérimentations ont été connues à la fin de l'année 2000 [22-23]. Il en ressort, d'une part, que les interventions sur les conditions de travail semblent efficaces, et, d'autre part, que les interventions locales ou ciblées semblent être à privilégier, tant pour la prévention que pour le soutien psychiatrique ou l'aide aux malades. En revanche, l'allocation fournie aux parents défavorisés et la campagne de prévention de masse sont apparues peu efficaces.

**TABLEAU II**

**Expérimentations mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé aux Pays-Bas**

Interventions	Évaluation
<b>Stratégie 1 : Améliorer la position socioéconomique des personnes les plus défavorisées</b>	
Allocation versée aux parents pauvres, identifiés lors des programmes de prévention auprès des enfants.	Étude de faisabilité mais pas de preuve de l'efficacité de cette mesure.
<b>Stratégie 2 : Réduire les effets des problèmes de santé sur la position socioéconomique.</b>	
Soutien scolaire spécifique aux enfants fréquemment absents pour raison de santé.	Échec de la méthode d'évaluation.
<b>Stratégie 3 : Diminuer l'exposition aux facteurs de risques contribuant à l'effet de la position socioéconomique sur la santé.</b>	
Campagnes de masse et régionales ciblées sur les femmes peu éduquées pour favoriser la consommation d'acide folique durant la première phase de la grossesse afin de prévenir les malformations congénitales.	Pas de réduction des différences sociales de consommation d'acide folique.
Intervention pour améliorer les comportements bénéfiques à la santé dans les quartiers défavorisés.	Échec de la méthode d'évaluation.
Campagnes anti-tabac en milieu scolaire auprès des adolescents, prenant en compte la pression des pairs.	Réussite avec entrée dans le tabagisme retardée.
Campagnes locales de prévention dentaire (brossage) en milieu scolaire.	Réduction des différences sociales d'hygiène dentaire.
Utilisation de monte-charge dans la maçonnerie.	Réduction des contraintes physiques liées au travail et des arrêts maladies.
Mise en place de rotation des équipes parmi les éboueurs.	Réduction des contraintes physiques liées au travail et des arrêts maladies.
Mise en place d'équipes autogérées pour réduire le stress professionnel.	Échec de la méthode d'évaluation.
<b>Stratégie 4 : Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.</b>	
Formation de réseaux de soins locaux pour coordonner l'action des généralistes, des acteurs du secteur du logement social et de la police afin de prévenir l'exclusion parmi les personnes atteintes de maladies psychiatriques chroniques.	Réduction du nombre de sans-abris et des admissions obligatoires à l'hôpital psychiatrique.
Éducation à la santé auprès de patients turcs diabétiques.	Amélioration du contrôle de la glycémie et des comportements bénéfiques à la santé chez les femmes.
Soins infirmiers et suivis réalisés par les généralistes auprès de patients atteints d'asthme ou de maladies pulmonaires chroniques vivant dans des zones défavorisées.	Amélioration de l'observance des patients et réduction de l'aggravation de leur état de santé.



Dès le début de l'année 2001, une commission composée d'experts et de politiques appartenant aux différents partis a été réunie afin de définir des objectifs quantifiés et des recommandations [23]. L'objectif général, fondé sur l'objectif de l'OMS, est de réduire à l'horizon de 2020 de douze à neuf ans la différence d'espérance de vie sans incapacité entre les personnes de haut et bas statut socioéconomique, grâce à une forte augmentation de l'espérance de vie en bonne santé du groupe le plus défavorisé (qui doit passer de 53 ans à 56 ans d'ici 2020). Onze objectifs intermédiaires, quantifiables grâce aux données disponibles, ont également été définis, correspondant aux quatre stratégies d'actions choisies lors de la phase d'expérimentations [tableau III].

**TABLEAU III**
**Objectifs intermédiaires et recommandations pour réduire les inégalités sociales de santé aux Pays-Bas**

Objectifs intermédiaires	Recommandations
<b>Stratégie 1 : Améliorer la position socioéconomique des personnes les plus défavorisées.</b>	
Augmenter de 12 % en 1989 à plus de 25 % en 2020 le pourcentage d'enfants accédant à l'éducation secondaire dans les milieux défavorisés.	Poursuivre les politiques d'accès à l'éducation dans les milieux défavorisés.
Maintenir les inégalités de revenus au niveau de 1996.	Veiller à ne pas augmenter les inégalités de revenus, grâce à des politiques adéquates de taxation et de financement de la sécurité sociale.
Réduire de 10 % en 1998 à moins de 8 % en 2020 le pourcentage de ménages vivant avec un revenu inférieur à 105 % du « minimum social ».	Intensifier les politiques de lutte contre la pauvreté, en particulier à long terme, et les politiques de retour à l'emploi. Accorder des allocations supplémentaires aux familles dont la situation sociale peut avoir des conséquences néfastes sur la santé des enfants.
<b>Stratégie 2 : Réduire les effets des problèmes de santé sur la position socioéconomique.</b>	
	Soutien scolaire aux enfants ayant un absentéisme scolaire long ou régulier pour raison de santé.
Maintenir au niveau atteint en 2000 le montant des pensions d'invalidité en cas d'incapacité à travailler à cause de problèmes de santé liés au travail.	Maintenir le niveau des pensions d'invalidité pour les inactifs pour raisons de santé, en particulier en cas de maladies professionnelles.
Augmenter, de 48 % en 1995 à plus de 57 % en 2020, le pourcentage de personnes occupant un emploi rémunéré parmi les personnes âgées de 25 à 64 ans souffrant de maladies chroniques.	Adapter les conditions de travail pour faciliter la participation au travail des malades chroniques et personnes handicapées. Aider le retour à l'emploi des personnes bénéficiant depuis longtemps du minimum social par des interventions ciblant la santé.
<b>Stratégie 3 : Diminuer l'exposition aux facteurs de risques contribuant à l'effet de la position socio-économique sur la santé.</b>	
Diviser par deux les différences (entre les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur et les personnes ayant un niveau d'éducation primaire) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• de tabagisme, en réduisant le pourcentage de fumeurs chez les moins éduqués de 38 % en 1998 à moins de 32 % en 2020 ;</li> <li>• de sédentarité, en réduisant le pourcentage de personnes sédentaires chez les moins éduqués de 57 % en 1994 à moins de 49 % en 2020 ;</li> <li>• d'obésité en réduisant le pourcentage de personnes obèses chez les moins éduqués de 15 % en 1998 à moins de 9 % en 2020.</li> </ul>	Adapter les programmes de promotion de la santé aux besoins des personnes défavorisées (fruits dans les écoles primaires, taxe sur le tabac). Créer des programmes de promotion de la santé à l'école ciblant les comportements à risques (tabagisme en particulier) parmi les enfants de familles défavorisées. Introduire des programmes de promotion de la santé dans les programmes de régénération urbaine.

**TABLEAU III (suite)**

Objectifs intermédiaires	Recommandations
Diviser par deux les différences entre les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur et les personnes ayant un niveau d'éducation primaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'exposition à des conditions de travail néfastes à la santé, en réduisant chez les moins éduqués la proportion de personnes exposées à des contraintes, de 53 % en 1999 à moins de 43 % en 2020 ;</li> <li>• de contrôle sur le lieu de travail, en augmentant la proportion de personnes contrôlant l'exécution de leur travail parmi les moins éduqués, de 58 % en 1999 à plus de 68 % en 2020.</li> </ul>	Mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles pour réduire les contraintes liées au travail dans les emplois manuels.
<b>Stratégie 4 : Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.</b>	
Maintenir au niveau de 1998 [qui est faible aux Pays-Bas] les différences de consommation de soins (généralistes, spécialistes, dentistes, hôpital et pharmacie) entre les groupes de haut et bas niveau d'éducation.	Maintenir une bonne accessibilité financière aux soins aux personnes de bas statut socioéconomique. Réduire la pénurie de généralistes dans les zones défavorisées. Renforcer les soins primaires dans les zones défavorisées en employant plus d'auxiliaires médicaux, pour mettre en œuvre des programmes de prévention des maladies cardiovasculaires et améliorer les soins auprès des malades chroniques. Mise en œuvre de réseaux de soins locaux afin de prévenir l'exclusion des malades atteints de pathologies psychiatriques chroniques.

La commission a recommandé de mettre en œuvre seize politiques et interventions, soit quatre pour chaque stratégie, et d'évaluer leur impact [tableau III]. Leur coût n'a en revanche pas été estimé. La formulation des recommandations est souvent assez générale et appelle donc une déclinaison opérationnelle. Un des aspects originaux de la démarche, qui est spécifique aux Pays-Bas, est de souligner l'importance du maintien, en tant que tel, de certains acquis (par exemple : maintenir le niveau des pensions pour les inactifs pour raisons de santé et d'invalidité, maintenir une bonne accessibilité financière aux soins aux personnes de bas statut socioéconomique).

Le rapport, remis au Parlement fin 2001, a reçu une large audience, même si les politiques visant à réduire les comportements à risque ont été critiquées car elles étaient en désaccord avec le principe de responsabilité individuelle mis en avant sur ces questions en général aux Pays-Bas. La période d'instabilité politique, qui a suivi en 2002-2003, a ralenti le processus de mise en œuvre, mais, dans le cadre de la politique de la ville définie pour la période 2005-2009, des interventions sont menées au niveau local pour promouvoir la prévention du tabagisme, améliorer les conditions de vie et l'accès aux soins, notamment par la mise en place de réseaux locaux pour les patients atteints de troubles psychiatriques chroniques.

### **La Suède : une politique de santé publique, mais largement empreinte d'équité et faisant une part très large aux déterminants sociaux de la santé**

La Suède est un des pays qui a poursuivi de longue date une politique sociale fortement guidée par des objectifs d'équité [24].

Cependant, par rapport aux démarches britannique et néerlandaise, l'affichage de la stratégie suédoise est un peu différent : il ne s'agit pas d'une politique de réduction des inégalités en tant que telle, mais plutôt d'une politique de santé publique, imprégnée d'objectifs d'équité.

Le processus d'élaboration de cette politique, qui a abouti au vote d'une loi en avril 2003, a démarré en 1997 avec la mise en place d'une commission nationale de santé publique composée de représentants des différents partis politiques et d'experts, et chargée de définir des objectifs nationaux de développement de la santé et des stratégies pour les atteindre. La conception de la justice sociale sous-jacente à la réflexion se réfère à l'idée que la santé est une condition pour que chacun puisse exercer pleinement sa citoyenneté. Au terme de deux ans de travail appuyé par des rapports d'experts commandités pour la circonstance et relayé par une information publique régulière, un rapport préliminaire a proposé une liste d'objectifs assortis d'indicateurs [25]. Celui-ci a été soumis à une large concertation, et le rapport final a été rendu au gouvernement en 2000, sous le titre « La santé dans les mêmes termes pour tous : objectifs nationaux de santé publique ».

Les grands objectifs proposés sont au nombre de dix-huit et se déclinent en une cinquantaine de sous-objectifs [tableau IV]. Le choix de la commission a été de formuler des objectifs en termes de déterminants plutôt qu'en termes

**TABLEAU IV**

**Objectifs du rapport de la commission parlementaire « La santé dans les mêmes termes pour tous : objectifs nationaux de santé publique » en Suède (2000)**

Objectifs	Sous-objectifs
Un fort sens de la solidarité et un sentiment de communauté dans la société	<ul style="list-style-type: none"> <li>- réduction de la pauvreté</li> <li>- réduction de la ségrégation urbaine</li> <li>- des ressources supplémentaires dans les quartiers défavorisés</li> </ul>
Un environnement social soutenant les individus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- réduire l'isolement et l'insécurité</li> <li>- accroître la participation à des activités de loisirs et culturelles</li> </ul>
Sécurité et égalité des conditions de vie dans l'enfance pour tous	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un lien sûr parents-enfants</li> <li>- un système scolaire qui promeut la santé en renforçant la confiance en soi et les résultats</li> <li>- améliorer la santé mentale parmi les jeunes</li> </ul>
Un haut niveau d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- formation tout au long de la vie</li> <li>- chômage bas</li> <li>- pas de discrimination vis-à-vis des immigrés ou des personnes handicapées</li> </ul>
Un environnement de travail propice à la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adaptation de la demande de travail aux capacités physiques et mentales des individus</li> <li>- accroître les opportunités de développement professionnel</li> <li>- réduction des horaires excessifs</li> </ul>
Des espaces verts pour se ressourcer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- des espaces verts calmes et sûrs dans les quartiers résidentiels</li> <li>- des aires de jeu dans les crèches et les écoles</li> <li>- des espaces verts à proximité des résidences pour personnes âgées ou handicapées</li> </ul>
Un environnement sain dedans et dehors	<ul style="list-style-type: none"> <li>- réduire l'exposition au tabagisme passif</li> <li>- des intérieurs bien ventilés</li> <li>- des standards de construction incorporant des objectifs environnementaux</li> </ul>
Un environnement et des produits sûrs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sécurité de la maison et de la circulation</li> <li>- réduire les produits non sûrs et allergisants</li> </ul>

**TABLEAU IV (suite)**

Objectifs	Sous-objectifs
Plus d'exercice physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- à l'école et en relation avec le travail</li> <li>- pendant les loisirs</li> </ul>
De bonnes habitudes alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- augmenter la consommation de fruits et légumes et diminuer celle de graisses et de sucre</li> <li>- diminuer la prévalence du surpoids</li> <li>- accroître l'allaitement maternel</li> </ul>
Une sexualité sûre et confiante	<ul style="list-style-type: none"> <li>- réduire la prévalence des infections sexuellement transmissibles</li> <li>- réduire le nombre de grossesses non désirées</li> <li>- pas de discrimination liée à l'orientation sexuelle</li> </ul>
Une réduction du tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un départ dans la vie sans tabac à l'horizon 2010</li> <li>- diminuer de 50 % l'initiation tabagique avant 18 ans</li> <li>- diminuer de 50 % le nombre de fumeurs parmi les groupes de plus gros fumeurs</li> <li>- faire en sorte que personne ne soit entraîné à fumer contre son gré par son environnement</li> </ul>
Une réduction de la consommation d'alcool nuisible	<ul style="list-style-type: none"> <li>- réduction de la consommation totale</li> <li>- aucune consommation d'alcool en cas de grossesse, conduite automobile, au travail et dans les activités sportives</li> <li>- réduction des états d'ivresse</li> </ul>
Une société sans drogues	<ul style="list-style-type: none"> <li>- réduire l'accès aux drogues</li> <li>- et le nombre d'utilisateurs</li> </ul>
Un service sanitaire plus orienté vers la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- des interventions efficaces de prévention et de promotion de la santé au niveau de l'individu, du groupe et de la communauté</li> <li>- mieux coordonnées</li> <li>- faisant intervenir des méthodes avancées</li> </ul>
Une coordination des efforts sur la santé publique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- planification sanitaire au niveau des districts et des comtés</li> <li>- des stratégies sectorielles coordonnées au niveau national</li> <li>- un rapport parlementaire actualisé régulièrement sur la mise en œuvre de la politique</li> </ul>
Un investissement de long terme dans la recherche, les méthodes et la formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intensifier la recherche sur le rapport coût / efficacité des interventions</li> <li>- améliorer les méthodes pour gérer le travail en santé publique</li> <li>- accroître les formations en santé publique</li> </ul>
Une information sur la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- accessible pour tous</li> </ul>

de résultats de santé. Pour partie, il s'agit de déterminants sociaux généraux, très en amont du système de soins et de prévention : la cohésion sociale, la participation et la réalisation de soi, les conditions de vie dans l'enfance, le plein emploi, un environnement de travail ou d'habitat sain, des espaces verts pour tous ont ainsi été mis en avant comme des facteurs essentiels d'une amélioration de la santé de toute la population. Une série d'autres objectifs renvoie à la diminution des facteurs de risque liés aux comportements individuels : nutrition, exercice physique, tabac, alcool, sexualité, drogue. Ils sont complétés par des objectifs plus transversaux – une orientation plus volontariste des services de santé vers la prévention et la promotion de la santé, une meilleure coordination des efforts et des investissements de long terme dans la recherche, notamment pour éclairer les coûts et les bénéfices des interventions en matière de santé publique.

La politique de santé publique, telle qu'elle a été votée finalement en avril 2003, regroupe ces dix-huit thèmes en onze grandes orientations. Trois concernent le contexte économique et social général (participation et influence dans la

société, sécurité économique et sociale, sécurité et conditions de vie favorables pour les enfants et les adolescents) et sept des facteurs de risques collectifs ou individuels (une vie au travail plus saine, un environnement et des produits sûrs, une protection efficace contre les maladies transmissibles, une sexualité sûre, plus d'activité physique, de bonnes habitudes alimentaires et des aliments sûrs, une baisse des addictions), le dernier visant à rendre les services de soins « promoteurs actifs de la bonne santé ».

Si la stratégie ainsi énoncée n'est pas, contrairement au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, explicitement centrée sur la lutte contre les inégalités de santé, cette orientation est néanmoins sous-jacente dans beaucoup des objectifs retenus. Par exemple, le développement relatif à l'objectif 1 (participation et influence dans la société) fait ainsi explicitement référence aux travaux de recherche sur les déterminants psychosociaux des inégalités de santé. La loi sur la santé publique met ainsi au premier plan le renforcement de la démocratie, du capital social, la défense des droits des individus (lutte contre les discriminations vis-à-vis des femmes, des personnes handicapées et immigrées) pour améliorer la santé des groupes vulnérables et, partant, la santé globale du pays. L'objectif 2 – la sécurité économique et sociale – pose la question de la distribution de la richesse et de la pauvreté et de l'insécurité économique comme facteurs de mauvaise santé.

À la suite du vote de la loi en 2003, l'Institut national de santé publique a été chargé de proposer une liste d'indicateurs pour évaluer la loi. Si, de manière assez classique dans le cadre d'une politique de santé publique, certains indicateurs concernent la diminution de facteurs de risques dans l'ensemble de la population, comme par exemple « réduire de 1 % par an la proportion de fumeurs quotidiens et supprimer totalement la consommation de tabac chez les femmes enceintes et les jeunes de moins de 19 ans en 2010 » ou encore « diminuer la proportion d'adultes en surpoids sévère de 8 à 5 %, celle des enfants en surpoids modéré de 7 % à moins de 5 % », certains objectifs concernent plus directement les déterminants des inégalités sociales de santé. Ainsi, certains indicateurs portent directement sur la réduction de la pauvreté, comme « diminuer la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté à un niveau inférieur à 4 % (proportion de départ = 4,8 %) » ou « faire décroître le chômage de longue durée de 1,4 à 0,5 % ». D'autres indicateurs visent les répercussions de la maladie sur la situation socioéconomique, comme par exemple « accroître le taux d'emploi des personnes avec une maladie de long terme ou un handicap de 53 à 70 % ». Toutefois, le gouvernement a choisi finalement de ne pas définir d'objectifs quantifiés concernant le niveau de ces indicateurs [12].

L'évaluation réalisée en 2005 souligne l'intérêt de la formulation des objectifs en termes de déterminants de la santé et le besoin d'interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Celle-ci a toutefois mis en avant les difficultés rencontrées lors de la déclinaison opérationnelle de ces grands objectifs en plans d'action en raison notamment du manque d'une structure politique coordonnant l'action interministérielle requise pour l'atteinte de ces objectifs ainsi que du manque de coordination au niveau régional [26].

Les objectifs de la loi de santé publique ont été revus en 2008 par le gouvernement de centre droit nouvellement élu pour accorder un poids plus important à la responsabilité individuelle. Ainsi, ces derniers ont été recentrés autour du soutien aux familles, de la prévention des comportements à risques (tabac, alcool, drogue, nutrition et sédentarité, comportements sexuels à risque) et de la promotion de la santé par le système de santé et au niveau local. Par contre, la réduction des inégalités économiques en tant que telle ne semble plus faire partie des priorités de santé publique.

## CONCLUSION

L'expérience européenne indique donc que la surveillance des inégalités sociales de santé et l'accumulation des connaissances sur leurs causes constituent des préalables nécessaires à l'orientation des politiques et des programmes nationaux de santé vers la lutte contre les inégalités sociales de santé. En raison de l'importance des déterminants sociaux de la santé, la réduction des inégalités de santé appelle des politiques menées hors du système de santé visant à réduire les inégalités économiques et sociales. Toutefois, le financement et l'organisation du système de soins, primaires notamment, semblent des dimensions importantes pour garantir l'égalité d'accès effectif aux soins, au-delà de la question de l'accès formel, et amener les populations à une meilleure gestion de leur maladie.

La réduction des inégalités sociales de santé appelle donc des politiques complexes nécessitant de coordonner les actions des différents ministères et les services publics à différents niveaux, du local au national, au service d'un objectif consensuel de réduction des inégalités de santé, comme c'est aujourd'hui le cas en Grande-Bretagne. Or, cela n'est pas le moindre des défis, au regard des difficultés rencontrées par les Pays-Bas et la Suède lors de la phase de mise en œuvre des politiques de lutte contre les inégalités. Toutefois, l'expérience britannique montre que la définition d'objectifs quantifiés et opérationnels constitue une étape importante pour la coordination, le suivi et l'évaluation de ces différentes actions.

---

## Bibliographie

- [1] Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., *et al.* Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. *Questions d'économie de la santé*, 2005, n° 93 : 8 p.
- [2] Cambois E., Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives [Numéro thématique - Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007/01/23, n° 2-3 : p. 10-14.
- [3] Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T.A.J., Taylor S., Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 2008, vol. 372, n° 9650 : p. 1661-1669.



- [4] Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenof F., Geurts J.J. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *The Lancet*, 1997, vol. 349, n° 9066 : p. 1655-1659.
- [5] Van Doorslaer E., Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Economics*, 2004, vol. 13, n° 7 : p. 609-628.
- [6] Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., *et al.*, European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine*, 2008, vol. 358, n° 23 : p. 2468-2481.
- [7] McKee M. The European Union Health Monitoring Programme. *European Journal of Public Health*, 2003, vol. 13, n° 3 supplément.
- [8] Dahl E., Frtzell J., Lahelma E., Martikainen P., Kunst A., Mackenbach J. Welfare state regimes and health inequalities. In : Siegrist J., Marmot M., dir., *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Oxford (UK) : Oxford University Press, 2006 : p. 193-221.
- [9] Van Doorslaer E., Koolman X., Jones A.M. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics*, 2004, vol. 13, n° 7 : p. 629-647.
- [10] Gelormino E., Bamba C., Spadea T., Kunst A., Bellini S., Costa G. The effects of health care reforms on health inequalities: a review and analysis of the European evidence base. In : *Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach Eurothine*, Final Report. Rotterdam : University Medical Centre Rotterdam (Department of Public Health), 2007 : p. 524-544.
- [11] Or Z., Jusot F., Yilmaz E., European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Inégalités sociales de recours aux soins en Europe : quel rôle pour le système de soins ? *Revue économique*, 2009, vol. 60, n° 2 : p. 521-543.
- [12] Droomers M., Judege K., Mackenbach J., Kunst A., Klédiené R., Koskinen S., *et al.* Quantitative targets to reduce social health inequalities and tools to monitor progress in Europe. In : *Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach Eurothine*, Final Report. Rotterdam : University Medical Centre Rotterdam (Department of Public Health), 2007 : p. 546-566.
- [13] Mackenbach J.P., Bakker M.J. For the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *The Lancet*, 2003, vol. 362, n° 9393 : p. 1409-1414.
- [14] Whitehead M. Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective. *The Milbank Quaterly*, 1998, vol. 76, n° 3 : p. 469-92.
- [15] Mackenbach J.P., Bakker M.J., Sihto M., Diderichsen F. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In : Mackenbach J.P., Bakker M., dir. *Reducing inequalities in Health: A European Perspective*. Londres : Routledge, 2002 : p. 25-50.
- [16] Black D., Department of Health and Social Security. *Inequalities in Health. Report of a research working group [The Black Report]*. Londres (UK) : DHSS, 1980.
- [17] Acheson D. *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. Londres : The Stationery Office, 1998.
- [18] Department of health., *Reducing Health inequalities : an action report*. Londres : Department of health report, 1999.
- [19] Department of Health. *Tackling health inequalities: A Programme for Action*. Londres , Department of health report, 2003.
- [20] Melhuish E., Belsky J., Leyand A.H., Barnes J., National. Evaluation of Sure Start Research Team. Effects of fully-established Sure Start Local Programmes on 3-year-old children and their families living in England: a quasi-experimental observational study. *The Lancet*, 2008, vol. 372, n° 9650 : p. 1641-1647.

- [21] Stronks K. The Netherlands. In : Mackenbach J.P., Bakker M., dir. *Reducing inequalities in Health: A European Perspective*. Londres : Routledge, 2002 : p. 249-261.
- [22] Mackenbach J.P., Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *British Medical Journal*, 2002, n° 325 : p. 1029-1032.
- [23] Mackenbach J.P., Stronks K. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 2004, vol. 3, n° 11.  
En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC529300/> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [24] Burström B., Diderichsen F., Östlin P., Östergren P.O. Sweden. In : Mackenbach J.P., Bakker M., dir. *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. Londres : Routledge, 2002 : p. 274-283.
- [25] Ostlin P., Diderichsen F. Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case-study. *Policy learning curve series*, n° 1. Bruxelles : European Center for Health Policy, 2001 : 37 p.
- [26] Lundgren B. Experiences from the Swedish determinants-based public health policy. *Promotion and Education*, 2008, vol. 15, n° 2 : p. 27-33.