

Programmes globaux de lutte contre les inégalités de santé : analyse des cas anglais, néerlandais et suédois

Olivier Gillis, Département Recherche et Développement

Octobre 2008

Résumé

La problématique des inégalités de santé est caractérisée par le fait qu'il n'est pas uniquement question d'inégalités en matière d'accès aux services de soins de santé. En effet, les inégalités de santé renvoient également aux inégalités d'accès à l'enseignement, de revenu, de conditions de vie, de comportements alimentaires, etc.

Une piste de solution choisie par certains pays est la mise en place d'un programme global de lutte contre les inégalités de santé. Dans ce cadre, nous avons choisi de nous concentrer plus particulièrement sur trois pays : l'Angleterre, les Pays-Bas et la Suède. Dans la mesure où ces trois pays sont plus avancés que la Belgique dans la réflexion et la mise en place d'actions coordonnées de lutte contre les inégalités de santé, l'analyse de ceux-ci nous paraît intéressante.

Différentes étapes et facteurs de succès ont été épinglés :

- **Développement de recherches et études.** Celles-ci permettent d'évaluer l'ampleur des inégalités de santé, et donnent des preuves scientifiques objectives permettant de lancer le débat au niveau politique.
- **Inventaire des expériences de réduction des inégalités.** Avant même l'introduction d'un programme global, la plupart des pays mettent déjà en place des actions de lutte contre les inégalités de santé. Ces actions ne sont cependant pas spécialement étiquetées comme telles. D'où l'importance d'identifier et d'évaluer de manière systématique ces initiatives, de préciser les facteurs de succès, et de les faire connaître de manière structurée.
- **Elaboration de priorités et d'objectifs chiffrés.** Sur la base des informations théoriques et de terrain, il est important de définir des priorités, ainsi que des objectifs globaux et intermédiaires chiffrés. Ceux-ci sont un réel atout, dans la mesure où ils permettent de plus facilement mettre en place des actions concrètes, mais également d'évaluer ces actions.
- **Implication de tous les acteurs.** Le caractère transversal de la problématique implique qu'il est essentiel que la prise de décisions et d'actions se fasse de manière concertée : entre les acteurs politiques et les acteurs de terrain (via la diffusion d'informations, la consultation d'experts, d'associations de lutte contre la pauvreté, etc.), mais également entre les acteurs politiques eux-mêmes (coordination et implication des différents départements ministériels).
- **Création d'unités de coordination, d'évaluation, de soutien et de suivi.** Les acteurs impliqués étant très variés, il est essentiel de créer des unités chargées de centraliser et de rationaliser l'action.

Les quelques expériences européennes présentées tout au long de cet article nous amènent à penser que la mise en place d'un tel programme pour la Belgique n'est pas irréaliste, et surtout que les inégalités de santé ne sont pas une fatalité.

Mots-clés : inégalités sociales de santé, programme global, accessibilité, tabagisme, pratiques alimentaires, enseignement, emploi, facteurs de succès.

1. Introduction

La problématique des inégalités de santé, toutes les études en la matière le montrent, est caractérisée par le fait qu'il n'est pas uniquement question d'inégalités en matière d'accès aux services de soins de santé. En effet, quand on parle d'inégalités de santé, on doit également parler d'inégalités d'accès à l'enseignement, de revenu, de conditions de vie, de comportements alimentaires, etc.

Lutter contre les inégalités de santé suppose ainsi de lutter contre les inégalités sociales, et implique dès lors la coordination entre beaucoup d'acteurs : les différents ministères, que ce soit au niveau national, régional ou local, les associations de lutte contre la pauvreté, les services d'accompagnement des chômeurs, les partenaires sociaux, les prestataires de soins, les mutualités, etc.

Une piste de solution choisie par certains pays est la mise en place d'un programme global de lutte contre les inégalités de santé, impliquant tous ces acteurs. L'objectif de cet article est d'analyser comment ces programmes globaux ont été construits et mis en place, ainsi que ce qu'ils contiennent. Dans ce cadre, nous avons choisi de nous concentrer plus particulièrement sur trois pays :

- **L'Angleterre.** Elle est un des premiers pays à avoir réfléchi à la problématique des inégalités de santé, et est le plus loin dans l'élaboration et la mise en place d'un programme global de lutte contre celles-ci.
- Les **Pays-Bas.** Leur originalité est que l'élaboration de leur programme a été précédée d'une phase d'expérimentation.
- La **Suède.** Par rapport aux démarches anglaise et néerlandaise, la stratégie suédoise est un peu différente : 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.

Les différents programmes globaux ont en commun qu'ils abordent la question des inégalités de santé de manière transversale, en proposant des objectifs et des mesures ne se souciant pas uniquement de l'accessibilité et de la disponibilité des services de santé, mais également de toute une série d'autres facteurs distribués de manière inégale au sein de la population : conditions de logement et de travail, emploi, accès et réussite dans l'enseignement, intégration et réseau social, pratiques alimentaires, activité physique, tabagisme, etc.

Une piste de solution choisie par certains pays est la mise en place d'un programme global de lutte contre les inégalités de santé, impliquant tous ces acteurs.

2. Contextualisation

Angleterre :

- 1980 : publication du Rapport Black. Commandé en 1977 par le gouvernement travailliste, il constitue un des premiers rapports qui met en évidence le lien entre la position socio-économique et les taux de mortalité infantile, d'espérance de vie et d'utilisation des services de soins de santé.
- 1979-1997 : le parti conservateur est au pouvoir, les travaux relatifs aux inégalités sont gelés.
- 1998 : publication du Rapport Acheson. Commandé en 1997 par les travaillistes de retour au pouvoir, il souligne le rôle des déterminants sociaux et l'importance des politiques de réduction de la pauvreté et des inégalités de revenu.
- 1999 : publication d'un livre blanc présentant un plan de lutte contre les inégalités de santé.
- 2000 : publication du plan NHS qui va plus loin, en proposant des pistes de réduction des inégalités de santé en matière de mortalité infantile et d'espérance de vie.
- 2003 : publication, sur la base du plan NHS, d'un programme d'action transversal ambitieux de lutte contre les inégalités de santé : « **Tackling Health Inequalities : A Programme for Action** » (Supprimer les inégalités de santé : un programme d'action).
- 2007 : publication du dernier rapport d'évaluation du programme d'action : « Tackling Health Inequalities : 2007 Status Report on the Programme for Action ».

Pays-Bas :

- 1985 : le gouvernement adopte l'objectif de l'OMS « la santé pour tous à l'horizon de l'an 2000 ».
- 1989-1994 : programme de recherche visant à étudier la nature et les déterminants des inégalités socio-économiques de santé aux Pays-Bas.
- 1995-2001 : programme d'expérimentation sur le terrain et d'évaluation. Douze expérimentations locales ont été menées, afin d'évaluer l'impact sur les inégalités sociales de santé de différentes interventions.
- 2001 : publication du rapport « **Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen – Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de Programmacommissie SEGV-II** » (Diminuer les inégalités sociales de santé – Rapport final et recommandations politiques de la Commission SEGV-II). Celui-ci propose des mesures de lutte contre les inégalités de santé, et ce sur la base de l'évaluation du programme d'expérimentation.

Suède :

- 1997 : 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 (Couffinhal, 2007).
- 2000 : publication du rapport « Health on Equal Terms : National Goals for Public Health » (La santé à égalité : objectifs nationaux de santé publique). 18 grands objectifs, se déclinant en une cinquantaine de sous-objectifs sont fixés.

- 2002 : publication du document « **The Public Health Objective Bill** » (La loi pour les objectifs de santé publique). Les 18 objectifs sont répartis en 11 grandes orientations.
- 2003 : la loi pour les objectifs de santé publique est votée.
- 2005 : publication du premier rapport d'évaluation « The 2005 Public Health Policy Report » (Le Rapport 2005 de la politique de santé publique).
- 2007 : publication du document « A renewed public health policy » (Une politique de santé publique renouvelée). Ce document, actuellement uniquement disponible en suédois, propose différentes améliorations quant à la politique de santé publique originale.

3. Etapes ayant mené à l'élaboration des programmes globaux de lutte contre les inégalités de santé

L'élaboration d'un programme global de lutte contre les inégalités sociales de santé ne se fait pas en un jour. Il s'agit d'un travail de (très) longue haleine, qui nécessite l'intervention et la concertation entre un nombre important d'acteurs : le monde de la recherche scientifique, les différents niveaux de pouvoirs – national, régional et local –, les différents secteurs – la politique de santé, de l'emploi, de l'enseignement, etc. –, les acteurs de terrain (les associations de lutte contre la pauvreté, les services sociaux, les mutualités, mais également les écoles, les entreprises, les clubs sportifs, etc.), ...

Sur la base de l'analyse de différents pays européens, Whitehead – repris dans Couffinhal (2007) – a mis en évidence différentes étapes caractérisant le processus d'élaboration et de mise en œuvre de politiques et interventions de lutte contre les inégalités de santé :

L'élaboration d'un programme global de lutte contre les inégalités sociales de santé ne se fait pas en un jour.

Selon cette grille, l'Angleterre est le pays le plus avancé : après une prise de conscience au début des années quatre-vingt et la publication de plusieurs rapports, des politiques spécifiques et coordonnées ont été effectivement mises en œuvre. Les Pays-Bas et la Suède apparaissent dans une phase de développement de politiques structurées, suivant des phases de production scientifique et de débat (Couffinhal, 2007).

4. Politique globale et coordonnée de lutte contre les inégalités sociales de santé

Nous nous concentrerons tant sur le contenu des programmes globaux, que sur leur élaboration, leur mise en application et leur mode d'évaluation.

4.1. Elaboration d'objectifs globaux et intermédiaires

L'objectif de réduction des inégalités de santé devient clair lorsqu'on essaye de l'opérationnaliser en objectifs mesurables (généraux ou sous-objectifs). De manière générale, ceux-ci permettent de cibler des politiques et interventions bien définies, mais sont également un outil permettant d'évaluer celles-ci.

Idéalement, l'élaboration d'objectifs doit passer par les étapes suivantes (Mackenbach, 2002) :

1. évaluation de l'importance des inégalités de santé ainsi que de l'évolution de celles-ci au cours du temps (passée, et éventuellement future), mais également évaluation des éléments explicatifs de ces inégalités ;
2. inventaire des politiques et interventions possibles pour réduire ces inégalités ;
3. évaluation de l'impact de ces mesures ;
4. formulation d'objectifs réalistes.

Tableau 1 : Processus d'élaboration et de mise en œuvre de politiques et interventions de lutte contre les inégalités de santé

Etapes	Importance
1. Mesure et prise de conscience des inégalités sociales de santé :	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'évaluer l'ampleur des inégalités de santé. • Donne des preuves scientifiques objectives permettant de lancer le débat au niveau politique.
2. Perception des inégalités de santé en tant qu'enjeu de politique publique :	Un atout important pour lancer le processus de lutte contre celles-ci.
3. Volonté d'action et construction progressive d'une politique globale et coordonnée	<p>Le caractère transversal de la problématique implique qu'il est essentiel que la prise de décisions et d'actions se fasse de manière concertée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • entre les acteurs politiques et les acteurs de terrain : diffusion d'informations, consultations d'experts, d'associations de lutte contre la pauvreté, etc. • entre les acteurs politiques eux-mêmes : coordination et implication des différents ministères et niveaux de pouvoir.

Dans la plupart des pays, les étapes de recherche et de proposition d'interventions sont relativement évidentes. C'est moins le cas quant à l'évaluation de l'impact des différentes interventions proposées, étant donné que celles-ci sont des mesures de long terme. Ainsi, la plupart des interventions et actions mises en place n'ont été que partiellement évaluées.

Le cas néerlandais est particulier, en ce sens où l'élaboration du programme global de lutte contre les inégalités a été précédée d'une phase d'expérimentations locales (12) soumises à évaluation. Voici quelques résultats globaux obtenus (Couffinal, 2007) :

- les interventions sur les conditions de travail semblent efficaces ;
- les interventions locales ou ciblées semblent être à privilégier, tant pour la prévention que pour le soutien psychiatrique ou l'aide au malade ;
- les campagnes de prévention de masse semblent être peu efficaces.

Contrairement à la Suède qui n'a officialisé jusqu'à présent que des objectifs assez généraux et non quantifiés, l'Angleterre et les Pays-Bas ont fait le choix d'afficher des objectifs quantifiés globaux de réduction des inégalités sociales de santé.

Ces objectifs et indicateurs globaux ont été complétés par des objectifs et indicateurs intermédiaires. Il s'agit, pour chaque domaine d'action (accès aux soins de première ligne, comportements alimentaires, tabagisme, logement, emploi, etc.), de préciser les objectifs poursuivis ainsi que les indicateurs permettant d'évaluer les résultats obtenus. Sont repris ci-dessous, à titre d'exemples, les objectifs et indicateurs quant à l'accès aux soins, aux pratiques alimentaires et au tabagisme (nous avons choisi de reprendre ces thématiques plus particulièrement dans la mesure où il s'agit de domaines dans laquelle la mutualité est active) :

Tableau 2 : Objectifs et indicateurs quantifiés globaux en Angleterre et aux Pays-Bas

	Angleterre	Pays-Bas
Objectif global	Réduire les inégalités sociales de santé de 10 % à l'horizon 2010 .	Réduire les inégalités sociales de santé de 25 % à l'horizon 2020 .
Indicateurs globaux	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire de 10 % les inégalités en matière de mortalité infantile entre les travailleurs manuels et la population à l'horizon 2010 (et ce en commençant avec les enfants de moins d'1 an) ; • Réduire de 10 % les inégalités en matière d'espérance de vie à la naissance entre le quintile des zones les plus défavorisées (ayant les indicateurs en terme de santé et de privation les moins favorables) et la population à l'horizon 2010 (et ce en lançant les interventions localement). 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer l'écart d'espérance de vie en bonne santé de 12 à 9 ans entre les personnes ayant le statut socio-économique le plus bas et celles ayant le statut socio-économique le plus élevé.
Analyse	Indicateurs de mortalité	Indicateurs de morbidité
	Dans les deux cas, il s'agit d'améliorer la santé relative des personnes les moins favorisées. En effet, il s'agit d'améliorer la situation des groupes socio-économiquement les plus défavorisés relativement au reste de la population (ou avec le groupe le plus favorisé).	
Limites¹	<p>A ces indicateurs de type relatif, il paraît important d'y ajouter des indicateurs de type absolu, à savoir des indicateurs mesurant le niveau de santé absolu des personnes les plus pauvres (sans prendre en compte l'écart entre personnes favorisées et défavorisées). Ceux-ci permettent de directement mesurer le niveau de santé des personnes les plus pauvres, et dès lors constituent un outil d'évaluation important. De plus, ils permettent de fixer un niveau minimum qu'on vise à atteindre ou en dessous duquel on ne veut pas descendre.</p> <p>En outre, dans la mesure où la santé suit un gradient social, il paraît important de ne pas être trop sélectif, de ne pas se concentrer uniquement sur les populations les moins favorisées (même s'il faut s'occuper de celles-ci en priorité), mais également sur toute l'échelle socio-économique.</p>	

¹ Recommandations de l'OMS

Tableau 3 : Objectifs et indicateurs quantifiés intermédiaires en Angleterre et aux Pays-Bas

	Angleterre	Pays-Bas
Accès aux soins		
Objectifs et Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> Création de 250 centres de soins de première ligne (One Stop Centers) à l'horizon 2008 (dont 125 à l'horizon 2006), la priorité étant donnée aux zones les moins bien desservies – c.-à-d. les Primary Care Trusts (PCT) situés dans le quintile où les indicateurs sont les moins favorables -, ce par rapport à la moyenne nationale. <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de prestataires de soins de première ligne par 100.000 habitants. Taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Réduire le nombre de décès par cancer et par maladie cardio-vasculaire respectivement de 20 % et de 40 % chez les moins de 75 ans, plus particulièrement dans les zones (PCT) appartenant au quintile où le taux de mortalité est le plus élevé, ce par rapport à la moyenne nationale. 	<ul style="list-style-type: none"> Stabiliser au niveau de 1998 les différences en matière d'utilisation des soins de santé entre les personnes ayant un faible niveau de formation et les personnes ayant un niveau de formation élevé. <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de visites chez le généraliste, le spécialiste et le dentiste. Nombre d'admissions à l'hôpital. Niveau de consommation de médicaments prescrits.
Comportements alimentaires		
Objectifs et Indicateurs	<p>Les objectifs chiffrés concernent la mise en place de programmes. Par exemple, fin 2003, avoir introduit des initiatives '5-a-day' (voir plus loin) dans les PCTs appartenant au quintile le moins favorisé.</p> <p>Indicateur : Dans le quintile où les revenus des ménages sont les plus faibles, proportion des personnes consommant 5 (ou plus) fruits et légumes par jour.</p>	<p>Réduire le pourcentage de personnes ayant un surpoids important de 15 % en 1998 à 9 % ou plus bas en 2020 parmi les personnes ayant un faible niveau de formation.</p>
Tabagisme		
Objectifs et Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> Réduire la prévalence du tabagisme parmi les ouvriers à 26 % à l'horizon 2010. Réduire la prévalence du tabagisme parmi les femmes enceintes à 15 % à l'horizon 2010. 	<p>Réduire le pourcentage de fumeurs de 38 % en 1998 à 32 % ou plus bas en 2020 parmi les personnes ayant un faible niveau de formation.</p>

L'avantage de l'élaboration d'objectifs intermédiaires est qu'ils permettent de plus facilement opérationnaliser et guider l'action quant à la réalisation des objectifs globaux. De manière générale, on observe que l'Angleterre a été le plus loin dans la démarche, dans la mesure où les objectifs et indicateurs proposés sont les plus précis.

4.2. Interventions et actions

Les trois pays considérés proposent toute une série de pistes d'action pour atteindre les objectifs (quantifiés ou non) fixés. L'Angleterre est le pays qui va le plus loin dans la proposition de pistes d'action. En effet, pour chaque thème, sont mentionnés de manière très précise les programmes qui seront mis en place. Les Pays-Bas sont, par contre, les moins concrets. Ils proposent des pistes d'action très générales, mais pas vraiment de solutions pratiques. La Suède se situe à mi-chemin : elle propose des actions concrètes, mais ne propose pas vraiment de programmes structurés quant à la mise en application de ces actions.

L'Angleterre est le pays qui va le plus loin dans la proposition de pistes d'action.

4.2.1. Thématiques et stratégies d'action

Les interventions et actions sont, pour les trois pays considérés, classés par thématiques :

- **Angleterre** : les différentes mesures proposées sont réparties selon quatre axes d'intervention :
 1. Soutien aux familles, aux mères et aux enfants. Objectifs : améliorer la santé de la mère et de l'enfant, améliorer l'égalité des chances en matière d'enseignement, soutenir les mères adolescentes et diminuer leur nombre.
 2. Promotion de l'engagement communautaire et individuel. Objectif : mobilisation des communautés et individus les plus défavorisés, visant entre autre l'amélioration de leur environnement matériel ainsi que de leur bien-être.
 3. Prévention et accès à des soins efficaces. Objectifs : réduction du risque de mortalité et de morbidité par une prévention, une détection, une intervention et un traitement précoce, et par l'amélioration de l'accès à des traitements efficaces.
 4. Action sur les déterminants sociaux de la santé, entre autres : sur le logement et l'emploi.
- **Pays-Bas** : 11 objectifs quantifiés (dont certains sont présentés ci-dessus) sont répartis en quatre stratégies d'action (correspondant à ceux émis lors de la phase expérimentale) :
 1. Diminution des différences en matière de formation, de revenu et d'autres facteurs socio-économiques.
 2. Diminution des effets négatifs des problèmes de santé sur la formation, le statut socio-professionnel et le revenu.
 3. Diminution des effets d'un bas niveau de formation, professionnel et de revenu sur la santé.
 4. Amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins de santé pour les personnes issues de groupes socio-économiquement les moins favorisés.

- **Suède** : 11 objectifs sont répartis en trois domaines d'action :
 1. Structures sociales et conditions de vie : (1) améliorer le degré de participation et d'influence au sein de la société, (2) renforcer la sécurité économique et sociale, (3) s'assurer que les enfants et les adolescents grandissent dans des conditions de développement favorables.
 2. Cadre de vie et environnement : (4) améliorer les conditions de travail, (5) assurer un environnement et des produits (de tout type) sains et sûrs, (6) davantage axer le système de soins sur la promotion de la santé, (7) s'assurer d'une protection efficace contre les maladies contagieuses, (8) s'assurer de relations sexuelles sûres.
 3. Comportements et styles de vie ayant un impact sur la santé : (9) augmenter l'activité physique, (10) augmenter les bonnes pratiques en matière d'alimentation ; (11) réduire la consommation de tabac, d'alcool, de drogues, ainsi que les pratiques en matière de jeux de hasard.

Ces différentes interventions et mesures de réduction des inégalités de santé peuvent être réparties en quatre types de stratégie (Mackenbach, 2002) :

- Réduire les inégalités en matière de pouvoir, de prestige et de bien-être liées aux différentes positions socio-économiques. Ce type d'intervention implique d'agir sur les inégalités de revenu, d'accès à l'enseignement et de profession. Il s'agit de l'approche la plus fondamentale, dans la mesure où les inégalités sociales sont à la base des inégalités de santé.
- Réduire les effets de la santé sur la position socio-économique, et réduire les conséquences socio-économiques suite à la maladie. Ce type d'intervention fait référence au **modèle de sélection sociale**, qui part du principe que la bonne santé a un impact sur l'ascension sociale. Il implique notamment le renforcement du système de sécurité sociale, un meilleur accès au marché du travail pour les personnes malades chroniques, etc. Cette approche est moins investie par les différents programmes.
- Réduire les effets de la position socio-économique sur le risque d'être exposé à certains déterminants de la santé. Ce type d'intervention fait référence au **modèle des causes sociales**, qui est le plus développé dans la littérature abordant la problématique des inégalités de santé. Il implique l'amélioration des conditions matérielles (logement, environnement, etc.), psychosociales (réseau social, empowerment², etc.) et comportementales (entre autre par rapport au tabagisme, à l'alimentation et à l'activité physique).
- Réduire les effets sur la santé du fait d'être issu d'une classe sociale défavorisée en agissant sur le système de soins. Il s'agit entre autres de renforcer l'accessibilité financière par des mesures telles que le MAF ou l'OMNIO, d'améliorer l'accessibilité culturelle, en portant l'attention sur la communication entre les prestataires et les personnes issues de milieux défavorisés, etc.

² Le degré d'« empowerment » (littéralement le fait d'acquiescer et d'avoir un certain pouvoir) fait référence au degré de contrôle qu'un individu a dans la gestion de sa vie au quotidien, à l'étendue de sa liberté quant aux choix qu'il doit faire (étudier plutôt que travailler, avoir une certaine autonomie dans la gestion des ses tâches professionnelles ainsi que par rapport à ses collègues, etc.) (Gillis et Mertens, 2008).

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 position sociale sur la santé (Couffinhal, 2007).

Une bonne stratégie de lutte contre les inégalités de santé doit intégrer ces quatre types de mesures. Dans ce qui suit, nous avons choisi de présenter les pistes d'action pour les thématiques où la mutualité est active, à savoir l'accessibilité au système de soins et la prévention (en matière de comportements alimentaires, de tabagisme et d'activité physique). Seront aussi présentées quelques autres thématiques touchant à la position socio-économique et aux conditions de vie.

4.2.2. Accessibilité aux soins de santé

Alors que l'amélioration de l'accessibilité des services de soins de première ligne pour les personnes socio-économiquement défavorisées est une priorité dans le programme anglais, et dans une moindre mesure dans le programme néerlandais, la Suède met davantage l'accent sur le développement des soins préventifs. Elle n'aborde pas principalement la problématique de l'accessibilité des services de soins de première ligne en terme d'offre et de proximité.

Accessibilité aux soins de santé

Public cible

Les trois pays ciblent principalement les personnes habitant dans les zones et quartiers défavorisés, ainsi que les jeunes enfants et leurs parents.

Pistes d'action

Quartiers défavorisés : les deux pistes d'action principalement proposées concernent le renforcement de l'accessibilité des soins de première ligne, et l'amélioration de la manière dont les soins sont prestés aux personnes socio-économiquement défavorisées.

- **Accessibilité « physique »** : diverses mesures **d'amélioration de l'offre** sont proposées (rénovation des équipements et création de centres de soins, renforcement de la formation des prestataires de soins, diminution des files d'attente, etc.) mais également d'amélioration de la **proximité** de cette offre (création d'unités se déplaçant à domicile dans les zones rurales, partenariat avec les autorités responsables du réseau de transport, etc.).
- **Accessibilité culturelle** : les trois pays insistent sur l'importance de sensibiliser les prestataires de soins sur la manière de communiquer avec les personnes socio-économiquement défavorisées, notamment via des pôles de formation pour les prestataires dans les quartiers défavorisés.

Enfants et parents : Les trois pays proposent la mise en place de mesures plus spécifiques pour les jeunes enfants et leurs parents. Ces mesures visent également à améliorer l'accessibilité « physique » et culturelle des soins de première ligne.

L'Angleterre propose le programme le plus détaillé en la matière notamment via la mise en place des programmes « Sure Start ». Ceux-ci organisent des visites à domicile chez les parents d'enfants de moins de 6 ans afin de leur faire prendre conscience des besoins de leurs enfants, et de les informer et rediriger vers des services de soins adaptés.

Cas particulier

La Suède est un cas particulier en ce sens où elle axe sa politique davantage sur le renforcement de la prévention, plus que sur l'accessibilité « physique » des services de santé. En outre, elle propose également toute une série de mesures plus générales pour améliorer l'**accessibilité financière** des services de santé. Le programme défend le renforcement du système de sécurité sociale pour tous (limite la sélectivité). Plus précisément pour le secteur des soins de santé, le programme défend l'idée de l'importance de garantir à tous les citoyens un montant au-delà duquel ils ne doivent plus rien payer (cf. le système du MAF en Belgique).

Facteurs de succès

Les différents programmes ne se limitent pas à renforcer l'offre de soins dans les quartiers défavorisés, mais proposent également toute une série de mesures prenant en compte la situation particulière des personnes moins favorisées, que ce soit en matière de transport (pour les personnes habitant dans des quartiers isolés, pour les personnes ne pouvant pas se déplacer, etc.) ou en matière d'information et de communication (moins bonne connaissance du système de soins, de la langue nationale, etc.).

Limites

Les trois pays insistent tous sur l'importance de la manière de communiquer avec les personnes défavorisées, et dès lors de davantage sensibiliser et outiller les prestataires de soins en la matière, mais ne proposent pas vraiment de mesures concrètes.

4.2.3. Prévention : action sur les comportements face à la santé

Quand les trois pays considérés abordent la question de la prévention, les thèmes principalement abordés sont le tabagisme, les pratiques alimentaires et l'activité physique. Concernant ce dernier point, il est intéressant d'observer que certaines mesures proposées visant à renforcer l'activité physique sont davantage transversales, dans la mesure où l'activité physique est utilisée comme un moyen pour, entre autres, combattre l'exclusion sociale, réintégrer les jeunes dans le système scolaire ou encore sur le marché de l'emploi (voir point 4.2.4.)

Tabagisme	
Public cible	Globalement, les trois pays ciblent les groupes à revenus faibles. Plus spécifiquement, sont ciblés les enfants et leur entourage (femmes enceintes et parents), les jeunes, ainsi que certains groupes ethniques minoritaires.
Pistes d'action	<p>Générales : trois pistes d'action globale pour lutter contre le tabagisme reviennent le plus souvent : augmenter les accises sur le tabac (incitant financier), davantage informer quant aux effets néfastes du tabac (via les mass-médias mais également les services de santé), développer le soutien de la part des services de santé pour les personnes voulant arrêter de fumer.</p> <p>Ciblées : le groupe sur lequel se concentrent le plus les trois pays considérés est les enfants et les jeunes, que ce soit via l'école, les services de santé pour les mères et leurs enfants, mais également via des politiques plus globales (interdiction de fumer dans les services pour les enfants et les jeunes, renforcer l'interdiction de vente de tabac pour les jeunes, etc.).</p> <p>Une autre tendance quant à la lutte ciblée contre le tabagisme est la prévention et le développement de services d'aide pour arrêter de fumer dans des lieux spécifiques non directement liés au système de santé comme les usines, les associations pour immigrants, les syndicats, les prisons, etc.</p>
Cas particulier	Outre le tabagisme, la Suède a également développé tout un programme de lutte contre d'autres type d'assuétudes, comme l'alcool et la drogue.
Facteurs de succès	<ul style="list-style-type: none">• Les actions ne sont pas uniquement globales, mais également ciblées sur des groupes bien spécifiques, ce qui permet de développer des outils sur mesure.• Ne sont pas uniquement impliqués les services du système de santé, mais également d'autres acteurs comme les usines, les entreprises, les écoles, les associations pour immigrants, etc. ce qui permet de plus facilement atteindre les personnes socio-économiquement défavorisées.
Limites	Les politiques globales ne sont pas suffisamment adaptées pour les personnes défavorisées, que ce soit au niveau du développement de moyens de communication spécifique avec ces groupes, ou au niveau de l'augmentation de la charge financière via les accises.

Pratiques alimentaires

Public cible	Les trois pays ciblent principalement les quartiers pauvres, les enfants et les jeunes, ainsi que certaines communautés. Sont également visées les personnes âgées et en invalidité.
Pistes d'action	<p>Générales : Outre le soutien et le développement de l'information quant au lien entre santé et alimentation, une piste d'action globale est de passer par l'industrie alimentaire. Il s'agit notamment de mieux visibiliser les produits bons pour la santé en y apposant un label de qualité (cf. Projet '5-a-day' en Angleterre), de soutenir le marketing de ces produits, de s'assurer de la qualité de la nourriture servie par les branches de restauration à destination notamment des entreprises, etc.</p> <p>Ciblées : Conscientisation à la bonne alimentation et amélioration des pratiques alimentaires dans les écoles (notamment via le service de menus sains, d'un fruit par jour par élève, etc.), s'assurer de la qualité de l'alimentation dans le cadre du secteur des soins et de la santé (hôpitaux, maisons de repos, etc.).</p>
Cas particulier	Les Pays-Bas revendiquent une approche communautaire, ciblée sur les quartiers défavorisés, en faisant de la participation et de l'empowerment de la population l'élément central du développement de mesures visant à changer les comportements (en matière de pratiques alimentaires, mais également de tabagisme et d'activité physique).
Facteurs de succès	<ul style="list-style-type: none">• Approche globale de la problématique : sont également impliqués les acteurs de l'industrie alimentaire.• Conscientisation dès le plus jeune âge, via les écoles.• Approche participative, communautaire.
Limites	La plupart des pistes d'action proposées sont certes ciblées, mais peut-être pas suffisamment encore sur les personnes socio-économiquement défavorisées.

4.2.4. Action sur la position socio-économique et les conditions de vie

Enseignement

Pistes d'action	<p>L'Angleterre propose le programme le plus complet en matière d'enseignement, ciblé sur les quartiers défavorisés. Globalement, celui-ci vise :</p> <ul style="list-style-type: none">• à identifier les enfants et les jeunes risquant l'exclusion sociale (notamment en diminuant le taux d'absentéisme à l'école) ;• à réintégrer les jeunes dans le système scolaire, de la formation ou de l'emploi ;• différents programmes spécifiques sont mis en place pour y arriver. Le sport y occupe une place importante, et toute une série de mesures sont proposées pour le promouvoir : renforcement du réseau d'écoles sportives, développement et amélioration des équipements de sports dans les écoles, etc. <p>Les Pays-Bas ont une approche plus globale du problème, et veulent :</p> <ul style="list-style-type: none">• continuer à diminuer, via leur politique d'enseignement (en place depuis une dizaine d'années), le lien qui existe entre milieu d'origine et réussite scolaire (plus précisément : augmenter le pourcentage d'enfants, issu d'un ménage où le travailleur le plus âgé est non qualifié, accédant à l'enseignement secondaire et supérieur). <p>La Suède ne propose pas vraiment de politique en matière de réduction des inégalités dans le cadre de l'enseignement, mais se concentre plutôt sur la promotion de la santé à l'école. Elle propose notamment :</p> <ul style="list-style-type: none">• d'intégrer la promotion de la santé en tant que compétence dans la loi scolaire et de mieux former les enseignants en la matière ;• la création de davantage d'aires de jeux à proximité des écoles.
Facteurs de succès	<ul style="list-style-type: none">• Lien qui est fait entre accès à l'enseignement, milieu d'origine et intégration sociale.• Importance donnée au milieu scolaire comme moyen privilégié pour développer des bonnes pratiques en matière de santé.

Emploi

Pistes d'action

Trois types de pistes d'action reviennent dans les différents programmes d'action quant à la réduction des inégalités en matière d'emploi :

o Permettre aux personnes exclues du marché du travail (plus particulièrement : les personnes invalides et handicapées, les chômeurs de longue durée, les personnes ayant des problèmes de santé - notamment les malades chroniques -, les personnes immigrées), de plus facilement réintégrer celui-ci. Pistes d'action :

- créer et développer l'emploi pour les personnes en invalidité, notamment en adaptant les conditions de travail à leurs capacités ;
- développer les possibilités et l'accessibilité à la formation pour adultes ;
- développer des centres d'accompagnement dans la recherche d'un emploi, plus particulièrement dans les quartiers défavorisés ;
- développer la collaboration entre les institutions de soins et les services sociaux et d'accompagnement ;
- renforcer l'offre d'enseignement de la langue nationale.

o Améliorer les conditions physiques et psycho-sociales de travail, en général (Suède), et plus spécifiquement pour les personnes ayant un faible niveau de formation (Pays-Bas). Pistes d'actions :

- Conditions **physiques** de travail : promouvoir l'utilisation de contrats à durée indéterminée, augmenter les possibilités de travail flexible, diminuer la charge de travail par personne, etc. Les Conventions collectives de travail sont un bon cadre pour la mise en place de ces mesures.
- Conditions **psycho-sociales** de travail : augmenter la capacité d'influence (individuelle et collective) que les employés ont dans leur travail. Ce point est considéré comme tout aussi important, mais toutefois moins de pistes d'action concrètes sont proposées.

o Stabiliser le niveau des inégalités de revenu entre les différentes couches sociales (Pays-Bas).

Facteurs de succès

- Responsabilisation, activation et empowerment des personnes ayant des difficultés d'accès au marché du travail.
- Développement de réseaux pour mieux réintégrer les personnes moins favorisées sur le marché du travail.
- Travail sur la structure du marché du travail en faveur de ces personnes.
- Stabilisation des conditions actuelles (éviter au moins la dégradation).

Logement et environnement

Pistes d'action

• **Logement** : la plupart des mesures proposées concernent l'amélioration de la qualité sanitaire et de vie des logements (et plus particulièrement des logements sociaux). Exemple d'un autre type de piste d'action proposée : rendre les combustibles accessibles à tous les ménages.

• **Environnement** : il s'agit essentiellement de rendre les lieux publics (et plus particulièrement les quartiers défavorisés) plus propres, plus sûrs, plus verts, et de davantage développer des aires de jeux pour les enfants et les jeunes.

Facteurs de succès

- Politique d'amélioration de la qualité de vie ciblée sur les personnes vivant dans les quartiers défavorisés.

4.3. Mise en application et évaluation

Ce n'est pas tout de proposer des pistes d'action, encore faut-il responsabiliser les acteurs quant à la mise en place de ces actions.

Le pays le plus avancé en la matière est l'Angleterre. Pour chaque piste d'action, sont précisés les acteurs responsables de la mise en place des interventions. La Suède a elle aussi défini les responsabilités de chacun, mais est moins loin dans la mise en application de son programme. Enfin, les Pays-Bas n'ont pas encore réellement défini les responsabilités de chacun, ni mis complètement leur programme en application. Même si les trois pays ne sont pas tous aussi loin dans la mise en application de leur programme de lutte contre les inégalités, la démarche de chacun est relativement similaire.

Même si les trois pays ne sont pas tous aussi loin dans la mise en application de leur programme de lutte contre les inégalités, la démarche de chacun est relativement similaire.

Dans ce qui suit, nous nous concentrerons plus précisément sur l'analyse des **cas anglais et suédois**. L'objectif n'est pas de préciser pour chaque pays qui fait quoi, mais plutôt de déterminer les facteurs de succès liés à la mise en place et à l'évaluation d'un programme national.

4.3.1. Points communs dans la mise en application et facteurs de succès identifiés

- Tous les niveaux de pouvoir (national, régional et local) sont impliqués et leurs actions sont coordonnées.

L'Angleterre et la Suède insistent tous deux sur l'importance d'établir une ou plusieurs unités au sein du gouvernement, qui ont pour responsabilité de diriger le programme national, et de s'assurer que les différents ministères et départements prennent leurs responsabilités. Ces unités doivent entre autres s'assurer que les différents ministères et départements (au niveau national, régional et local) prennent en compte les effets des mesures mises en place sur la santé. À noter que le Ministère de la santé publique y joue un rôle important.

En Suède, ce rôle est pris en charge par un groupe exécutif national des enjeux en matière de santé publique, dirigé par le Ministre de la santé publique.

Outre la gestion de la mise en place du programme, le niveau national est également responsable quant à l'évaluation continue. Ce rôle d'évaluation continue est également centralisé au sein d'une unité. L'exemple le plus clair en la matière est le cas suédois. Le rôle de suivi et de conseil est pris en charge par l'Institut National de Santé Publique (SNIPH). Son rôle est essentiellement de conseiller les comtés (niveau régional) et

les municipalités (niveau local) quant à la mise en place des différentes mesures proposées par le programme national. Il a également pour tâche de produire des données statistiques, afin d'outiller les comtés et les municipalités quant à l'évaluation des politiques menées.

- La mise en place du programme au niveau local par les différents acteurs (autorités locales, structures de soins de première ligne, écoles, bénévoles, etc.) est fortement coordonnée et basée sur la coopération.

En Angleterre, les premières propositions gouvernementales ont été mises en débat lors de réunions régionales et de consultations écrites. Le degré de concertation ayant mené à leur programme national de lutte contre les inégalités a été le plus important, ce qui explique en partie le fait que la politique anglaise semble être celle qui réussit le mieux à articuler différents programmes au service de la lutte contre les inégalités de santé.

La mise en place du programme est coordonnée au niveau local par un Partenariat Stratégique Local (LSP – Local Strategic Partnership), dans le cadre duquel les différents acteurs travaillent à la mise en application du programme national. Les acteurs clés faisant partie des LSP sont les autorités locales et les Primary Care Trusts (PCT).

- Les structures de soins de première ligne ont une responsabilité relativement importante. Ils sont vus (surtout en Angleterre) 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 (Couffinhal, 2007).

En Angleterre, le NHS, et plus particulièrement les PCT, sont mis en avant comme un acteur majeur de l'ensemble du programme, qui s'appuie notamment sur la mise en œuvre 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 est également un objectif explicite (Couffinhal, 2007).

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 (Couffinhal, 2007).

- Il est essentiel d'évaluer de manière continue les inégalités de santé par la publication régulière de rapports. Outre le fait de constituer un outil utile pour les différents acteurs impliqués dans la lutte contre les inégalités de santé, la publication régulière de résultats en la matière permet également de maintenir la problématique à l'agenda politique.

4.3.2. Impact des politiques (Couffinhal, 2007)

Le recul est insuffisant pour porter un jugement sur l'impact effectif de ces politiques, définies récemment et dont la traduction opérationnelle se met en place. On peut cependant émettre quelques conclusions et réflexions :

- les expériences faites aux Pays-Bas ainsi que certains résultats obtenus en Angleterre montrent que des interventions adaptées permettent d'atteindre au moins des objectifs intermédiaires ;
- ces interventions efficaces sont en général des interventions ciblées, menées au sein et hors du système de soins ;
- la mise en œuvre des programmes globaux supposant la mobilisation des beaucoup d'acteurs différents, il s'agit d'un énorme enjeu nécessitant beaucoup d'échanges, et donc de temps.

5. Conclusion

La problématique des inégalités de santé est vaste. En ce sens, la mise en place d'un programme global de lutte contre les inégalités est une solution intéressante. Suite à l'étude des cas anglais, néerlandais et suédois, quels sont éléments à retenir, si nous aussi, au niveau de la Belgique, nous voulons construire un programme global de lutte contre les inégalités ? Différentes étapes et facteurs de succès ont été épinglés :

- **Développement des recherches et études.** Les enquêtes de santé de 1997, 2001 et 2004 sont les premières études chiffrant les inégalités de santé pour la Belgique. En septembre 2008, la Mutualité chrétienne a également produit des données chiffrées en la matière. Ces efforts doivent être poursuivis, afin de mieux comprendre la problématique, et de pouvoir mesurer à long terme l'évolution des inégalités de santé.
- **Inventaire des expériences de réduction des inégalités.** Même si la Belgique n'a pas, en tant que tel, de programme global de lutte des inégalités de santé, il n'en demeure pas moins qu'il existe de nombreuses initiatives qui sont mises en place. En effet, en parcourant les quelques pistes d'action présentées tout au long de cet article, on s'apercevra que dans bien des cas, la Belgique fait déjà des choses. Dans une perspective d'avenir, il paraît important d'identifier et d'évaluer de manière systématique l'efficacité de ces initiatives, d'épingler les facteurs de succès, et de les faire connaître de manière structurée. La Fondation Roi Baudouin (FRB) a déjà fait un tel exercice via la publication : « Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé. 1995-2006 ».
- **Elaboration de priorités et d'objectifs chiffrés.** Sur la base des informations théoriques et de terrain, il paraît important de définir des priorités ainsi que des objectifs globaux et intermédiaire chiffrés. Ceux-ci nous semblent être un réel atout, dans la mesure où ils permettent de plus facilement mettre en place des actions concrètes, mais également d'évaluer ces actions. Nous pouvons également faire nôtres ou nous inspirer des objectifs et recommandations de l'OMS (voir encadré ci-après)

- **Implication de tous les acteurs.** Cette démarche de recherche et d'action doit se faire en concertation avec tous les acteurs politiques et de terrain, que ce soit au niveau national, régional ou local. On peut penser notamment aux différents Services Publics Fédéraux (SPF), aux différents gouvernements (fédéral, communautaires et régionaux), aux associations de lutte contre la pauvreté, aux CPAS, aux mutualités, aux écoles, aux partenaires sociaux (patronat et syndicats), etc.
- **Création d'unités de coordination, d'évaluation, de soutien et de suivi.** Les acteurs impliqués étant tellement variés, il paraît essentiel de créer des unités chargées de coordonner et d'intégrer l'action.
 - Coordination : création, par exemple, d'un groupe de travail dirigé par le Ministère de la Santé et réunissant des représentants des autres ministères (on peut appliquer la même logique au niveau régional et communautaire), ou au niveau plus local, par la création de plates-formes réunissant des représentants des différents secteurs concernés.
 - Evaluation, soutien et suivi : une structure dédiée spécifiquement à cette tâche.

Les quelques expériences européennes que nous avons présentées tout au long de cet article nous amènent à penser que la mise en place d'un tel programme pour la Belgique n'est pas irréaliste, et surtout que les inégalités de santé ne sont pas une fatalité. Comme le professeur Béa Cantillon l'a montré récemment, il est surtout temps d'agir : la réalité sociale belge a tendance à se dégrader par rapport à nos proches voisins (voir encadré ci-après).

Il est surtout temps d'agir : la réalité sociale belge a tendance à se dégrader par rapport à nos proches voisins.

OMS - Commission des Déterminants sociaux de la Santé : « Comblé le fossé en une génération »

En 2005, l'Organisation mondiale de la Santé a mis en place une Commission des Déterminants sociaux de la Santé, afin de réunir des éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé et de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action.

Cette Commission a publié en août 2008 un rapport de 256 pages, dont on reprend ici les grands thèmes du résumé (disponible sur <http://www.who.int/publications/fr/>).

Une **première recommandation** vise à **améliorer les conditions de vie quotidiennes** : veiller à l'équité dès le départ de la vie, promouvoir un environnement salubre pour une population en bonne santé, mettre en place des pratiques équitables en matières d'emploi et de travail décent, assurer une protection sociale tout au long de l'existence et des soins de santé universels.

Une **deuxième recommandation** concerne les **inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources** : veiller à l'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques, assurer un financement équitable par des fonds publics, encadrer le rôle du marché (un bien social comme le système de santé doit être régi par le secteur public, qui doit aussi réglementer les biens et services ayant des effets importants sur la santé), agir pour l'équité entre les sexes, l'émancipation politique, la participation et la possibilité de s'exprimer, favoriser une bonne gouvernance mondiale.

Une **troisième recommandation** consiste à **mesurer le problème posé, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action**. A cette fin, il s'agit de faire de l'observation, de la recherche et de la formation.

Les **acteurs** de tout ce processus sont les organismes multilatéraux, l'OMS, les autorités nationales et locales, la société civile, le secteur privé et le monde de la recherche.

S'il ne sera sans doute pas possible de combler le fossé en une génération, on peut largement y contribuer. Mais, pour que l'action soit cohérente, elle doit couvrir l'ensemble des déterminants de la santé et tous les domaines cités ci-dessus, tant pour supprimer les inégalités structurelles que pour procurer un bien-être plus immédiat.

Renforcer la sécurité sociale et l'emploi ou comment lutter efficacement contre la pauvreté

Le professeur Béa Cantillon (Centrum voor Sociaal Beleid), en se basant sur une étude publiée par l'Université d'Anvers en février 2007, remet en question le système de sécurité sociale belge. Elle compare la réalité sociale belge (dérivée du système de sécurité sociale) avec la réalité sociale des 26 autres pays européens, et plus particulièrement ceux appartenant au groupe « bien-être important et distribution relativement égale », dont font partie, notamment la Belgique, la France, l'Allemagne ou encore les Pays-Bas. Selon elle, en dix ans, la Belgique a, par rapport à ces pays, fait un grand bond en arrière.

De manière générale, l'étude montre que le marché du travail belge est relativement peu efficace : taux d'emploi relativement faible et taux de chômage relativement élevé (conséquence : beaucoup de bénéficiaires d'allocations de chômage, et donc dépenses de la sécurité sociale pour le volet chômage relativement élevées). Elle montre également que la protection sociale, concernant notamment l'aide sociale, le chômage de courte durée et les pensions est relativement peu généreuse. Ces deux premiers points se confirment avec l'étude des indicateurs concernant la pauvreté : le risque de pauvreté est relativement élevé en Belgique, et touche plus significativement les allocataires sociaux.

L'amélioration du système de sécurité sociale belge doit passer, selon Cantillon, par un marché de l'emploi plus performant (via notamment un meilleur accompagnement des allocataires sociaux) et une meilleure perception fiscale. L'amélioration de ces deux volets devraient, selon Cantillon, permettre de renforcer le financement de la sécurité sociale, et dès lors, d'améliorer la protection contre les risques sociaux universellement reconnus.

Bibliographie

Cantillon B. et al. 2007. Een vergelijking van België binnen de Europese kopgroep : Postremus inter pares. Antwerpen : Centrum voor Sociaal Beleid.

O.M.S. Commission des Déterminants sociaux de la Santé. 2008. Comblen le fossé en une génération – Instauren l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève.

Commission nationale suédoise de santé publique. 2000. Health on Equal Terms : National Goals for Public Health. Stockholm : Ministry of Health and Social Affairs.

Costongs C. et al. 2007. Closing the Gap, Strategies for Action to Tackle Health Inequalities : Taking Action on Health Equity. Brussels : EuroHealthNet.

Couffinhal A. et al. 2007. Quelques expériences européennes. In : *Santé conjugulée*. Vol. 40. 42-52.

Department of Health. 2003. Tackling Health Inequalities : A Programme for Action. London : Department of Health.

Department of Health. 2007. Tackling Health Inequalities : 2007 Status Report on the Programme for Action. London : Department of Health.

Gillis O., Mertens R. 2008. Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé. *MC-Information*. Vol. 231. 4-17.

[\(http://www.mc.be/fr/128/info_et_actualite/mc_informations/mc_info_mars_2008/inegalite_sociale/\)](http://www.mc.be/fr/128/info_et_actualite/mc_informations/mc_info_mars_2008/inegalite_sociale/).

Hogstedt Ch. et al. 2004. The Public Health Objective Bill (Govt. Bill 2002/03:35) – Extended summary. In : *The Swedish Public Health Policy and the National Institute of Public Health – Supplement to the Scandinavian Journal of Public Health*. Stockholm : Swedish National Institute of Public Health. 32 (Suppl. 64). 18-59.

Mackenbach J.P. et al. 2002. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In : *Reducing inequalities in Health : A European Perspective*. London : Routledge. 25-49.

Mackenbach J.P. et al. 2004. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*. 3 : 11.

Maulet N. et al. 2008. Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé. 1995-2006. Fondation Roi Baudouin.

<http://www.kbs-frb.be/publication.aspx?id=224054&LangType=2060>.

Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen-II. 2001. Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. The Hague : Zorgonderzoek Nederland.

Swedish National Institute of Public Health. 2005. The 2005 Public Health Policy Report. Stockholm : Swedish National Institute of Public Health.