



**En quoi la promotion de la santé peut-elle être
un outil de réduction des inégalités de santé ?**
Fondements, concepts et programmes stratégiques

**D. DOUMONT
C. FEULIEN**

A la demande et en collaboration avec le Conseil Supérieur
de Promotion de la Santé de la Communauté française de Belgique

Septembre 2010
Réf. : 10-61

Série de dossiers techniques



TABLES DES MATIERES

I. Introduction.....	3
II. Méthodologie.....	3
III. Origines et fondements des inégalités de santé.....	4
IV. Définition des concepts.....	8
V. Programmes mis en place.....	10
VI. Conclusions.....	17
VII. Bibliographie	19

En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil
de réduction des inégalités de santé ?
Fondements, concepts et programmes stratégiques

I. Introduction

L'OMS, dans un rapport récent (2008) de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, rappelle que les « inégalités sociales de santé sont le fruit de *l'injustice sociale qui tue à grande échelle. Les réduire est un impératif éthique* ». La réduction des inégalités sociales de santé devient d'ailleurs progressivement une question « politique » pour de nombreux pays.

Alors que certains pays européens entament une réflexion concernant la lutte contre les inégalités, d'autres plus avancés ont déjà mis en place des plans stratégiques et des plans d'actions afin de réduire ces « écarts de santé ».

En Belgique, les politiques de santé mises en place ont longtemps mis l'accent sur la disponibilité et l'accessibilité aux soins. Et force est de constater que les hommes les plus défavorisés meurent encore 5 ans plus tôt que ceux disposant d'un niveau socio-économique plus élevé. En Belgique, la réduction des inégalités devant la santé est une finalité du Plan Communautaire Opérationnel (PCO). Il y est dit qu'il convient que « *les programmes de promotion de la santé tiennent compte des publics vulnérables* ». C'est pourquoi un groupe de travail au sein du Conseil Supérieur de Promotion de la Santé a été constitué. Il a pour objectif de mettre en évidence les réponses que la promotion de la santé peut apporter pour réduire les inégalités et/ ou éviter de les accentuer. Ainsi, il a notamment chargé le RESO de réaliser un dossier technique sur cette thématique, afin d'identifier les divers dispositifs existants actuellement en région wallonne et à Bruxelles, visant à réduire les inégalités. Il souhaite aussi identifier les leviers que la promotion de la santé peut actionner, en distinguant les différents niveaux d'intervention.

Le présent dossier technique s'attachera à définir les différents concepts recouverts par la thématique des inégalités de santé et à expliciter les raisons de la perpétuation de celles-ci. Il dressera ensuite un inventaire non exhaustif des programmes mis en place en Belgique, et dans trois pays avoisinants : les Pays-Bas, la Suède et l'Angleterre.

Un second dossier sera ensuite consacré plus précisément aux stratégies locales d'intervention en promotion de la santé.

II. Méthodologie

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données : Doctes (base de données partagée dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé) et Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux).

¹ L'analyse des publications a été réalisée par C. Deccache, D. Doumont, C. Feulien et S. Roussel.

Divers sites Internet ont également été consultés. Les mots clés utilisés pour la recherche sont : inégalités de santé, inégalités sociales de santé, inégalités socio-économiques de santé, précarité, fragilité, Europe.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus.

Ainsi, ce sont 27 documents sélectionnés sur base des abstracts et mots clés, qui ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie et constituent ce dossier. La majorité d'entre eux datent des 10 dernières années et émanent d'auteurs de langue française.

III. Origines et fondements des inégalités de santé

En Belgique, à 25 ans, une personne diplômée de l'enseignement supérieur de type long peut espérer vivre jusqu'à 78,6 ans pour les hommes et 83,5 ans pour les femmes, contre 73,1 ans et 80 ans pour les personnes non diplômées (Bossuyt N. et al., cités dans Gillis O. et Mertens R., 2008).

À âge égal, le risque de mortalité est plus élevé pour un(e) Wallon(ne) que pour une personne issue d'une des 2 autres régions (Tellier V., citée par Billiet A., 2010). Dans toutes les régions, la prévalence des maladies chroniques, de longue durée ou des handicaps diminue si le niveau d'éducation est élevé (Billiet A., 2010). Les exemples ne manquent pas, les inégalités sont présentes dans tous les domaines de la santé. Pourquoi ?

Historiquement, c'est suite à « *la manifestation exacerbée de l'inégalité sociale due au capitalisme industriel triomphant dans un contexte urbain qui s'est fortement développé, et la préoccupation de scientifiques auxquels on s'adresse pour étudier la condition de vie des ouvriers et de leur famille dans un souci de réformisme, volontiers mêlé de contrôle social, et de mise en pratique des idées hygiénistes naissantes, faisant de la santé un élément essentiel du progrès moral* » (Aïach P. et Fassin D., 2004) que les inégalités de santé ont été mises en évidence au 19^{ème} siècle déjà. Jusque là prédominait l'idée de l'égalité de tous face à la mort. Puis, la question de la détermination sociale de la mort a été soulevée mais n'a pas fait l'unanimité. Ce n'est qu'un siècle après que les chercheurs se sont intéressés aux conditions de travail et à l'accès aux soins, expliquant que les pauvres sont en moins bonne santé que les autres. Au début des années 80, Black et al. (cités par Couffinhal et al., 2005) réfutent ce modèle de « pauvreté absolue » car, malgré l'amélioration des conditions de vie et de travail et malgré la mise en place d'un système permettant un meilleur accès aux soins de santé en Grande-Bretagne, les inégalités de mortalité n'ont pas disparu. Ils font alors l'hypothèse d'une gradation de l'état de santé : le risque de décès diminue au long de la hiérarchie sociale. Leur rapport stipule que les inégalités face à la morbidité seraient dues à un effet de la santé sur le statut et la mobilité sociale (voir modèle de mobilité sociale sélective ci-dessous). Cette théorie ne semble pourtant expliquer qu'une petite partie des inégalités d'après les résultats obtenus. Ainsi, dans le courant des années 80 et 90, de nombreuses recherches sont menées afin de mieux comprendre les mécanismes qui mènent aux inégalités de santé. Marmot et Wilkinson et Berkman et Kawachi (cités par Couffinhal et al., 2007) proposent alors de nouveaux déterminants de l'état de santé, qualifiés de **déterminants sociaux de la santé**, liés aux caractéristiques des individus (sexe, origine, environnement professionnel, ... - voir modèle de causalités sociales ci-dessous), se rajoutant aux facteurs de risque généralement évoqués. Parallèlement, un autre courant de recherche (Blane, 1999 et Aïach, 2004, cités par Couffinhal et al., 2005) pose que ces différences entre les individus ne peuvent être étudiées isolément mais doivent être envisagées comme interdépendantes. Et ce serait leur cumul au cours de la vie qui serait à l'origine des inégalités.

Aujourd'hui, les recherches s'accordent et tendent à montrer qu'il existe un lien entre la santé d'une personne et sa position sociale : si celle-ci a une position socio-économique basse, son état de santé se détériore et son espérance de vie diminue (Gillis O. et Mertens R., 2008). Si à l'inverse, elle a une position socio-économique élevée, sa santé individuelle et son espérance de vie sont quantitativement et qualitativement meilleures. On considère que les inégalités sont un phénomène progressif, l'état de santé connaît une gradation. On parle dès lors de **gradient social**, c'est-à-dire de différences d'état de santé à tous les niveaux de l'échelle sociale.

Ces différences ne concernent pas uniquement les personnes en situation de précarité, elles n'opposent pas non plus les personnes pauvres aux personnes riches. En effet, « *les inégalités de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. (...) Chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure.* » (Moquet, M.- J, 2008). Ainsi, les inégalités touchent aussi le sommet de la hiérarchie sociale.

A. Modèles explicatifs des inégalités

De nombreuses théories ont tenté d'expliquer les mécanismes qui sous-tendent la relation entre les différences observées et le niveau socio-économique des personnes. Le présent dossier technique s'attarde sur deux d'entre elles, les plus fréquemment citées dans les articles analysés.

1) La mobilité sociale sélective

Ce modèle suppose que c'est l'état de santé de la personne qui détermine sa position sur l'échelle sociale sociétale. Ainsi, l'état de santé serait la cause de la mobilité sociale et non sa conséquence.

Lorsque l'on parle de **sélection directe**, on considère que le mouvement – vers le haut ou vers le bas - dans la hiérarchie sociale est directement dû à l'état de santé : les personnes en mauvaise santé descendent dans l'échelle sociale tandis que celles en bonne santé y montent. En conséquence, le bas de l'échelle sociale présente une concentration de personnes en moins bonne santé, avec une espérance de vie réduite.

Le modèle de **sélection indirecte** par contre, pose que les facteurs déterminant la mobilité sociale influencent aussi l'état de santé. Par exemple, le fait qu'une personne ait une perception positive de son avenir peut influencer ses comportements en matière de santé, c'est-à-dire qu'elle peut, par exemple, être plus motivée à adopter des comportements sains, favorables à sa santé. Willems et al. (2007) indiquent cependant que « *les recherches montrent qu'il existe effectivement une mobilité sociale descendante dépendant des problèmes de santé mais que l'impact de ce mécanisme est minime et ne peut expliquer les inégalités de santé.* »

2) Les causalités sociales

Dans ce modèle, on fait l'hypothèse que la situation socio-économique d'un individu influence son état de santé. Ici, la position sociale est la cause de l'état de santé individuel. Cette influence se fait par une multitude de déterminants qui peuvent être classés en deux catégories.

Les **déterminants structurels** sont liés aux conditions de vie, de travail, etc. Par exemple, les personnes ayant un faible statut social sont plus exposées que les autres à un travail physique difficile, aux produits polluants, aux nuisances sonores, ... Elles présentent aussi plus de risques de vivre dans un environnement précaire (insalubrité, criminalité, ...) et ont plus de difficulté à faire face aux frais de soins de santé. Parmi les facteurs structurels, on compte également la santé mentale de l'individu, l'étendue de son réseau social, etc. Tous ces éléments influencent de manière importante l'état de santé des individus.

Les **facteurs culturels** sont plutôt liés aux comportements, au savoir, aux valeurs, etc. On pense souvent que les comportements et le style de vie sont uniquement le fait de choix personnels. Or, ils sont aussi le résultat du contexte social dans lequel l'individu a grandi et évolue. Les comportements en matière de santé sont le résultat d'expériences, de perceptions. Certains groupes socio-économiques ont des connaissances erronées sur divers sujets liés à la santé : elles mangent généralement moins de fruits et légumes, connaissent mal les modes de transmission du VIH, présentent plus de surpoids, méconnaissent les méfaits du tabac ou de l'excès d'alcool, ... Pourtant, un mode de vie sain passe par la compréhension et le passage d'un comportement « déviant » ou « entravant le bien-être » à un comportement « sain ». Par ailleurs, la personnalité des individus détermine leur relation avec leur santé. Ainsi, des études ont montré que les groupes se trouvant au bas de l'échelle socio-économique présentent un profil de risque plus important (Willems S. et al., cités par Gillis O. et Mertens R., 2008).

B. Les déterminants sociaux de la santé

Si l'on retient le modèle des causalités sociales qui semble être le plus significatif pour comprendre les inégalités de santé et qui correspond le mieux à l'optique de la promotion de la santé, nous allons maintenant nous attarder sur deux schémas fréquemment renseignés dans la littérature, représentant l'interaction entre les différents déterminants de la santé agissant sur les inégalités et montrant la mesure dans laquelle tous les secteurs sont aussi responsables du niveau de santé de la population. C'est d'ailleurs pourquoi la lutte contre les inégalités ne peut être menée par le seul secteur de la santé.

Le schéma de Dahlgren et Whitehead (Fig. 1) décrit les déterminants de santé des individus selon différentes strates successives, résumant ainsi l'importance des facteurs du milieu de vie. D'après ce schéma, les inégalités sociales de santé sont le résultat d'interactions entre les différents niveaux :

- caractéristiques biologiques des individus ;
 - comportements et styles de vie personnels ;
 - influence des groupes sociaux ;
 - facteurs liés aux conditions et milieux de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels (offre alimentaire, éducation, logement, services de santé, ...)
 - conditions économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans l'ensemble de la société.
- (d'après Basset B., INPES, 2008)

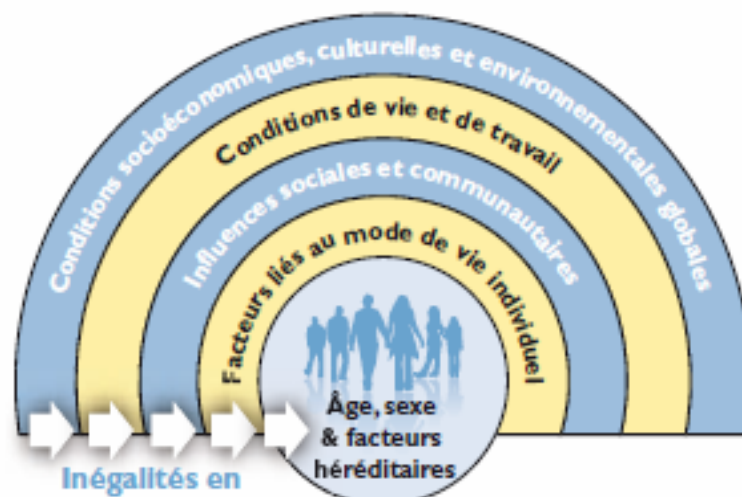


Fig. 1 : Modèle des déterminants de la santé – Dahlgren et Whitehead, 1991.

Un autre schéma a été développé par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS (2007). Il tente de démontrer comment ces déterminants de santé peuvent conduire à des inégalités, dans un contexte très large.

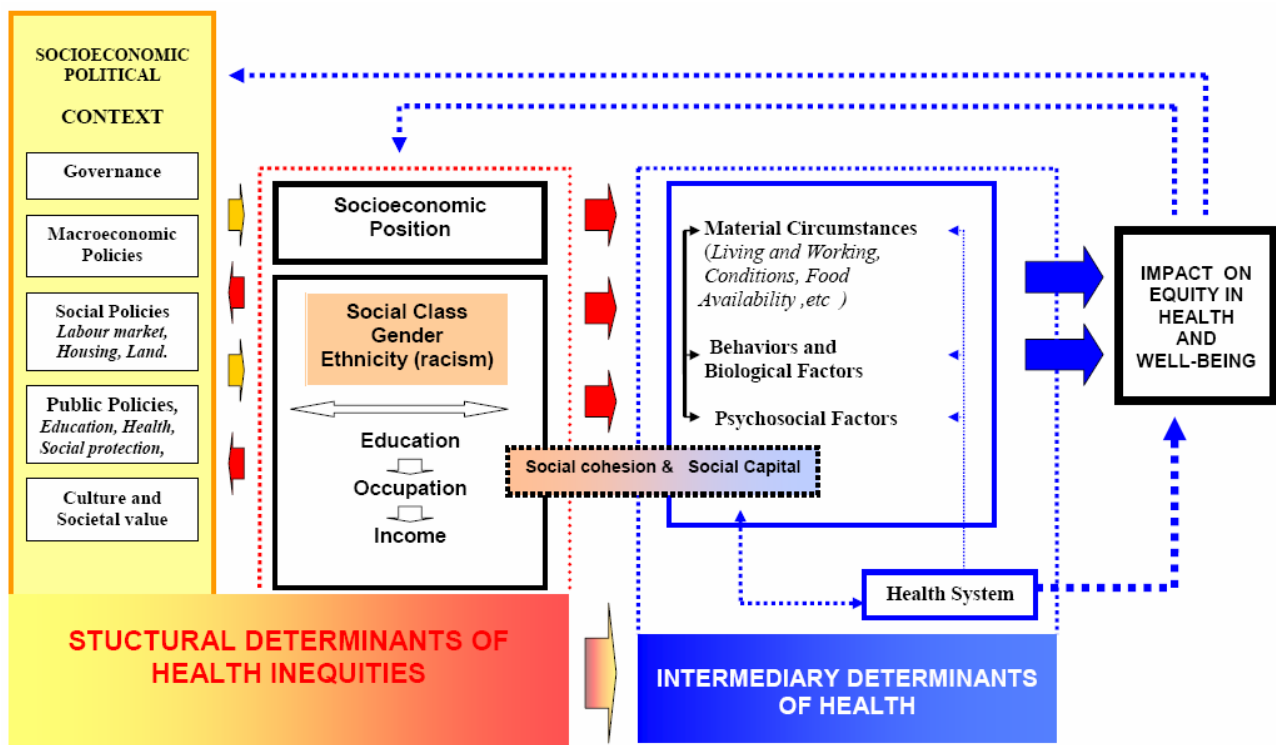


Fig. 2 : Solar and Irwin, Cadre conceptuel de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, OMS, 2007.

La Figure 2 montre que les inégalités de santé naissent d'abord du contexte socio-économique et politique, qui est à la base du raisonnement. Ce contexte divise les individus en classes sociales inégales selon leur genre, leur origine ethnique, leur éducation, leur insertion socio-professionnelle et leurs revenus. Ce sont les **déterminants structurels**. Ces déterminants structurant la société sont interdépendants. Par exemple, un faible diplôme va souvent de paire avec un emploi à revenu plus modeste (Tellier V., citée dans Billiet A., 2010). Les déterminants structurels influencent l'état de santé des individus, ils déterminent les différences de vulnérabilité aux inégalités car ils ont des répercussions sur des facteurs biologiques et comportementaux (pratique de l'activité physique, consommation d'alcool, etc.) et psychologiques (stress, soutien social, etc.), sur les conditions matérielles de vie et de travail (logement, consommation alimentaire, environnement professionnel, ...). On appelle ces facteurs les **déterminants intermédiaires**.

Si le système de soins de santé et son rôle vis-à-vis des inégalités n'est aujourd'hui toujours pas clair, il apparaît dans le modèle ci-dessus comme un déterminant social de la santé, parmi d'autres. Le modèle illustre la capacité du secteur de la santé à influencer le processus des inégalités par le rôle qu'il joue dans le maintien du niveau social en cas de problème de santé et par son rôle de promotion et de coordination des politiques sur les déterminants sociaux de santé (Billiet A., 2010).

Ainsi, la cause des causes des inégalités serait la **distribution inéquitable des déterminants sociaux de la santé** (REFIPS, 2009). Cependant, il est à noter que la plupart des auteurs considère que les différences de conditions de vie entre les individus ne peuvent expliquer les inégalités si elles sont considérées individuellement. Par contre, leur cumul peut créer une dégradation de l'état de santé (et du statut social). On peut parler de « chaînes de causalités faites de mécanismes opérant tout au long de la vie de l'individu » (Lang T. et al., 2009). Selon Billiet (2010), il faut tenir compte

de cette multiplicité de causalités car elles permettent de comprendre la problématique dans sa globalité et donc d’agir de manière coordonnée.

Cependant, si les chercheurs et auteurs s’accordent sur la responsabilité de ces causalités dans la construction des inégalités, c’est moins le cas concernant l’impact de chacun. Peu d’études donnent des indications chiffrées liées à l’un ou l’autre facteur. Puisqu’ils interagissent entre eux, il est particulièrement complexe de déterminer l’effet de chacun et donc de mettre en place des actions coordonnées efficaces pour réduire les inégalités.

IV. Définition des concepts

Le tableau récapitulatif ci-dessous propose diverses définitions des concepts fondamentaux en matière d’inégalités de santé, émanant des différents auteurs dont les articles ont été analysés dans le présent dossier.

<p>Inégalités de santé</p>	<p>« <i>Différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé, observées entre des groupes sociaux</i> » (Banque de données en santé publique dans Moquet M-J., 2008)</p> <p>« <i>Disparités observées quant à l’état général de santé entre des groupes sociaux</i> » (De Koninck et al., dans REFIPS, 2009)</p> <p>« <i>Différences systématiques qui existent en matière de santé entre les personnes occupant une position élevée ou basse dans la stratification sociale</i> » (Willems S., 2007)</p> <p>« <i>Effets secondaires involontaires liés à la façon dont les sociétés sont organisées et dont leurs ressources sont distribuées</i> » (Geyer S., 2008)</p> <p>« <i>Les inégalités en santé sont d’évitables injustices en matière de santé relevées au sein d’un même pays ou entre différents pays. Elles sont le reflet des inégalités que l’on peut constater en général au sein d’une société et entre différentes sociétés. Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu’elle survient.</i> » (OMS, Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2005-2008)</p>
<p>Mobilité sociale</p>	<p>« <i>Fait de monter ou descendre d’une classe sur l’échelle sociale</i> » (Willems S., 2007)</p>
<p>Gradient social</p>	<p>« <i>Fait que dans une population, on observe que la catégorie sociale la plus favorisée se</i></p>

	<p><i>caractérise par des indicateurs sanitaires plus favorables que la catégorie immédiatement inférieure »</i> (Humblet P., 2007)</p> <p><i>« À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans les pays à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités en santé touchent tout un chacun. »</i> (OMS, Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2005-2008)</p> <p><i>« La santé suit un gradient social : à position socio-économique décroissante, la santé individuelle tend à se détériorer et l'espérance de vie à diminuer. »</i> (Gillis O. & Mertens R., 2008)</p> <p><i>« Relation entre les résultats (comme par exemple l'état de santé) et le statut socio-économique de l'individu dans une population donnée »</i> (Tellier V. et al. cités par Billiet A., 2010)</p>
<p>Déterminants sociaux de la santé</p>	<p><i>« Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces : l'économie, les politiques sociales et la politique. »</i> (OMS, Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2005-2008)</p> <p><i>« Ensemble de facteurs semblant agir en interactions complexes et avoir un lien avec la répartition socialement observée des comportements défavorables à la santé »</i> (Moquet M.-J., 2008)</p> <p><i>« Les mécanismes complexes qui peuvent expliquer et entraîner la distribution inégale des problèmes de santé. (...) Les facteurs explicatifs de la santé et du bien-être sont appelés déterminants sociaux de la santé. »</i> (Golberg M. et al., cités par REFIPS, 2009)</p>

V. Programmes mis en place

A. Elaboration et évaluation des stratégies de lutte contre les inégalités de santé

Couffinhal A. (2007), citée par Gillis O. (2008) relève, suite à l'analyse de la situation de différents pays européens, plusieurs étapes importantes dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre de politiques et interventions de lutte contre les inégalités de santé :

- **la mesure et la prise de conscience** des inégalités sociales de santé ;
- **la perception** des inégalités de santé en tant que véritable **enjeu d'une politique publique** ;
- **la volonté d'agir** et d'**élaborer** de manière progressive une **politique globale et coordonnée**.

La construction d'une politique de lutte contre les inégalités de santé passe par l'élaboration de différents objectifs qui exige, selon Mackenbach J. P. (2002), cité par Gillis O. (2008), plusieurs étapes :

- **l'évaluation de l'importance des inégalités de santé** mais également l'évolution de celles-ci et la **compréhension** de leurs **facteurs explicatifs** ;
- **l'inventaire des politiques et activités** permettant de réduire ces inégalités ;
- **l'évaluation de l'impact des mesures** mises en place ;
- **la formulation d'objectifs réalistes**.

Pour Gillis O. (2008), si les étapes concernant la mise en œuvre d'une politique de lutte contre les inégalités de santé semblent « aller de soit » (proposition d'interventions, recherche, etc.), les aspects concernant l'évaluation de l'impact des différentes interventions sont moins évidents ! En effet, la plupart des interventions et actions identifiées ne sont bien souvent évaluées que de manière assez partielle, les périodes de recul étant encore largement insuffisantes pour se permettre de pouvoir juger de l'impact réel obtenu lors de la mise en place de telle(s) politique(s).

Selon Mackenbach (2002), « *ces différentes interventions et mesures de réduction des inégalités de santé peuvent être réparties en quatre types de stratégie* », à savoir :

- réduire les inégalités en matière de pouvoir, de prestige et de bien-être liées aux différentes positions socio-économiques. Il s'agira notamment de travailler sur les inégalités de revenu mais également d'accès à l'enseignement et à l'emploi. Pour l'auteur, 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 (modèle de sélection sociale). Pour ce faire, il faut, toujours selon Mackenbach, veiller au renforcement du système de sécurité sociale, à une meilleure accessibilité au marché de l'emploi pour des personnes atteintes de pathologies chroniques, etc.
- réduire les effets de la position socio-économique sur le risque d'être exposé à certains déterminants de la santé (modèle des causes sociales). Cela nécessite une amélioration des conditions matérielles (logement, environnement, etc.) mais également des conditions psycho-sociales (réseau social, empowerment, etc.) et comportementales.
- réduire les effets sur la santé du fait d'être issu d'une classe sociale défavorisée en agissant sur le système de soins en renforçant ce système par une accessibilité financière (MAF ou OMNIO) mais également culturelle en étant plus attentif aux modes de communication entre les professionnels de soins et les personnes issues de milieux défavorisés.

B. Etude de cas : à propos de 3 pays

La lutte contre les inégalités de santé est devenue, à l'aube du 21^{ème} siècle, un véritable problème de santé publique.

Certains pays comme les **Pays-Bas**, l'**Angleterre** et la **Suède** en font leur cheval de bataille. Ils ont d'ailleurs opté pour la mise en place de programmes globaux de lutte contre ces inégalités de santé.

Les **Pays-Bas** ont lancé un premier programme de recherche concernant les inégalités de santé dès 1989. Ce programme a permis d'augmenter les connaissances quant à l'étendue des inégalités socio-économiques de santé et leurs déterminants.

Un second programme d'expérimentation sur le terrain et d'évaluation voit le jour en 1995 et a pour but d'augmenter les connaissances concernant l'efficacité des interventions et des politiques visant à réduire ces inégalités. Douze expérimentations locales ont été menées. Certaines interventions évaluées concernaient des actions sur les lieux de travail ou des programmes réalisés en milieu scolaire visant à promouvoir l'adoption de comportements sains (par exemple : prévention du tabagisme auprès des jeunes) (Doumont D. et al., 2007).

En 2001, un troisième programme "Evidence-Based Dutch Programme and Socio-Economic inequalities in Health" vise :

- la réduction des inégalités en termes d'éducation et de revenu ;
- la réduction des effets négatifs des problèmes de santé sur la situation socio-économique ;
- la réduction des effets négatifs de la situation socio-économique sur la santé (par exemple, réduire la prévalence du tabagisme dans les groupes socio-économiques défavorisés, etc.) ;
- l'accessibilité à des soins de santé efficaces pour les groupes socio-économiques défavorisés.

D'autres objectifs complètent ce programme (Doumont D. et al., 2007), ils concernent :

- des objectifs visant les groupes socio-économiques défavorisés ;
- des objectifs visant à réduire les effets de la santé sur la situation socio-économique défavorable ;
- des objectifs liés à des facteurs concernant les effets d'une situation socio-économique défavorable sur la santé ;
- des objectifs liés à l'accessibilité et la qualité des services de soins de santé.

L'**Angleterre**, quant à elle, est un des premiers pays à s'être intéressé à la problématique des inégalités de santé. Après le « rapport Black », le « Rapport Acheson » souligne l'importance du rôle des déterminants sociaux ainsi que l'importance de la mise en place de politiques visant la réduction de la pauvreté et des inégalités de revenu. Un livre blanc est ensuite publié en 1999 dans lequel un plan de lutte contre les inégalités en matière de santé est proposé. En 2000, le NHS propose des pistes de réduction des inégalités de santé et, en 2003, un programme d'action transversal de lutte contre les inégalités voit le jour « Tackling Health Inequalities : A Programme for Action ». En 2007, un rapport d'évaluation du programme est publié.

En **Suède**, les principes fondamentaux de la politique de santé sont d'améliorer la santé publique et de réduire les inégalités de santé existantes au sein des différents groupes de population en créant des conditions sociales favorables (Doumont D. et al., 2007). L'accent est placé auprès des

populations identifiées comme vulnérables tout en s'intéressant aux déterminants de santé (conditions et mode de vie, environnement, etc.). 1997 voit la mise en place d'une commission nationale de santé publique qui est chargée de définir des objectifs nationaux de développement et d'identifier les stratégies qui permettront d'atteindre ces objectifs. En 2000, un rapport « Health on Equal Terms : National Goals for Public Health » détermine 18 objectifs. En 2002, ces 18 objectifs sont répartis en 11 grandes orientations : « The Public Health Objective Bill ». Un premier rapport d'évaluation est rédigé en 2005 et sera suivi en 2007 de la parution d'un autre document « A renewed public health Policy » qui, lui, propose différentes améliorations par rapport à la politique de santé publique déjà mise en place.

En ce qui concerne les trois pays investigués (cfr supra), l'auteur signale une particularité pour les Pays-Bas : une phase d'expérimentations locales ayant bénéficié d'une évaluation a précédé l'élaboration du programme global de lutte contre les inégalités de santé. Toujours pour les Pays-Bas, Couffinhal A. (2007), citée par Gillis O. (2008), relève que les interventions réalisées sur les conditions de travail semblent efficaces, que les interventions locales ou ciblées semblent être privilégiées aussi bien dans des domaines concernant la prévention que pour le soutien psychiatrique ou l'aide au malade. Par contre, les campagnes de prévention dites de masse ne démontrent pas leur efficacité.

Selon Couffinhal A. (2007), il semblerait que ce soit l'Angleterre qui soit le pays le plus avancé en ayant déjà mis en place des politiques spécifiques et coordonnées, les Pays-Bas et la Suède n'étant à ce jour qu'au stade de développement de politiques structurées.

En termes de **détermination d'objectifs et d'indicateurs**, seuls l'Angleterre et les Pays-Bas ont « quantifié » des objectifs globaux et intermédiaires d'inégalités sociales de santé. A titre d'exemple, nous proposons les deux tableaux ci-dessous :

Objectifs et indicateurs quantifiés globaux en Angleterre et aux Pays-Bas

	Angleterre	Pays-Bas
Objectif global	Réduire les inégalités de santé de 10% à l'horizon 2010	Réduire les inégalités 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. - 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.

Objectifs et indicateurs quantifiés intermédiaires en Angleterre et aux Pays-Bas, concernant l'accessibilité aux soins et le tabagisme

Angleterre

Pays-Bas

Accès aux soins

Objectifs

- Création de 250 centres de soins de première ligne à l'horizon 2008, la priorité étant donnée aux zones les moins bien desservies, - c.-à-d. les Primary Care Trusts situés dans le quintile où les indicateurs sont les moins favorables -, ce par rapport à la moyenne nationale.

- 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.

- 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 aux quintiles où le taux de mortalité est le plus élevé, ce par rapport à la moyenne nationale.

Indicateurs

- Nombre de prestataires de soins de première ligne/ 100.000 hab.
- Taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

- Nombre de visites chez le généraliste, le spécialiste et le dentiste.
- Nombre d'admissions à l'hôpital.
- Niveau de consommation de médicaments prescrits.

Tabagisme

Objectifs et indicateurs

- 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.

- 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.

L'élaboration d'objectifs intermédiaires permet selon Gillis O. (2008) d'opérationnaliser et de guider l'action par rapport à la réalisation des objectifs globaux.

Les trois pays sus-cités proposent différentes **pistes d'action** permettant d'atteindre les objectifs déterminés mais c'est l'Angleterre qui est le pays le plus avancé dans la proposition de pistes d'action.

En **Angleterre**, les différentes mesures proposées sont subdivisées en quatre catégories, chaque catégorie étant déclinée en différents objectifs :

- le soutien aux familles, aux mères et aux enfants ; les objectifs étant l'amélioration de la santé de l'enfant et de la mère, le soutien des jeunes mères encore adolescentes, l'amélioration de l'égalité des chances en matière d'enseignement ;
- la promotion de l'engagement communautaire et individuel ; l'objectif étant une mobilisation des communautés et des individus les plus défavorisés ;
- la prévention et l'accès à des soins efficaces, avec comme objectifs la réduction du risque de mortalité et de morbidité (mise en place d'activités de prévention, d'identification, d'intervention et proposition d'un traitement efficace et accessible) ;
- l'action sur les déterminants sociaux de la santé, par exemple en matière d'emploi et de logement.

Les **Pays-Bas** déclinent 11 objectifs quantifiés eux-mêmes répartis en quatre stratégies d'action déterminées selon Mackenbach J.P. (2002) (cfr supra) :

- diminution des différences en matière de formation, de revenu et autres facteurs socio-économiques ;
- diminution des effets négatifs des problèmes de santé sur la formation, le statut socio-professionnel et le revenu ;
- diminution des effets d'un bas niveau de formation, professionnel et de revenu sur la santé ;
- amélioration de l'accessibilité et de la qualité de soins de santé pour les personnes issues de groupes socio-économiquement les moins favorisés.

Enfin, la **Suède** détermine 11 objectifs qui sont subdivisés en trois domaines d'action.

- le premier domaine vise **les structures sociales et les conditions de vie**, avec comme objectifs l'amélioration du degré de participation et d'influence au niveau de la société (1), le renforcement de la sécurité socio-économique (2), l'offre de conditions de développement favorables pour les enfants et les adolescents (3) ;
- le second concerne **le cadre de vie et l'environnement**. Cinq objectifs y sont déclinés et visent l'amélioration des conditions de travail (4), la proposition d'un environnement sain et sûr (5), la mise en place d'un système de soins davantage axé sur la promotion de la santé (6), une protection efficace d'une part contre les maladies contagieuses (7) et d'autre part pour des relations sexuelles en toute sécurité ;
- enfin, le troisième domaine s'intéresse **aux comportements et aux modes de vie** ayant un impact sur la santé. Les objectifs visés vont alors concerner l'augmentation de l'activité physique (9) et des bonnes pratiques en matière d'alimentation (10), la réduction des assuétudes en matière de consommation de drogues, d'alcool et de tabac et une diminution de pratiques liées aux jeux de hasard (11).

A titre d'illustrations, nous vous soumettons **quelques propositions d'actions et de stratégies** mises en place par **l'Angleterre, les Pays-Bas et la Suède** concernant d'une part **l'accessibilité aux soins** et d'autre part **la lutte contre le tabagisme**. Bien entendu, d'autres niveaux d'actions sont également développés comme par exemple, les pratiques alimentaires, l'enseignement ou l'emploi, etc. Ces informations complémentaires peuvent être consultées dans le document de Gillis O. (2008).

En ce qui concerne **l'accessibilité aux soins**, l'amélioration de cette accessibilité pour les personnes socio-économiquement défavorisées est une priorité du programme de lutte contre les inégalités de santé anglais et dans une moindre mesure, dans le programme développé par les Pays-Bas. La Suède quant à elle met surtout l'accent sur le renforcement de la

prévention et donc le développement de soins préventifs. Les trois pays sus-cités ciblent d'une part les personnes issues de zones et de quartiers défavorisés (renforcement de l'accessibilité physique et amélioration de l'offre : rénovation des équipements, création de centres de soins, formation des prestataires de soins, création d'unités mobiles qui se déplacent à domicile, etc. ; mais également renforcement de l'accessibilité culturelle : apprendre aux prestataires de soins à communiquer avec les personnes issues de zones défavorisées) et d'autre part les jeunes enfants et leurs parents en proposant toute une série de mesures spécifiques liées à ce groupe cible (mesures non détaillées). Notons que la Suède travaille également l'accessibilité financière des services de santé en renforçant le système de sécurité sociale pour tous.

Pour le domaine de la prévention, le tabagisme tout comme les pratiques alimentaires ou la promotion de l'activité physique sont envisagées par les trois pays. Dans le cas précis du **tabagisme**, ils s'intéressent aux groupes à faibles revenus et plus spécifiquement aux enfants et à leur entourage (femmes enceintes et parents) mais également aux groupes ethniques minoritaires. Différentes pistes « d'action globale » sont proposées et concernent tant les aspects liés au financement du tabac (augmenter les accises) que ceux liés à l'information (mieux informer sur les effets nocifs d'une consommation tabagique via les mass médias et les services de santé). Une attention particulière concerne le soutien à offrir aux personnes souhaitant arrêter de fumer. Enfin, d'une manière plus ciblée (enfants et jeunes), les trois pays se concentrent sur la mise en œuvre d'activités en milieu scolaire ou au sein de services de santé fréquentés par les mamans et leurs enfants. D'autres actions sont également proposées et visent la mise en place de politiques globales (interdire la vente de tabac aux jeunes, interdire de fumer dans les services s'adressant aux enfants et aux jeunes). Une attention toute particulière est également portée au développement de structures d'aide permettant d'arrêter de fumer dans des lieux bien particuliers et qui ne seraient pas directement en lien avec un système de santé : les prisons, le milieu professionnel, les associations pour immigrants, etc.

Un défi européen ...

Si les inégalités sociales sont malheureusement bien présentes au sein de chaque pays membre de l'Union européenne, elles le sont également entre ceux-ci ! En effet, de nombreuses disparités existent, le fossé des inégalités sociales se creuse davantage et la réduction de celles-ci est un devenu un véritable challenge européen au cours de ces dernières années.

A titre d'exemple, entre les différents états membres de l'UE, on relève un écart d'espérance de vie à la naissance de 13,2 ans pour les hommes et de 8,2 ans pour les femmes ainsi qu'un taux de mortalité chez les enfants âgés de moins d'1 an pouvant être multiplié par cinq (Stegeman I. et al., 2010). Un second exemple illustre parfaitement bien cette notion d'écarts : un homme estonien passe 71 % de sa vie en bonne santé alors qu'un Danois peut espérer vivre 90 % de sa vie en bonne santé (Stegeman I. et al., 2010). Enfin, aux Pays-Bas, les femmes et les hommes ayant un faible niveau d'études ont une espérance de vie de 7 ans de moins que ceux et celles qui ont un niveau d'étude plus élevé (Stegeman I. et al., 2010).

Afin de développer et diffuser les connaissances sur les inégalités de santé, un projet européen « Closing the Gap : Strategies for Action to tackle Health Inequalities » a vu le jour en 2004. Il soutient la mise en place de stratégies d'action permettant la réduction de ces inégalités.

De manière plus précise, ce projet vise à :

« - *développer une vision claire et partagée de ce que recouvrirait 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 » issues de mesures/ interventions locales ayant montré leur capacité à lutter contre les inégalités de santé* ».
in <http://www.health-inequalities.eu>

Selon Graham H. (2004), cité par Guichard A. (2008), trois types de réponses peuvent alors être proposées. Elles visent :

- l'amélioration de la santé des populations/ groupes défavorisés par le biais de programmes ciblés,
- la réduction des écarts de santé entre les groupes dits « privilégiés » et les moins « nantis »,
- la prise en considération des liens existants entre la position socio-économique et la santé au sein de l'ensemble de la population (gradient social de santé).

En 2007, un nouveau projet européen « Determine » succède au programme « Closing the Gap ». Il a pour objectif de stimuler l'action sur les déterminants socio-économiques de santé pour une plus grande équité en santé.

Concrètement (Stegeman I. et al., 2010), ce projet a pour mission de contribuer à une **meilleure compréhension de la problématique** (par exemple, un examen des politiques publiques actuellement mises en place au sein de l'Union européenne pour lutter contre les inégalités de santé a permis de se rendre compte que même si peu de pays dispose d'une réelle politique publique de lutte contre les inégalités, de nombreuses initiatives et actions sont entreprises pour combattre ces inégalités), **d'identifier et de présenter des solutions potentielles** (par exemple, sensibilisation et plaidoyer politique quant aux bénéfices économiques d'une équité en santé, développement d'approches participatives centrées sur les citoyens, etc.) et enfin d'encourager des actions visant à faire progresser l'équité en santé.

Et en Belgique ? Qu'en est-il ?

La Belgique ne possède pas de plan global de lutte contre les inégalités de santé en tant que tel. Toutefois, cela ne signifie en aucun cas qu'elle ne privilégie (et ne soutient) pas les initiatives visant à lutter contre les inégalités de santé.

En 2008, Bantuelle ne nous rappelait-elle pas encore lors de la deuxième journée liégeoise de promotion de la santé qu'en Belgique francophone, le plan communautaire opérationnel de promotion de la santé (PCO) a pour finalité « *d'améliorer la qualité de vie et la santé des personnes en agissant sur les déterminants de la santé, en s'appuyant sur les structures et les acteurs de tous les secteurs concernés et en veillant à réduire les inégalités face à la santé en s'appuyant sur les stratégies de promotion de la santé* ».

Les recommandations formulées par le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé pour la rédaction du nouveau programme quinquennal de promotion de la santé (2009-2013) vont dans le même sens : mettre encore plus l'accent sur la réduction des inégalités de santé, tenir compte des publics vulnérables dans tous les programmes de promotion de la santé et veiller à ce que chaque programme de promotion de la santé contribue réellement à réduire ces inégalités, envisager la problématique des inégalités de santé dans ses aspects multifactoriels et donc tenir compte de l'ensemble des déterminants de santé mis en cause, etc.

Que l'on se situe à un échelon national, régional ou local, de nombreuses actions se développent graduellement, contribuant ainsi à réduire les inégalités en matière de santé.

En effet, de nombreuses autres « initiatives » témoignent du souci constant de notre pays (et de nos communautés) de lutter contre les inégalités en matière de santé. Qu'il s'agisse par exemple de la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer du sein (les deux communautés ont chacune développé leur propre programme), d'un plan visant la promotion de la santé à l'école : « Op uw gezondheid II » (2010-2014) en Communauté flamande et les services PSE en Communauté francophone ou encore du NEHAP (National Action Plan on Environment and Health) adopté en 2003, les stratégies développées au travers de ces actions visent la réduction des inégalités en matière de santé, l'accroissement du bien-être et du statut social ! Notons toutefois qu'à ce jour seule la Flandre a mis en place un plan d'action spécifique visant à lutter contre la pauvreté « Vlaams actieplan Armoedebestrijding 2005-2009 ».

Un second dossier technique (Réf. 10 – 62) va être consacré plus précisément aux stratégies locales d'intervention en promotion de la santé en Belgique.

VI. Conclusions

Dans de nombreux pays européens, les inégalités de santé subsistent, voire même pour certains, augmentent. Plusieurs d'entre eux toutefois, comme les Pays-Bas, l'Angleterre et la Suède se sont déjà dotés « d'une politique de réduction des inégalités de santé ».

L'Angleterre semble quelque peu se distancier par rapport aux deux autres pays précédemment cités. En effet, ce pays a non seulement été l'un des premiers à marquer son intention politique de lutter contre les inégalités de santé (Health inequalities : an action report, 1999), mais il a aussi rapidement défini des objectifs quantifiés (d'abord généraux puis intermédiaires) et développé des indicateurs précis. Des stratégies d'intervention adaptées ont été élaborées et menées tant à un niveau national qu'à un niveau plus loco-régional en impliquant/ favorisant de nombreux partenariats et donc une multiplicité d'acteurs. Il s'agit notamment d'agir sur les déterminants sociaux de santé, de prendre en compte les structures de soins de première ligne et d'améliorer l'accessibilité aux soins. De plus, un programme d'action transversal de lutte contre les inégalités de santé (Tackling Health Inequalities : A Programme for Action, 2003) a déjà fait l'objet d'un rapport d'évaluation. Autant de stratégies répondant aux normes de promotion de la santé !

Quels enseignements pour l'élaboration de telle(s) politique(s) en Belgique ?

A la lecture des expériences anglaises, suédoises et néerlandaises, quelques constantes apparaissent :

- le **développement de recherches** et donc de **connaissances** est indispensable pour soulever le débat et donc **l'intérêt auprès des autorités politiques** ;
- il y a un **consensus politique** sur le caractère intolérable de l'existence de telles inégalités dans nos pays (développés) ;
- il faut s'atteler au développement de **stratégies d'intervention pertinentes et cohérentes**, avec l'élaboration d'**objectifs clairs et précis** ;
- **l'implication et le soutien de tous les niveaux d'action et de pouvoirs** sont indispensables ;
- enfin, il faut poursuivre d'autres recherches et travaux concernant **l'efficacité des interventions et des politiques** mises en œuvre dans la lutte contre les inégalités de santé.

En Belgique, force est de constater que si à l'heure actuelle, on possède de nombreuses données chiffrées concernant les inégalités de santé, les « mécanismes producteurs » de celles-ci ne sont pas encore tout à fait maîtrisés et aucun consensus n'existe quant à la manière d'agir.

Il est toutefois évident, à la lecture des nombreuses références qui constituent le présent dossier, que la lutte contre les inégalités de santé n'échoit pas seulement au secteur de promotion de la santé. Il est de la responsabilité de tous, tant à l'échelon national, régional que communautaire (ministères, partenaires sociaux, prestataires de soins, secteur de l'enseignement, mouvements associatifs, etc.) de mettre en place un plan d'actions coordonné pour lutter contre les inégalités de santé, comme l'expérience positive de nos voisins devrait nous y encourager.

VII. Bibliographie

AGENCE DE LA SANTE PUBLIQUE DU CANADA, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'étude de cas dans 18 pays. 2008, 44 pages, in http://www.sante.dz/jms2010/docutile/health_equity.pdf

AÏACH P., FASSIN D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La revue du praticien*, 2004, n°54, p.2221-2227.

BANTUELLE M. Les inégalités sociales de santé, une priorité de la promotion de la santé. *Actes de la Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé du 7 octobre 2008*, p. 4-6.

BASSET B. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint-Denis. *INPES*, coll. Varia, 2008 : 208 p.

BILLIET A. Les inégalités sociales de santé en Wallonie. *L'Observatoire*, n°65, 2010, p. 20-33.

CHAUVIN P. & LEBAS J. Inégalités et disparités sociales en France. In: BOURDILLON F., BRÜCKER G., TABUTEAU D., eds. *Traité de santé publique*. Paris, Flammarion Médecine Sciences, 2007 (2ème édition revue et augmentée), p.331-341.

CONSORTIUM DETERMINE. Résumé d'action : Améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'Union européenne. Bilan du travail effectué par le Consortium Determine au cours de sa première année, 2008.

COUFFINHAL A., DOURGNON P., GEOFFARD Y., GRIGNON M., JUSOT F., LAVIS J., NAUDIN F. & PLOTON D. Les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Santé conjugée*, 2007, n°40, p.35-41.

COUFFINHAL A., DOURGNON P., GEOFFARD P-Y., GRIGNON M., JUSOT F., LAVIS J., NAUDIN F., & POITON D. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Question d'économie de la santé*, 2005, 92, p. 1-6.

DOUMONT D., VERSTRAETEN K., GOSSIAUX Y., LIBION F., Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l'Europe et de la province du Québec (1^{ère} partie). Série de dossiers techniques, UCL-RESO, 2007, Réf. : 07- 47, 45 pages.

FONDATION ROI BAUDOUIN. Recommandations politiques : inégalités en santé. Recommandations du groupe de travail « inégalités en santé » à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique, 2007, 19 pages.

GEYER S. Réduire les inégalités sociales de santé en Allemagne : les mesures et leur succès. Presses de l'EHESP, 2008, p.161-170.

GILLIS O. Programmes globaux de lutte contre les inégalités de santé : analyse des cas anglais, néerlandais et suédois. *MC-Information* 234, décembre 2008, p. 3-16.

GILLIS O. & MERTENS R. Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé, *Education Santé* n°239, novembre 2008, p. 02-08.

GUICHARD A. Réduire les inégalités sociales de santé : un défi pour l'Europe. *La santé de l'homme*, 2008, n° 395, p. 39-41.

HUMBLET P. Inégalités sociales de santé et politiques publiques. *Santé conjugquée*, 2007, n° 40, p. 22-24.

LANG T., KELLY-IRVING M., DELPIERRE C. Inégalités sociales de santé: du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2009, n° 57, p.429-435.

LARCHER P. Le rôle du politique dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. *La Santé de l'homme*, 2008, n° 397, p. 22-24.

MAESENEER M., De ROO M., ART B., WILLEMS S., VAN DE GEUCHTE I. Intersectoral action for health in Belgium : a multi-level contribution to equity. 2007, 14 pages, in <http://www.sante.dz/jms2010/docutile/healthequity.pdf>

MOQUET M-J. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. *La Santé de l'homme*, 2008, n°397, p. 17-19.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. *Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, 2009, p. 42-43.

REFIPS. Les inégalités sociales de santé : animation pédagogique. 2009.

RIDDE V., & BLAISE P. Evaluation des interventions : comment mener à bien un exercice périlleux ? *La Santé de l'homme*, 2008, n° 397, p. 28-30.

SHOPPER D. Les inégalités sociales de santé : du constat à l'action, Planification sanitaire qualitative. Institut de Médecine Sociale et Préventive. 2002, p. 37-43.

STEGEMAN I., COSTONGS C., NEEDLE C. L'histoire du projet DETERMINE. Mobiliser l'action pour l'équité en santé dans l'Union européenne. *Rapport final du Consortium DETERMINE*, 2010, 35 pages, in <http://health-inequalities.eu>

WHITEHEAD M. La lutte contre les inégalités de santé en Europe : comment les réduire. Lutter contre les inégalités sociales de santé. In C. Niewiadomski et P. Aïach. *Politiques publiques et pratiques professionnelles*. 2008, Presses de l'EHESP, p.109-118.

WILLEMS S., et al. Problématiques des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. *Santé conjugquée*, 2007, n°40, p. 25-34.