

Quelques expériences européennes

Agnès Couffinhal (OMS), **Paul Dourgnon** (IRDES), **Pierre-Yves Geoffard** (PSE), **Michel Grignon** (McMaster University), **Florence Jusot** (IRDES), **John Lavis** (McMaster University), **Florence Naudin** (CETAF), **Dominique Polton** (IRDES).



Plusieurs pays européens ont, dans les années récentes, élaboré des stratégies organisées pour réduire les inégalités de santé. C'est le cas notamment de la France, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Suède.



(1) Les quatre objectifs sont : réduire les décès évitables, réduire les incapacités évitables, améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et malades et réduire les inégalités face à la santé.

Mots clefs : inégalités de santé, santé publique, sociologie de la santé

Certains pays, comme le Royaume-Uni, se sont dotés d'emblée d'objectifs quantifiés à l'horizon 2010. D'autres ont démarré par un programme d'expérimentations locales soumis à des évaluations rigoureuses : c'est le cas des Pays-Bas. Partout des travaux sont développés pour mesurer l'efficacité des actions et ainsi éclairer les politiques.

En cohérence avec les résultats de la recherche, qui suggèrent que la réduction des inégalités de santé passe sans doute par une réduction des inégalités économiques, sociales et culturelles globales, les stratégies définies dans ces trois pays comportent des volets visant à agir sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, en amont du système sanitaire.

Elles comportent cependant également des actions qui mobilisent le système de santé, notamment au travers des dispositifs de prévention et de la médecine de soins primaires.

Après avoir rappelé le contexte français, nous présentons les stratégies proposées par les trois pays précurseurs, le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Suède, pour en tirer quelques enseignements en confrontant à la fois les processus d'élaboration et les contenus des politiques choisies pour réduire les inégalités sociales de santé.

En France, une politique orientée vers l'accès aux soins et la lutte contre les exclusions

En France, qui est pourtant le pays d'Europe où les différences sociales de mortalité prématurée sont les plus fortes (cf. article précédent), les inégalités sociales de santé correspondent à une préoccupation relativement récente.

Ce n'est qu'en 1994 que le Haut Comité de la Santé Publique nouvellement créé a évoqué leur réduction comme l'un des quatre objectifs à moyen terme proposés¹. Deux objectifs intermédiaires ont été envisagés : assurer des conditions de vie décentes aux personnes en situation très précaire et favoriser leur réinsertion sociale, et améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées.

En 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a posé la question du droit à la santé essentiellement sous l'angle de l'accès aux soins, en dépit des conclusions sur le rôle limité de ce facteur, formulées par le Haut Comité de la Santé Publique dans son rapport « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » en 1998.

Les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) destinés à améliorer l'accès aux soins curatifs, mais aussi préventifs, des personnes en situation de précarité, en ont été la traduction opérationnelle. Concertés et coordonnés au niveau régional et local entre les différents acteurs intervenant dans le secteur sanitaire et social, ils se sont efforcés de rechercher et mettre en oeuvre les adaptations au système de santé permettant d'en faciliter l'accès aux populations précaires. Les évaluations faites de ces dispositifs en tirent un bilan mitigé, malgré des actions innovantes et l'apport des dispositifs d'accueil spécifiques mis en place (Bernard Brunhes Consultants 2003, Fourcade et al., 2004). Des recommandations ont été faites pour les faire évoluer.

En 2000, la mise en place de la Couverture Maladie Universelle a constitué une avancée significative dans l'équité d'accès aux soins, en généralisant la couverture maladie de base à l'ensemble des personnes résidant en France de façon stable et régulière et en offrant une cou-



verture complémentaire gratuite, sous conditions de ressources, dont bénéficient près de 5 millions de personnes (Boisguérin, 2005). Ces bénéficiaires ont, à état de santé comparable, une consommation moyenne peu différente de l'ensemble de la population couverte par une complémentaire, même si l'on constate encore des différences de structure des soins (Raynaud, 2003). Il est en revanche plus difficile d'évaluer l'efficacité de cette mesure sur les inégalités sociales de santé car on ne dispose aujourd'hui pas de résultat de l'effet de la CMU sur l'évolution de l'état de santé des bénéficiaires.

● Vers une politique de réduction des inégalités sociales de santé

Pour importantes qu'elles soient, ces avancées récentes s'inscrivent dans la poursuite d'une vision qui, d'une part, centre la question des inégalités sur le seul problème de la précarité et, d'autre part, la considère essentiellement sous l'angle de l'accès aux soins.

La question des inégalités sociales de santé, en tant que telle, n'a pas constitué, jusqu'à récemment, un élément majeur du débat public. Par exemple, elle n'a pas été retenue parmi les priorités des États généraux de la Santé en 1999 (Lang et al., 2002).

Elle a suscité, en revanche, un intérêt croissant de la part de la communauté scientifique. Ainsi, l'INSERM a lancé à partir de 1997 un programme de recherche qui a abouti à deux ouvrages : « Précarisation, risques et santé » (Joubert et al., 2001), « Les inégalités sociales de santé » (Leclerc et al., 2000). Ces deux ouvrages proposent plusieurs voies d'explication des inégalités de santé, en dehors de l'accès aux soins, et le deuxième ouvrage met l'accent sur l'existence d'un gradient social de santé, au-delà de la question de la précarité.

La question des inégalités de santé en tant que telle apparaît dans le rapport d'objectifs de santé

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Objectif	Objectif préalable	Indicateurs	
Objectifs concernant le thème : <i>précarité et inégalités*</i>	33. Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.	Analyser les conséquences d'un effet « seuil » lié aux revenus sur le recours aux soins.	
	34. Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.	Identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine.	Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquêtes longitudinales de cohorte).

* Selon les thèmes, les objectifs ont été classés en différentes catégories : les objectifs quantifiables avec les données disponibles, ceux dont la quantification nécessite au préalable la production d'information d'ordre épidémiologique ou d'autres connaissances scientifiques, enfin les objectifs qui seront quantifiés après évaluation de programmes en cours ou de programmes pilotes. Ceux définis pour le thème « Précarité et inégalités » sont tous des objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.

Depuis une vingtaine d'années, des inégalités sociales de santé ont été constatées dans l'ensemble des pays d'Europe. Bien que tous ces pays aient signé en 1985 le principe de santé pour tous, défini par l'OMS-Europe, selon lequel, à l'horizon de l'an 2000, les différences d'état de santé entre pays et entre groupes au sein des pays devaient être réduites de 25 %, ces pays en sont aujourd'hui à des phases très différentes dans le processus de mise en place de politiques de lutte contre ces inégalités (Mackenbach et Bakker, 2003).

publique annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ce rapport met en avant, parmi les principes qui sous-tendent la politique de santé publique, celui de réduction des inégalités : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques. Parmi les 100 objectifs définis, deux concernent directement les inégalités (cfr. encadré). L'objectif 33 est de réduire les obstacles financiers à l'accès

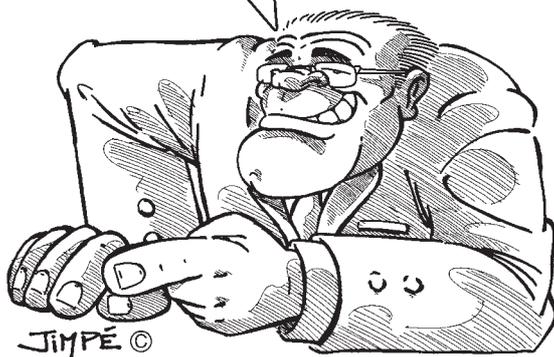
aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU. De ce point de vue, même si sa portée effective reste limitée, l'aide à la mutualisation, prévue dans la loi d'août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie, constitue une avancée dans le sens souhaité. L'objectif 34 est de réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires. Ce deuxième objectif peut s'analyser comme la première étape vers une politique de réduction des inégalités de santé – l'objectif préalable étant de travailler sur les instruments de mesure de ces inégalités.

Si cet objectif est amené à être traduit dans une stratégie globale, appuyée sur l'évidence scientifique et déclinée opérationnellement, il est intéressant d'analyser la démarche suivie par quelques pays européens qui se sont dotés d'ores et déjà de politiques volontaristes dans ce domaine. C'est notamment le cas du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Suède.

(2) Il s'agit d'une procédure budgétaire qui fixe les dépenses prévisionnelles des Ministères pour une période triennale, assorties d'objectifs d'amélioration des services publics correspondants.

Alors, réduire les inégalité de santé

Donc, primo : améliorer l'environnement : ça c'est fait, on a délocalisé toutes nos usines et donc, secundo : ils n'ont plus assez d'argent pour se payer des canc... heu... des clopes ! Et si on rajoute des regroupements familiaux vers les pays d'origine ...



Au Royaume-Uni : réduire de 10 % les ISS d'ici 2010

Le rapport Black (1982), devenu une référence, a été commandé en 1977 par le gouvernement travailliste et remis au gouvernement conservateur au début des années quatre-vingts. Le sujet a été écarté par celui-ci et est revenu au premier plan en 1997 lorsqu'un nouveau rapport a été commandé par le gouvernement travailliste venant d'être élu. Les recommandations de ce rapport Acheson, remises en 1998, ont souligné le rôle des déterminants sociaux et l'importance des politiques de réduction de la pauvreté et des inégalités de revenus (Acheson, 1998). 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 (Health inequalities : an action report, 1999).

● La définition d'objectifs quantifiés

Deux objectifs quantifiés concernant les inégalités de santé ont ensuite été sélectionnés en février 2001, parmi un ensemble d'objectifs de performance du système sanitaire et social. Le premier objectif est de réduire la différence de mortalité infantile entre la classe des travailleurs manuels et la population générale de 10 % à l'horizon 2010.

Le second concerne les inégalités géographiques : il s'agit de réduire de 10 %, au même horizon, la différence d'espérance de vie à la naissance entre le quintile des zones les plus défavorisées et la moyenne nationale.

En 2004, d'autres objectifs plus détaillés sont venus compléter les deux objectifs sur la mortalité infantile et l'espérance de vie (Spending Review 2004 Public Service Agreement²) :

- d'ici à 2010, diminuer de 40 % l'écart de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire entre les zones défavorisées et l'ensemble du pays ;
- d'ici à 2010, diminuer de 6 % l'écart de mortalité par cancer entre ces zones et l'ensemble du pays.

Les objectifs de service public 2004 comportent également des objectifs qui ciblent certains déterminants des inégalités de santé :

SOCIALES DE
SANTÉ

- soit directement : réduction de la prévalence du tabac de 26 % chez les travailleurs manuels (21 % chez les adultes en population générale),
- soit indirectement, les populations cibles étant plus fréquemment pauvres :
- diminution de 50 % des grossesses non désirées chez les moins de 18 ans,
- arrêt de l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants de moins de 11 ans.

Concernant les inégalités géographiques, les objectifs se réfèrent à un ensemble de zones identifiées comme ayant les plus mauvais indicateurs de santé et de pauvreté. Il s'agit des zones se situant dans le dernier quintile pour trois au moins des indicateurs suivants : espérance de vie à la naissance pour les hommes et pour les femmes, mortalité en dessous de 75 ans par cancer, par maladies cardio-vasculaires, indicateur composite de « défavorisation ». Quatre-vingt-huit groupes de soins primaires sont concernés. L'objectif de réduction des écarts d'espérance de vie se réfère désormais également à ces zones.

● Des programmes d'action

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 », 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. Les travaux interministériels en témoignent. 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 pla-

cées 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.

Mais le rôle du service national de santé dans la lutte contre les inégalités est aussi souligné comme essentiel, notamment dans les quartiers défavorisés. Les groupes de soins primaires (Primary Care Trusts) sont appelés à se mobiliser pour développer des actions de prévention orientées plus particulièrement vers des populations cibles : arrêt du tabac (un programme spécifique est organisé dans ce domaine), amélioration de la nutrition, promotion de l'allaitement maternel et de l'activité physique. Les acteurs des soins primaires sont invités à travailler en collaboration avec les associations. 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 maladies coronariennes (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 ministériel, 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 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, etc...).

● Vers une révision des critères d'allocation géographique des ressources ?

En parallèle, l'annonce a été faite d'une modification des critères d'allocations des enveloppes de dépenses entre régions et groupes de soins primaires. Les critères actuels, issus d'un long processus qui a démarré dans les années quatre-vingts, reflètent le principe de « à besoin égal, ressources égales ». Ces besoins sont définis en fonction d'indicateurs d'état de santé et de précarité de la population de la zone géographique. Un nouveau critère devrait être introduit, « contribuer à la réduction des inégalités évitables ». Une enveloppe de 130 millions de livres a été ainsi réservée aux zones géographiques dont la mortalité évitable est la plus élevée. Même s'il s'agit d'un montant modeste, le principe de cette discrimination positive introduit une certaine rupture par rapport à la philosophie antérieure³.

Au total, sur le papier, le programme défini par le Royaume-Uni est un des plus cohérents et des plus complets : affirmation forte du caractère inacceptable des inégalités et de l'engagement du Gouvernement à lutter contre elles, fixation d'objectifs quantifiés, déclinaison opérationnelle combinant des actions sur les déterminants sociaux et la mobilisation des services de santé, notamment à travers des mécanismes incitatifs. Reste à voir si cette démarche porte ses fruits, ce qui ne sera possible qu'avec un certain recul. En tout état de cause, on ne peut qu'être frappé par la multitude des objectifs, des cibles, des plans d'action, des indicateurs de performance qui sont proposés au National Health Service et l'on peut s'interroger sur sa capacité à les poursuivre tous.

(3) Certains chercheurs soulignent néanmoins qu'une politique de dotation spécifique aux zones défavorisées (qui, en fonction des critères de répartition actuels, ont déjà des allocations de ressources supérieures) suppose que ces dotations soient bien affectées à des interventions ciblées et reconnues comme efficaces pour réduire les inégalités (Shaw et Smith, 2002).

L'approche expérimentale des Pays-Bas

Aux Pays-Bas, le problème a émergé dans l'opinion en 1980 à la suite du rapport Black et du constat d'inégalités 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 étaient inacceptables et remettaient en cause la cohésion sociale (Stronks, 2002). Ainsi, dès 1985, le gouvernement a adopté l'objectif de l'OMS « la santé pour tous à l'horizon de l'an 2000 » et le ministère de la Santé a publié dès 1986 un rapport incluant un paragraphe consacré aux inégalités sociales de santé.

● Les expérimentations

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 été suivi d'un programme d'expérimentations qui s'est déroulé sur la période 1995-2001. Douze expérimentations locales ont été menées, afin d'évaluer l'impact sur les inégalités sociales de santé de différentes interventions.

Ces interventions ont été déclinées à partir de quatre stratégies :

- améliorer la position socio-économique des personnes les plus défavorisées : en donnant une allocation aux parents vivant dans la pauvreté ;
- diminuer les effets des problèmes de santé sur la position socio-économique : par la mise en place d'un soutien scolaire spécifique aux enfants fréquemment absents pour raisons de santé ;
- diminuer l'exposition aux facteurs de risque contribuant aux inégalités sociales de santé : par une réduction des contraintes physiques liées au travail et des modifications de l'organisation du travail visant à réduire le stress professionnel, par des campagnes de prévention de masse et des campagnes de prévention ciblées en milieu scolaire et dans les quartiers défavorisés (tabagisme, hygiène dentaire, nutrition durant la grossesse...)



- enfin, améliorer l'accessibilité et la qualité des soins : par la formation de réseaux de soins locaux afin de prévenir l'exclusion parmi les personnes atteintes de maladies psychiatriques chroniques, par l'éducation à la santé auprès de patients turcs atteints de diabète et par des soins infirmiers et un suivi réalisé par les généralistes de patients atteints d'asthme ou de maladies pulmonaires chroniques vivant dans des zones défavorisées.

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 (Mackenbach et Stronks, 2004). Sept des douze interventions envisagées ont eu des résultats positifs, deux n'ont eu aucun résultat, les trois autres n'ayant pas pu être évaluées. 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.

● Des objectifs quantifiés et des recommandations

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.

L'objectif général, fondé sur l'objectif de l'OMS, est de réduire à l'horizon de 2020 de 12 à 9 ans la différence d'espérance de vie sans incapacité entre les personnes de haut et bas statut socio-économique, grâce à une forte augmentation de l'espérance de vie en bonne santé du groupe le plus défavorisé. 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 (Mackenbach et Stronks, 2004) :

- réduire le nombre de ménages pauvres,



augmenter le pourcentage d'enfants défavorisés accédant à l'éducation secondaire et maintenir le niveau des inégalités de revenu au niveau de 1996 ;

- maintenir le niveau des pensions d'invalidité au niveau de 2000 et augmenter le pourcentage de personnes âgées de 25 à 64 ans occupant un emploi rémunéré parmi les personnes souffrant d'une maladie chronique ;
- réduire les différences entre groupes d'éducation, de tabagisme, de sédentarité, d'obésité, d'exposition à des contraintes physiques liées au travail et de contrôle sur le lieu de travail ;
- maintenir au niveau de 1998 les différences de consommations de soins entre groupes d'éducation.

La commission a recommandé de mettre en oeuvre seize politiques et interventions, soit quatre pour chaque stratégie, et d'évaluer leur impact (Mackenbach et Stronks, 2004). Leur coût n'a en revanche pas été estimé. La formulation des recommandations est souvent assez générale (par exemple : continuer les politiques favorisant l'accès à l'éducation des enfants de milieux défavorisés ou mettre en oeuvre des mesures techniques et organisationnelles pour réduire les contraintes liées au travail dans les emplois manuels) et appelle donc une déclinaison

raison 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 socio-économique).

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 oeuvre, mais quelques interventions ont été menées à grande échelle, comme la prévention du tabagisme en milieu scolaire et la mise en place de réseaux locaux pour les patients atteints de troubles psychiatriques chroniques.

La Suède : la santé dans les mêmes termes pour tous

La Suède est un des pays qui a poursuivi de longue date une politique sociale fortement guidée par des objectifs d'équité (Burström et al., 2002). En matière de santé, les inégalités semblent cependant être de même ampleur que dans la plupart des pays : 40 % de différence de mortalité entre travailleurs manuels et non manuels selon les travaux menés dans le cadre de l'Union européenne (Kunst et al., 2000).

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 très fortement 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 (Ostlin et al., 2001). 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. Le choix de la commission a été de formuler des objectifs en termes de déterminants plutôt qu'en termes 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 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



SOCIALES DE SANTÉ

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.

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, qui en situent l'origine dans la position des individus dans la société et le sentiment qu'ils ont de pouvoir influencer leur vie. La loi sur la santé publique met ainsi au premier plan le renforcement de la démocratie, du capital social⁴, 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.

La préoccupation de réduction de la pauvreté peut se lire dans les indicateurs de réussite retenus pour évaluer la mise en oeuvre de la loi. Dans le processus de réflexion qui a entouré sa préparation, des indicateurs de suivi ont été en effet élaborés, avec des propositions de cibles à atteindre, dont certaines visent directement la réduction des inégalités socio-économiques, comme par exemple : abaisser l'indice de concentration de la richesse⁵ en dessous de 0,25 ; diminuer la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté à un niveau inférieur à 4 % (proportion de départ = 4,8 %) ; faire décroître le chômage de longue durée de 1,4 % à 0,5 %. D'autres visent les répercussions de la maladie sur la situation socio-économique (exemple : accroître le taux d'emploi des per-

sonnes avec une maladie de long terme ou un handicap de 53 % à 70 %) ou la diminution de facteurs de risques dans l'ensemble de la population (exemples : diminuer la proportion d'adultes en surpoids sévère de 8 % à 5 %, celle des enfants en surpoids modéré de 7 % à moins de 5 % ; réduire de 1 % par an la proportion de fumeurs quotidiens, supprimer totalement la consommation de tabac chez les femmes enceintes et les jeunes de moins de 19 ans en 2010).

L'élaboration finale des indicateurs, en application de la loi votée en 2003, a été confiée à l'Institut national de Santé publique. Il ne semble pas que dans leur formulation actuelle, des cibles à atteindre aient été fixées concernant le niveau de ces indicateurs. Nous n'avons pas non plus trouvé de matériau publié sur une éventuelle déclinaison opérationnelle de ces grands objectifs en plans d'action. Compte tenu de leur caractère très transversal, ils sont susceptibles de mobiliser de nombreux départements ministériels. Certains soulignent d'ailleurs que même si l'Institut de Santé publique a un rôle de suivi des différentes actions sectorielles, le manque d'une structure politique coordonnant cette action interministérielle est certainement un point faible de la mise en oeuvre de cette stratégie, comme aux Pays-Bas.

Quels enseignements de ces expériences ?

Le Royaume-Uni et les Pays-Bas offrent deux exemples de politiques visant explicitement à réduire les inégalités de santé. L'approche suédoise – comme d'ailleurs l'approche française – est plutôt celle d'une politique de santé publique globale. Mais la préoccupation d'équité semble y tenir une place plus importante ; elle a fortement marqué les débats préparatoires et est au coeur de certains des objectifs visant des déterminants sociaux de la santé (capital social, sécurité économique...). La confrontation de ces différentes expériences amène quelques réflexions sur le processus d'élaboration des politiques de réduction des inégalités de santé sur leur contenu et leur impact.

(4) Au sens de Robert Putnam (2000), c'est-à-dire l'intensité des réseaux sociaux, des liens et de la confiance entre les individus dans une société.

(5) Cet indice est calculé à partir de la courbe de concentration des revenus. Il est d'autant plus élevé que la distribution de la richesse est inégale. Il est égal à 0 en cas de distribution parfaitement égalitaire.

● Le processus d'élaboration

Les processus d'élaboration et de mise en oeuvre des politiques de réduction des inégalités sociales de santé dans ces différents pays peuvent être analysés selon les phases proposées par Whitehead (1998) : mesure et prise de conscience des inégalités sociales de santé ; perception en tant qu'enjeu de politique publique ; volonté d'action et construction progressive d'une politique globale et coordonnée.

Selon cette grille d'analyse, le Royaume-Uni est le pays le plus avancé : après une prise de conscience au début des années quatre-vingts et la publication de plusieurs rapports, commandés par le gouvernement et indépendants, des politiques spécifiques et coordonnées ont effectivement été mises en oeuvre. Les Pays-Bas et la Suède apparaissent dans une phase de développement de politiques structurées, suivant des phases de production scientifique et de débat. La France est un peu moins avancée dans le processus dans la mesure où, comme on l'a dit plus haut, la question des inégalités sociales de santé en tant que telle n'est apparue que récemment comme un objet des politiques publiques, avec la loi de santé publique de 2004.

Le développement des connaissances permettant une mise en débat est indéniablement un préalable à la mise en place de telles politiques (Mackenbach et Bakker, 2003). Dans les trois pays, l'inscription de cette question sur l'agenda politique a été précédée et accompagnée d'importants travaux d'études et de recherche visant à documenter l'ampleur des inégalités, à faire le point des connaissances sur leurs déterminants, à construire une expertise sur l'efficacité des interventions possibles. Cette séquence est particulièrement claire aux Pays-Bas, avec une phase de recherche préalable, une phase d'expérimentations locales soumises à évaluation, puis une phase de proposition de politiques à grande échelle. La réflexion britannique a également été nourrie par un ensemble très important de recherches menées dans les années quatre-vingt-dix et, en Suède, quatorze groupes d'experts ont été chargés de rassembler l'évidence scientifique sur différents déterminants de santé. Cette demande de travaux de recherche ne s'interrompt d'ailleurs pas avec la publication des stratégies et programmes

finalement retenus, tant il est vrai que la connaissance scientifique est encore embryonnaire dans ce domaine. Un rapport récent de la Health Development Agency, récapitulant ce qui est démontré de l'efficacité des différentes interventions, fait ainsi apparaître beaucoup de zones d'ombre (Hunter, Killoran, 2004). C'est également ce diagnostic d'incomplétude qui a conduit la commission néerlandaise à recommander la poursuite des recherches à la fois descriptives et explicatives sur les inégalités sociales de santé.

Un deuxième facteur conditionnant l'émergence de la question des inégalités de santé sur l'agenda politique est le degré de consensus politique sur le caractère inacceptable de ces inégalités. Ce consensus semble avoir favorisé les processus néerlandais et suédois (même si dans ce dernier cas le parti conservateur ne s'est pas rallié à certaines propositions fortement liées à la politique sociale). La parenthèse du Gouvernement Thatcher sur cette question, après le rapport Black pourtant fortement médiatisé, le montre aussi a contrario. Un troisième aspect intéressant du processus d'élaboration des politiques dans ces trois pays est précisément l'importance de la réflexion politique en amont, très concertée, articulant expertise, implication des acteurs politiques, diffusion d'informations, consultation publique (comme au Royaume-Uni où les premières propositions gouvernementales ont été mises en débat lors de réunions régionales et de consultations écrites).

Une dernière similitude concerne le caractère très transversal des politiques définies qui impliquent l'action de différents départements ministériels et dès lors supposent une forte coordination politique et une implication gouvernementale au plus haut niveau, dépassant largement le ministère de la Santé : c'est sans doute la raison pour laquelle la politique britannique semble être celle qui réussit le mieux à articuler des programmes différents au service de la lutte contre les inégalités de santé.

Au-delà de ces fortes similitudes, on peut noter quelques différences d'approches :

- ainsi la démarche néerlandaise s'est plus apparentée jusqu'à présent à un programme d'expérimentation et de recherches, visant des objectifs variés afin de mesurer l'effecti-

SOCIALES DE
SANTÉ

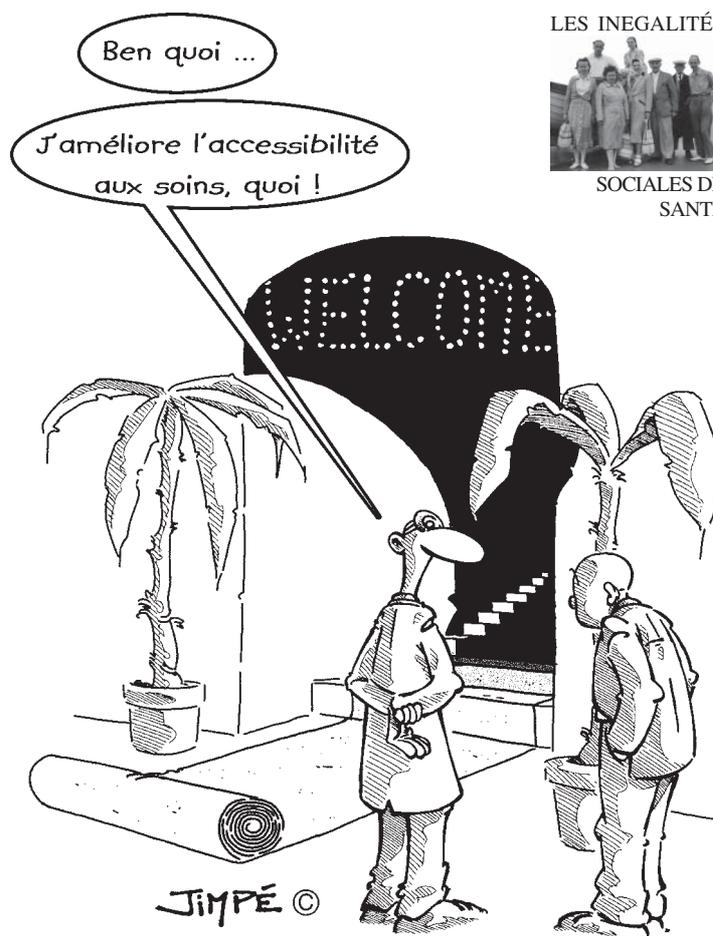
tivité et l'efficacité des différentes interventions, tandis que l'approche britannique semble plus directement opérationnelle : cherchant une concrétisation rapide, les politiques mises en oeuvre ont été définies sur la base de recommandations établies à partir des connaissances sur les déterminants et l'efficacité des interventions ;

- le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont fait le choix d'afficher un objectif très global de réduction des inégalités sociales de santé (respectivement 10 % en 2010 et 25 % en 2020) et des objectifs intermédiaires instrumentaux, tandis que la Suède n'a officialisé jusqu'à présent que des objectifs assez généraux et non quantifiés.

● Le contenu des politiques

On peut analyser le contenu des politiques retenues selon un double axe, défini par les déterminants des inégalités sociales visés et les populations ciblées (Mackenbach, Bakker, Sihto, Diderichsen, 2002). 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 intermédiaires visant l'exposition aux facteurs de risques médiateurs de l'effet de la situation sociale sur la santé. Par ailleurs, on peut distinguer les politiques universelles des politiques sélectives, visant soit les groupes sociaux défavorisés, soit les zones défavorisées, soit les groupes souffrant de la santé la plus dégradée. Les stratégies définies au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède combinent toutes des mesures en amont, des mesures intermédiaires et des mesures en aval. La qualité et l'accessibilité des soins sont surtout présentes dans les programmes britannique et néerlandais, moins en Suède. Au passage, rappelons que la France a mis l'accent sur l'accessibilité des soins curatifs et préventifs, même si elle mène aussi, parallèlement, des politiques de lutte contre la pauvreté ou les inégalités économiques (mais sans que celles-ci soient envisagées comme des leviers au regard de la problématique des inégalités de santé).

Un des aspects originaux de la démarche néerlandaise est de traiter non seulement de l'effet des inégalités sociales sur la santé, mais aussi de l'effet inverse, en incluant des actions visant



à réduire les effets de la santé sur le statut social : d'où les objectifs et interventions concernant le niveau des pensions d'invalidité, l'adaptation des postes de travail pour faciliter l'emploi des personnes handicapées ou souffrant de maladies chroniques ou le soutien scolaire aux enfants malades. Cette préoccupation apparaît aussi en filigrane de la politique suédoise : conforme à celui qui inspire sa politique dans d'autres domaines comme le handicap, un des principes fondamentaux qui sous-tend la réforme est que la société doit faire en sorte de réduire les conséquences de la mauvaise santé sur la capacité des individus de contrôler leur vie et de se réaliser. A cet égard, l'absence de discrimination sur le marché du travail est soulignée comme un objectif.

Aux Pays-Bas, une attention particulière est portée aux interventions visant à améliorer les conditions de travail. Par ailleurs, une autre originalité est que les objectifs proposés sont formulés en termes d'amélioration, mais parfois aussi de maintien des acquis. Ainsi le programme proposé recommande-t-il de veiller à la non-augmentation des inégalités de revenus, au maintien de l'équité de l'accès aux soins et de leur financement.

Enfin, les programmes d'action britanniques et

néerlandais combinent politiques nationales et interventions locales, en particulier à destination des zones défavorisées. La dimension de l'adaptation locale est particulièrement mise en avant au Royaume-Uni, avec les contrats locaux d'objectifs. Par ailleurs, ces programmes ne proposent pas d'action universelle mais des actions ciblées, notamment en faveur des enfants et des familles de bas statut social.

● Le rôle du système de santé

Si le rôle du système de santé est envisagé dans les trois pays, sa contribution est recherchée de manière un peu différente. La politique de santé publique suédoise met l'accent sur la nécessité, pour les services de soins (en particulier les soins primaires), d'évoluer pour mieux intégrer la dimension de la prévention et de la promotion de la santé dans les pratiques quotidiennes : elle exhorte les professionnels de santé, dont la proximité et le contact régulier avec les populations en font des relais essentiels, à développer leur fonction de conseil. Au Royaume-Uni, le système national de santé, et particulièrement les groupes de soins primaires, sont mis en avant comme un acteur majeur de l'ensemble du programme, qui s'appuie notamment sur la mise en oeuvre de recommandations de prévention et de traitement des pathologies prioritaires que sont le cancer et les maladies coronariennes. L'amélioration de l'accès aux soins dans les zones défavorisées est aussi un objectif explicite. C'est également une orientation forte du programme néerlandais qui propose un renforcement des soins primaires dans ces zones, notamment pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. Dans les deux cas, les soins primaires sont vus comme la pierre angulaire d'une action globale de prévention et de soins permettant d'amener une population à une meilleure gestion de sa santé. Il faut souligner que dans les trois pays, l'organisation du système de soins permet de prendre appui sur la médecine de première ligne pour relayer des politiques de réduction des inégalités : les soins primaires sont structurés et les professionnels ont déjà, au-delà du colloque singulier avec le malade, une responsabilité vis-à-vis de la population desservie, ce qui permet d'envisager des stratégies d'action

en direction de groupes défavorisés.

● L'impact des politiques

Le recul est insuffisant pour porter un jugement sur l'impact effectif, sur les inégalités sociales de santé, de ces politiques, définies récemment et dont la traduction opérationnelle se met en place. Quelques réflexions peuvent cependant être proposées :

- l'une en forme d'encouragement : qu'il s'agisse des expérimentations locales aux Pays-Bas ou de certains résultats obtenus au Royaume-Uni, ces expériences montrent que des interventions adaptées permettent d'atteindre au moins des objectifs intermédiaires ;
- ces interventions efficaces sont des interventions, en général ciblées, menées au sein et hors du système de soins ;
- l'autre en forme d'interrogation : dans les trois pays considérés, les politiques proposées ou mises en oeuvre supposent une mobilisation générale et coordonnée d'un ensemble de politiques publiques au service d'un objectif spécifique de réduction des inégalités de santé faisant l'objet d'un consensus entre les différents ministères et les services publics à différents niveaux, du local au national. Ce n'est pas le moindre des défis, comme le soulignent d'ailleurs les experts dans les différents systèmes (Mackenbach et Stronks, 2004 ; Ostlin et Diderichsen 2001). ●

Cet article est paru dans le numéro 93 de Questions d'économie de la santé (février 2005) et s'inscrit dans le prolongement de la communication présentée à la Chaire Quetelet 2003, qui fera l'objet d'une publication : Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F. (2004), Politiques de santé en Europe et inégalités sociales, L'élargissement de l'union européenne : enjeux et implications socio-démographiques, Actes de la Chaire Quetelet 2003.

La bibliographie peut être obtenue au secrétariat de la Fédération des maisons médicales.