

Réduire les inégalités sociales de santé : un défi pour l'Europe !

Les inégalités sociales de santé se creusent en France et dans les autres pays européens. Les vingt-sept pays membres de l'Union européenne ont planché, pendant quatre ans, sur les stratégies permettant de s'attaquer à ces inégalités. Ils ont aussi repéré dans chaque pays des « bonnes pratiques » en la matière. Ce programme intitulé « *Closing the gap* » vient de s'achever, un autre, intitulé « *Determine* », prend la relève.

Les inégalités sociales de santé – c'est-à-dire liées au statut socio-économique, occupationnel ou aux revenus – sont présentes dans l'ensemble des pays de l'Union européenne (1). Face à ces disparités qui ne cessent de s'aggraver au fil des décennies, la lutte contre les inégalités de santé est devenue un véritable défi pour la santé publique. En effet, s'il existe d'importantes données faisant état de ces disparités sur de multiples indicateurs de santé, les mécanismes producteurs de ces inégalités sont encore mal connus ; et l'on dispose de peu de connaissances sur les politiques, mesures et stratégies d'action à entreprendre pour réduire les inégalités en matière de santé. Les recommandations formulées dans les ouvrages les plus récents en la matière, et plus généralement dans les écrits scientifiques, demeurent très généralistes et rarement étayées par des exemples concrets d'interventions s'appuyant sur des mesures d'impacts (2).

Cette situation est en partie liée à la complexité du phénomène et à l'absence de modèles intégrés pour fonder les pratiques. Mais c'est surtout la diffi-

culté à apporter la preuve de l'efficacité des politiques et des actions conduites dans cet objectif qui fait obstacle à l'action. On est ici face à une problématique classique de l'évaluation des interventions de promotion de la santé, interventions qui, par nature, sont globales et étroitement dépendantes du contexte dans lequel elles se déroulent. Ce type d'intervention se prête souvent mal aux méthodes classiques de démonstration de l'efficacité (études expérimentales ou quasi expérimentales).

Identifier des stratégies d'action

C'est dans ce contexte que le projet européen « *Closing the gap* : stratégies d'action pour lutter contre les inégalités de santé en Europe » a vu le jour, en 2004. Un projet résolument tourné vers l'action.

« *Closing the gap* » a été cofinancé par la Commission européenne, en juin 2004, pour une période de trois ans. Le projet est coordonné par le Centre fédéral allemand d'éducation pour la santé (BZGA) en collaboration avec l'association EuroHealthNet, qui regroupe

trente-trois agences de santé publique ou de promotion de la santé issues de vingt-deux pays de l'Union européenne. Soutenu par un comité scientifique consultatif composé d'experts européens dans le domaine des inégalités de santé¹, le projet a réuni les agences nationales pour la santé publique et la promotion de la santé de vingt-deux pays², dont l'INPES.

Il avait pour principal objectif de développer et diffuser les connaissances à même de soutenir la mise en place de stratégies d'actions pour réduire les inégalités de santé au sein de l'Union européenne. Plus précisément, le projet visait à :

- développer une vision claire et partagée de ce que recouvrait le principe de réduction des inégalités de santé à travers un dialogue entre l'Union européenne et les différents partenaires nationaux et locaux ;
- dresser une typologie des pays membres de l'Union européenne en fonction de leur engagement dans la lutte contre les inégalités de santé et des moyens mis en œuvre à cette fin ;
- développer une base de données

européenne des « bonnes pratiques »³ issues des mesures/interventions locales ayant montré leur capacité à lutter contre les inégalités de santé.

Toutes les informations, productions et présentations issues du projet sont téléchargeables sur le site du projet : <http://www.health-inequalities.eu/>

Agir sur les déterminants sociaux

Face à ces inégalités de santé, on distingue généralement trois types de réponses politiques (3) :

- améliorer la santé des groupes défavorisés par des programmes ciblés ;
- réduire les écarts de santé entre les groupes les plus nantis et ceux les plus défavorisés ;
- prendre en compte l'ensemble du gradient social de santé, c'est-à-dire s'intéresser aux liens entre la position socio-économique et la santé à travers l'ensemble de la population.

Ces trois options ont en commun d'inclure une action sur les déterminants sociaux pour réussir et d'accorder une attention particulière aux publics les plus démunis. Elles présentent néanmoins de grandes différences quant aux effets attendus, présentant chacune des avantages et des limites qu'il serait trop long d'aborder ici.

Ce qu'il convient de retenir, c'est qu'il n'existe pas une stratégie meilleure que l'autre pour aborder le problème si complexe des inégalités de santé. Comme le souligne H. Graham (3), ces approches ne doivent pas être considérées comme étant concurrentielles. Le recours préférentiel à l'une ou l'autre de ces approches, ou encore combinant les trois, est étroitement lié au niveau de développement des pays, aux contextes locaux et aux besoins des populations. Quelle que soit l'approche retenue, il importera toujours de travailler en priorité sur les déterminants sociaux de la santé, afin d'amener la santé de toutes les couches sociales au niveau de celle des mieux nantis ; cela en mettant l'accent sur la santé « des plus défavorisés » pour que la santé de ces derniers s'améliore de façon plus significative et plus rapide.

Pour de meilleurs résultats, il est recommandé de combiner les actions tant en « amont » (sur les causes) qu'en « aval » (sur les conséquences) des

inégalités. Dans ces conditions, il est important de se fixer des objectifs ciblés et réalistes et de miser sur des résultats à long terme (4).

Une Europe diversement engagée contre les inégalités

Partant de ces principes, chaque pays participant a ainsi été amené, en collaboration avec ses principaux partenaires nationaux, à produire une synthèse de la situation nationale relative aux politiques publiques, aux acteurs et aux outils développés pour tenter de remédier aux inégalités de santé au niveau national. Les profils de vingt et un pays ont alors servi de base à l'établissement d'une typologie des politiques menées par les différents États membres afin de réduire les inégalités de santé (4). Cette classification reprenait le modèle de M. Whitehead (1998), qui identifiait le niveau d'avancement des pays dans la lutte contre les inégalités de santé sur un continuum allant d'une position de déni/indifférence pour le sujet à une réponse intégrée et coordonnée à l'autre extrémité du spectre.

Dans le rapport, quatre groupes de pays sont distingués en fonction du niveau de globalité et d'intégration de leur politique de santé publique :

- le premier groupe rassemble les pays qui ne disposent pas d'une politique explicite au regard des inégalités de santé mais qui mènent différentes actions liées aux déterminants sociaux de la santé à la fois au niveau national et local ;
- le deuxième groupe est composé de pays où il est possible d'identifier certaines mesures pouvant contribuer à

réduire les inégalités sociales de santé mais qui ne sont pas intégrées dans un plan d'ensemble. La France est classée dans ce groupe car, s'il existe bel et bien des politiques de lutte contre la pauvreté ou les inégalités économiques, aucune n'est envisagée comme un levier au regard de la problématique des inégalités sociales de santé. Dans ce contexte, la Commission nationale consultative des Droits de l'homme (5) soulignait que « l'action de la France pour parvenir à l'universalité du droit à la santé sur son territoire est limitée » ;

- le troisième groupe rassemble des pays qui ne disposent pas nécessairement de plan d'action visant à réduire les inégalités sociales de santé mais qui traduisent une forte préoccupation pour cette problématique à travers une politique de santé publique fortement imprégnée de principes d'équité ;
- le dernier groupe présente les quelques rares pays disposant d'un plan d'action coordonné et intégré se caractérisant par :
 - la définition d'objectifs quantifiés de réduction des inégalités de santé ;
 - un engagement et une action interministériels ;
 - des plans d'actions articulés construits à partir de thèmes prioritaires.

Une base européenne des bonnes pratiques

Comme déjà souligné en introduction, il existe encore très peu de données scientifiques sur lesquelles fonder nos actions dans un objectif de réduction des inégalités de santé. L'idée de baser les interventions en promotion de la santé sur des données probantes fait d'ailleurs l'objet de vifs débats dans le milieu de la recherche. Et, lorsque ces

données existent, elles présentent souvent une utilité limitée pour les acteurs de terrain soucieux de mettre en place des actions en vue d'infléchir la tendance. Ici, en effet, on tend à juger de l'efficacité des interventions à l'aide d'indicateurs de santé (ou des variables intermédiaires, comme par exemple le tabagisme) mesurés selon un protocole « avant-après », sans faire état des processus, des contextes ou encore des modalités d'interventions vraisemblablement impliqués dans les résultats observés. C'est pourquoi le volet du projet européen relatif à la constitution d'une base européenne de données de « bonnes pratiques pour lutter contre les inégalités de santé » mérite une attention particulière.

Sur le plan méthodologique, l'analyse des projets a été conduite au niveau national par les représentants institutionnels des pays à partir d'une liste de onze critères de qualité (exemple : participation du public, accessibilité de l'action, approche par lieux, diagnostic des besoins, pouvoir d'agir, partenariats, évaluation, pérennisation, etc.). Ont été retenus les projets qui pouvaient justifier du caractère exemplaire de leur action sur certains de ces critères. Ici, donc, l'accent est mis sur la qualité de la démarche (du processus) plutôt que sur la preuve de l'efficacité. Parmi les projets retenus, la très grande majorité ciblait les publics de faible statut socio-économique, en situation familiale qualifiée de « difficile » (exemple : familles monoparentales) ou résidant dans des quartiers défavorisés. Il s'agissait principalement d'actions mettant en œuvre une démarche d'éducation pour la santé, ciblant les déterminants individuels (exemples : comportements liés à la nutrition, le tabac, l'alcool, etc.), le système de santé ou l'insertion sociale. Parmi les constats à faire, on retiendra le peu de projets répertoriés sur des déterminants de la santé plus structurels, comme les conditions environnementales, l'environnement physique au travail ou à l'école et le logement. Aucune action n'avait prévu la réalisation d'études économiques (coût-efficacité).

Si la méthodologie de ce projet européen est discutable à certains égards, elle a le mérite d'amorcer une démarche de mutualisation des connaissances et des expériences à travers l'Europe,

directement utilisables par les promoteurs d'actions. Au-delà de la question récurrente du caractère transférable des pratiques, ce type de dispositif constitue un véritable outil d'aide à l'action susceptible de contribuer à améliorer la qualité des actions mises en place.

Une synthèse des travaux conduits sur les trois années du projet a été présentée au cours de la conférence de clôture, le 8 mai 2007, à Bruxelles (les présentations de cette journée sont téléchargeables sur le site). C'est au cours de cet événement que le rapport final du projet « *Taking action on health equity* » a été diffusé. Dans ce document figurent les orientations stratégiques ou les plans d'action de chacun des pays (ou agences) partenaires pour les années à venir. Il ne s'agissait pas là de « redéfinir » la politique nationale mais plutôt d'adopter des orientations ou des mesures réalistes et complémentaires à celles qui pouvaient préexister.

Pour succéder au programme « *Closing the gap* » (2005-2007), un nouveau projet européen intitulé « *Determine* » a démarré, à l'automne 2007, dans la continuité des travaux engagés. Son premier objectif est de stimuler l'action sur les déterminants socio-économiques de la santé pour une plus grande équité en santé. « *Determine* » est cofinancé par la Commission européenne et les instituts de promotion de la santé des pays participants. Il réunit trente partenaires ; en France, la direction générale de la Santé et la direction générale de l'Action sociale y participent ; l'INPES est largement impliqué. Dans la même logique que « *Closing the gap* », qui avait pour finalité l'échange de connaissances et la mise en œuvre de stratégies d'action, « *Determine* » vise à mettre à la disposition de tous les bonnes pratiques dans ce domaine. Le projet se compose de sept modules différents : la coordination du projet, la diffusion et le partage de l'information, l'évaluation, la mise en place et les activités du consortium, l'analyse des politiques des approches transférables qui prennent en compte les déterminants socio-économiques de la santé, l'identification et le pilotage d'approches innovatrices, la sensibilisation et le renforcement des capacités.

Anne Guichard

Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, INPES.

Pour en savoir plus

Un site Internet dédié vient d'être lancé : <http://www.health-inequalities.eu/>

1. D^r Joan Benach, université Pompeu Fabra à Barcelone ; P^r Hillary Graham, université York à Toronto ; D^r Andreas Mielck, Institut d'économie de la santé et de gestion des soins de santé à Neuberberg ; P^r Margaret Whitehead, université de Liverpool en Grande-Bretagne et D^r Eric Ziglio, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Rome.

2. Allemagne, Angleterre, Belgique, Danemark, Écosse, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Norvège, Pays-Bas, pays de Galles, Pologne, Portugal, République tchèque, République slovaque, Suisse.

3. Dans le cadre du projet, nous appelons « bonnes pratiques toute action mettant en œuvre une méthodologie ou un traitement spécifique jugé optimal eu égard aux résultats obtenus versus attendus. Ce terme suscite un intérêt particulier dans le domaine de la santé car il laisse ouverte la voie à l'innovation ou à la révision de l'action en question si nécessaire. En outre, dans le domaine des politiques de santé, il existe un intérêt tout particulier à échanger les meilleures pratiques, car, à l'inverse des entreprises commerciales, il n'existe pas d'intérêts concurrentiels poussant à les garder secrètes.

w Références bibliographiques

(1) Mackenbach J.P. *Health Inequalities: Europe in Profile*. London: An independent expert report commissioned by, and published under the auspices of the UK Presidency of the EU, 2005.

En ligne : <http://www.health-inequalities.org> (rubrique Publications)

(2) Dahlgren G., Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up (Part 2)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Studies on social and economic determinants of population health, No.3, 2007.

En ligne : <http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf>

(3) Graham H. *Tackling health inequalities in England: remedying health disadvantages, narrowing gaps or reducing health gradients*. Journal of Social Policy 2004; 33: 115-31.

(4) Judge K., Platt S., Costongs C., Jurczak K. *Health Inequalities: a Challenge for Europe*. London: An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU, 2006: 52 p.

En ligne : <http://www.health-inequalities.org> (rubrique Publications)

(5) Commission nationale consultative des Droits de l'homme. *Avis sur la préservation de la santé, l'accès aux soins et les droits de l'homme*, 2006.

En ligne : <http://www.cncdh.fr/article.php3?>