



**Document de base: “Tackling
Inequalities in Health - Interna-
tional *State of the Art*”**

DRAFT 17. septembre 2007

Bülent Kaya, Denise Efonayi-Mäder

Mandant : Office fédéral de la santé publique

© 2007 SFM

A l'attention de l'Office fédéral de la
santé publique
Septembre 2007

Table des matières

Résumé/Zusammenfassung	4
1 Introduction	4
1.1 Mandat et objectifs	4
1.2 Méthodes de travail	5
1.3 Concept d'inégalités de santé	6
1.4 Déterminants de la santé	8
1.5 Pourquoi est-il important de réduire les inégalités de santé?	10
1.6 Approche multisectorielle de réduction des inégalités de santé	12
2 Réduction des inégalités de santé : stratégies internationales et nationales	13
2.1 Organisation mondiale de la santé (OMS)	13
2.2 Union Européenne (UE)	15
2.3 Angleterre	18
2.4 Pays-Bas	23
2.5 Finland	29
2.6 Schweden	34
3 Schlussfolgerungen	40
3.1 WHO und EU	40
3.2 Stand der nationalen <i>Policies</i>	41
3.3 Welche Lehren lassen sich aus den bestehenden Aktionsprogrammen ziehen?	41
4 Bibliographie	47
5 Annexes	49
5.1 Tour d'horizon résumé (à compléter)	49
5.2 UE : La stratégie SCALE	57
5.3 Annexe	65

Résumé/Zusammenfassung

[sera rajouté sur la base du texte finalisé]

1 Introduction

1.1 Mandat et objectifs

En automne 2005, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a adopté *une stratégie pour une politique multisectorielle de la santé*, par laquelle il envisage d'agir sur les déterminants de la santé qui dépassent le secteur de la santé. Cette démarche passe, entre autres, par une réduction des inégalités de santé (*Inequalities in Health*) et une implication des autres administrations fédérales dans une démarche commune. Dans le cadre du développement de cette stratégie, l'OFSP souhaite connaître quelques expériences nationales et supranationales pouvant informer la Suisse en matière de stratégies d'action et de mesures politiques envisageables.

Le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) a été mandaté afin d'effectuer, dans une logique descriptive et comparative un *State of the Art* de ces expériences internationales de différents pays et des organisations supranationales. Ce tour d'horizon servira comme document de travail au groupe d'experts, qui est chargé d'élaborer une politique de réduction des inégalités de santé pour la Suisse.

Précisions terminologiques

Le terme « inégalités (sociales) de santé » ou « (sozial bedingte) gesundheitliche Ungleichheiten » est largement utilisé comme synonyme « d'iniquités de santé » (*health inequities*), même si au sens « technique », ce dernier terme ne concerne que les inégalités de santé injustes et évitables (cf. chapitre 1.3).

S'il est question de « différences de santé » ou de « gesundheitliche Unterschiede », on se réfère en général à des inégalités aux sens plus large, y compris à celles qui sont inévitables, car dues à l'âge ou au genre, par exemple.

De façon non analogue, on distinguera les termes – moins souvent utilisé dans ce document – « d'égalité » ou « Gleichheit » de celui « d'équité », qui est traduit par « Changleichheit ».

En tant que synonyme et au sens du terme anglais « policy » sont utilisés « politique publique » et Politik (aussi au pluriel « Politiken »).

1.2 Méthodes de travail

L'étude se base essentiellement sur l'analyse des documents officiels relevant en matière de réduction des inégalités de santé de quatre pays – la Grande-Bretagne, la Finlande, les Pays-Bas, la Suède – et deux organisations supranationales, à savoir l'Union européenne (UE) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'analyse est complétée par deux sources supplémentaires, à savoir des entretiens d'experts (*cf.* le Tableau 10 en annexe 5.3) et la revue d'un certain nombre de références scientifiques sur le sujet.

Nous avons procédé à une description « pays par pays » – de manière aussi systématique que les informations disponibles le permettaient¹ – des stratégies des pays et des organisations supranationales choisis. Celle-ci vise à fournir une meilleure compréhension des stratégies existantes. La présentation des différentes politiques publiques (ce terme est utilisé au sens de *policy*) fournit à notre avis des éléments intéressants pour la formulation d'une stratégie de santé publique, mais de véritables études de cas permettraient certainement d'approfondir les éléments mis à jour dans le cadre de ce rapport, qui concernent à la fois le contenu, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques présentées.

Si la description des différentes stratégies se veut la plus neutre possible, les passages concernant les points forts et faibles des politiques, de même que la partie conclusive, contiennent nécessairement des éléments appréciatifs qui s'appuient à la fois sur les opinions des experts consultés et les conclusions argumentés des auteurs.

1.2.1 Les pays et les organisations supranationales choisis

L'Angleterre est précurseur en la matière, notamment en ce qui concerne les bases scientifiques qui remontent au *Black Report* de 1980, suivi par le *Acheson Report* en 1997 et le développement des *health impact assessments*. Ce pays a mis en place de véritables institutions qui s'occupent de la thématique et a également servi à d'autres pays comme modèle (Pays-Bas et Suède). La **Finlande** est choisie pour sa politique volontariste avec des objectifs quantifiables et son engagement au niveau européen dans ce dossier, même si sa démarche est encore assez récente. Quant aux **Pays-Bas**, ils pratiquent une politique originale, expérimentale avec depuis assez

¹ Comme la récolte des informations se déroulait sur une période limitée durant les vacances d'été, il n'était pas possible de consulter tous les experts pressentis et rapports non-publiés pertinents pour le sujet.

longtemps de bonnes bases évaluatives des politiques mises en œuvre. De plus, le pays présente des ressemblances institutionnelles et liées à la population avec la Suisse. En ce qui concerne la **Suède**, elle présente une politique ambitieuse concernant le contenu et les ressources mises à disposition – volontaire et systématique – de santé publique, orientée vers l'équité dans le domaine de la santé et impliquant à la fois décideurs politiques, chercheurs et praticiens.

Ces quatre pays se caractérisent par une politique à la fois focalisée sur les inégalités sociales de santé, une approche délibérément intersectorielle et une bonne documentation en la matière (transparence, rapports, etc.).

L'UE a mis sur place un groupe de travail d'experts pour les déterminants sociaux et les inégalités de santé et préconise des mesures pour réduire les inégalités de santé. Elle est surtout active au niveau de l'information, de la recherche ainsi que de la mise en réseaux d'échanges d'expériences politiques et de savoir-faire. Elle a consacré un rapport au sujet en 2003 et soutient à la fois la recherche sur les déterminants de santé et la documentation sur les politiques et interventions. Quant à l'OMS, elle a fixé la réduction des inégalités sociales de santé – entre et à l'intérieur des Etats – comme une priorité depuis 20 ans. Elle suit également avec intérêt les initiatives dans les différents pays. Le bureau régional de l'Europe propose un cadre normatif dans ce domaine.

1.3 Concept d'inégalités de santé

De manière générale, on distingue le concept d'« *inégalités de santé* » de celui d'« *iniquités de santé* », une distinction qui se réfère aux différences de signification des deux termes en anglais : « *inequalities in health* » et « *inequities in health* ». Ce dernier concept se réfère à des inégalités qui sont considérées comme *inéquitables*, (Marchand et al. 1998), mettant l'accent sur le caractère à la fois *évitable* et *injuste*² de celles-ci en raison du fait qu'elles sont générées et maintenues par ce que Evans et Peters (2001) appellent les « *arrangements sociaux injustes* » (*unjust social arrangements*).

La question qui se pose ici est de savoir quelles sont donc les inégalités de santé qui sont inévitables, et celles qui peuvent et doivent être évitées. De manière générale, la littérature scientifique identifie sept grands facteurs qui sont à l'origine des inégalités de santé (Whitehead 1991: 6).

² Dans les documents de l'OMS, le terme « injuste » désigne une inégalité de santé qui n'est pas seulement *évitable*, mais aussi *non méritée*.

Tableau 1 : Facteurs évitables ou évitables et injustes engendrant les inégalités de santé

Facteurs	Considéré comme :
1. Les variations biologiques naturelles.	inévitables
2. Les comportements dangereux librement consentis, tels que la participation à certains sports et activités de loisirs.	inévitables
3. L'avantage temporaire en matière de santé que détient un groupe par rapport aux autres lorsqu'il est le premier à adopter un comportement favorable à la santé (pour autant que les autres groupes soient en mesure de rattraper cet écart sans trop de délai).	inévitables
4. Les comportements nuisibles pour la santé dans les situations où l'individu n'a que très peu de choix en matière de mode de vie.	évitable et injuste
5. L'exposition à des conditions de vie et de travail insalubres ou engendrant le stress.	évitable et injuste
6. L'accès insuffisant aux services de santé essentiels et autres services publics fondamentaux.	évitable et injuste
7. La sélection naturelle ou la mobilité sociale liée à la santé faisant que les personnes malades tendent à régresser dans l'échelle sociale ³ .	évitable et injuste

1.3.1 Inégalités de santé et iniquités de santé, inégalités sociales de santé utilisées de manière interchangeable

Bien que le terme d'« inégalités de santé » (inequalities in health) soit un terme générique pour désigner les disparités en matière de santé entre les individus ou les groupes et inclut en principe les différences inévitables dues par exemple à l'âge, ce terme est très souvent utilisé, même au Royaume-Uni, comme synonyme d'« iniquités de santé » (inequities in health) qui ne désignent que les inégalités évitables et injustes (Kawachi et al. 2002). Par ailleurs, plusieurs pays européens suivent cet usage, comme l'illustre le titre du « 2005 EU Summit on Tackling Inequalities in Health ».

Dans la littérature scientifique et les documents de l'OMS, on trouve aussi souvent le terme d'« inégalités sociales de santé » comme synonyme du terme iniquités de santé « iniquités de santé » (inequities in health).

Les inégalités de santé deviennent injustes et inévitables si le mauvais état de santé est dû à une mauvaise distribution sous-jacente des déterminants

³ Bien que le mauvais état de santé soit parfois lui-même inévitable, le fait qu'une personne malade tombe dans la pauvreté semble par contre être à la fois évitable et injuste.

sociaux de la santé (inégalité de chance en matière d'éducation ou d'emploi, par exemple).

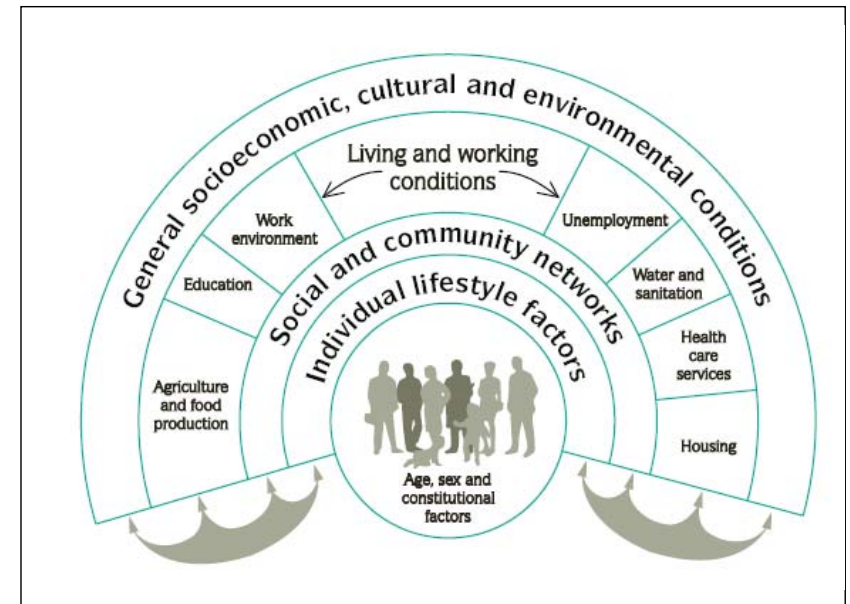
Par ailleurs, un consensus existe sur le fait, étayé par des données empiriques, que la santé et le bien être sont les produits de plusieurs facteurs, et qu'une compréhension approfondie des déterminants socio-économiques de la santé est essentielle pour le développement d'une politique en matière de santé publique. La distribution juste et équitable de ces déterminants apparaît ainsi comme l'enjeu primordial des politiques visant à réduire les inégalités de santé.

Dans le cadre de ce travail, nous nous référons aux iniquités de santé mais, utilisons le terme technique des inégalités de santé.

1.4 Déterminants de la santé

Les inégalités de santé résultent de l'interaction d'un certain nombre de facteurs, dont cinq groupes peuvent être identifiés comme l'illustre la Figure 1.

Figure 1 : Les déterminants majeurs de la santé



Source: Dahlgren et Whitehead (1993)

Comme l'illustre la Figure 1, ces groupes de facteurs incluent :

- 1 Conditions générales socio-économiques et environnementales qui déterminent les dimensions telles que le taux de chômage, l'échelle salariale et les programmes publics d'assistance sociale ;
- 2 Conditions de vie et d'emploi qui comprennent la position individuelle dans la société, déterminée par l'activité professionnelle, le revenu et le niveau d'instruction. La qualité du logement, l'accès aux services de soins ainsi que les conditions de travail sont également inclus dans cette catégorie ;
- 3 Réseau social et communautaire entourant l'individu qui joue un rôle important dans l'exclusion sociale de l'individu, provoquant des effets négatifs sur la santé ;
- 4 Facteurs individuels influençant les comportements sanitaires résultant du choix du style de vie, tel que fumer, manque d'activité physique, etc., qui détériorent la santé ;
- 5 Facteurs non modifiables se situant au niveau individuel tels que l'âge, le sexe, et les facteurs héréditaires.

Ce dernier groupe contient des déterminants de la santé qui sont relativement inchangeables, mise à part de possibilité de certains changements génétiques liée au récent développement en matière de technologie médicale.

Par contre, la grande partie des déterminants dans les autres groupes n'est que partiellement contrôlable par l'individu lui-même, le degré de maîtrise variant en fonction des ressources économiques des personnes ou groupes concernés.

Dans le milieu scientifique, le postulat selon lequel les inégalités de santé reflètent les inégalités socio-économiques a été largement étayé par des bases empiriques. Dès lors, la réduction des inégalités de santé passe par la lutte contre les inégalités socio-économiques, par des interventions sur les déterminants sociaux des inégalités de santé⁴, interventions qui sont considérées cruciales pour la réduction à long terme et durable des inégalités de santé.

⁴ Il convient de préciser ici que les déterminants sociaux de la santé ne sont pas nécessairement les mêmes que les déterminants sociaux des inégalités de santé. Parmi les nombreux facteurs sociaux qui influent sur la santé, certains, mais pas tous engendrent des inégalités de santé *inévitables* (évitable et injuste) entre les différents groupes sociaux.

Voyons maintenant brièvement quel sont les éléments justifiant la lutte contre les inégalités de santé dans une société.

1.5 Pourquoi est-il important de réduire les inégalités de santé?

Trois types d'arguments militent en faveur de la réduction des inégalités de santé : les arguments normatifs ou éthiques, sociétaux et économiques.

Arguments de nature normative

L'égalité comme principe de légitimation : Dans les sociétés démocratiques et libérales l'égalité est un principe fondateur qui s'inscrit comme un droit reconnu dans la Constitution⁵.

Mais l'argument basé sur l'équité est plus important dans ce contexte, car il va au-delà du principe d'égalité : Les inégalités de santé sont éthiquement indésirables et inacceptables dans la mesure où elles sont à la fois évitables et injustes (iniquités de santé). En effet, cet argument aborde la notion de l'équité en santé qui est devenu le terme de référence dans les textes de l'OMS. Les efforts promouvant l'équité en santé visent à créer des opportunités et supprimer des obstacles pour que chacun(e) puisse atteindre son plein potentiel de santé. L'équité sanitaire implique d'autre part la distribution juste des ressources nécessaires pour la santé. Elle s'inspire de la théorie de la justice distributive élaborée par John Rawls (1999) selon laquelle la répartition équitable est une question centrale pour la justice sociale. Le but ultime est d'éliminer de telles inégalités tout en les amenant au même niveau que les plus favorisés.

Actuellement, l'équité sanitaire est davantage considérée comme un objectif politique à atteindre par les stratégies visant la réduction des inégalités de santé et par les institutions internationales (OSM, EU).

Argument basé sur le principe des droits humains : adoptée en 1946, la constitution de l'OMS souligne le *droit à la santé* en proclamant : « la possession du meilleur état de santé qu'il soit capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». (WHO 1946). En 1948, l'article 25, paragraphe 1, de la *Déclaration*

⁵ En Suisse, l'article 8 de la Constitution fédérale est consacré au principe d'égalité.

universelle des droits de l'homme a jeté les bases du cadre juridique international du droit à la santé.

Depuis lors, le droit à la santé a été inscrit dans de nombreux traités internationaux et régionaux, juridiquement contraignants, relatifs aux droits de l'homme⁶.

Arguments de nature sociétale

Des inégalités de santé sont préjudiciables à la santé publique. De plus, dans le milieu scientifique, on suppose que les sociétés présentant de fortes inégalités sociales ont aussi moins de cohésion sociale (Wilkinson 1996). On constate un lien entre la bonne santé des individus dans une société et la cohésion sociale que Wilkinson décrit comme l'aspect social de la vie publique. On pourrait donc s'attendre à ce que la réduction des inégalités liées au revenu, par exemple, ait une incidence sur la santé qui, à son tour, aurait un impact positif sur la cohésion sociale.

Arguments de nature économique

Les programmes publics et les interventions visant la réduction des inégalités de santé sont susceptibles d'être rentables du point de vue du rapport coût/efficacité. Bien qu'il y ait peu de programmes qui aient fait l'objet d'évaluations formelles en ce sens (efficacité), on a pu montrer que certains résultats des interventions publiques induisent des effets « spill over » sur la santé publique et conduisent à une réduction des dépenses publiques consacrées à la santé. La santé est aussi une ressource primordiale pour atteindre d'autres objectifs dans la vie, tels une meilleure formation et emploi (Sen 2000). Dans le même ordre d'idées, un bon état de santé est un facteur de production, ce qui est particulièrement vrai pour les travailleurs des couches défavorisées, dont l'état physique constitue un instrument de travail indispensable, et de développement économique, car il fait parti du capital social d'une société.

Tableau 2 : Différents arguments en faveur de la réduction des inégalités de santé

Types d'arguments	Messages principaux articulés
-------------------	-------------------------------

⁶ En particulier, l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui est la pierre angulaire de la protection du droit à la santé dans la législation internationale. Le Pacte introduit des dispositions juridiquement contraignantes applicables à toutes les personnes dans les 146 Etats (dont la Suisse depuis 1992) qui l'ont ratifié.

Arguments de nature normative	
<i>équité</i>	Inégalités de santé sont <i>indésirables</i> et <i>inacceptables</i>
<i>droits humains</i>	Inégalités de santé sont contraires aux principes de droits humains, notamment à celui de droit à la santé
<i>égalité</i>	Inégalités de santé compromettent le principe d'égalité dans des sociétés démocratiques et libérales
Arguments de nature sociétale	Inégalités de santé sont <i>préjudiciables à la santé publique</i> et à la cohésion sociale
Arguments de nature économique	Réduction des inégalités de santé induit des effets « <i>spill over</i> » sur la santé publique, et conduit à une réduction des dépenses publiques consacrées à la santé
	Bon état de santé est un facteur de production, et renforce le capital social

1.6 Approche multisectorielle de réduction des inégalités de santé

Les actions visant à réduire les inégalités de santé reposent de plus en plus sur une approche multisectorielle. Deux raisons majeures jouent un rôle important : la première est le constat scientifique selon lequel une partie des déterminants à l'origine des inégalités de santé *inévitables* et *injustes* sont des déterminants sociaux généraux, très en amont du système de santé, tels l'emploi, conditions de vie dans l'enfance, un environnement de travail ou d'habitat sain, le revenu, par exemple. Cela signifie que d'autres secteurs aussi (non seulement le secteur de santé) doivent agir à fin de parvenir à une réduction effective des inégalités de santé (voir aussi, le Rapport sur la santé de la Commission européenne, 1996).

Quant à la deuxième raison, elle découle plutôt des résultats des évaluations des interventions publiques en matière de réduction des inégalités de santé. Dans plusieurs pays, notamment au Royaume-uni et aux Pays-Bas, il a été constaté que les mesures politiques dans le secteur de santé, visant à réduire les inégalités de santé ne sont raisonnables et effectives que si elle sont intégrées dans les interventions socio-politiques (sécurité sociale, politiques du marché du travail, de l'éducation, de logement etc.).

Une approche multisectorielle reconnaîtra, par exemple, que les politiques macroéconomiques, de taxation, de salaire minimum et d'aide sociale influent sur la santé de la population. Elle nécessitera ainsi l'engagement explicite de divers départements gouvernementaux et des secteurs sociaux – éducation, transport, protection environnementale, politique du marché du travail, etc.- dans la lutte contre les inégalités de santé.

L'approche multisectorielle de réduction des inégalités de santé suppose donc une mobilisation générale et coordonnée d'un ensemble de politiques publiques au service d'un objectif spécifique de réduction des inégalités de

santé. Elle reflète également un consensus sur l'objectif fixé entre différents départements ou ministères et les services publics à différents niveaux, du local au national ainsi qu'une interaction intense entre le secteur de santé et d'autres domaines de politiques publiques.

Au-delà de cette coopération intersectorielle autour d'un objectif défini, l'approche multisectorielle favorise aussi l'engagement des professionnels, des bénévoles et des communautés, de même que la société civile, dans la prise de décisions et la mise en œuvre des politiques et des interventions visant à réduire les inégalités de santé.

Plusieurs pays européens ont élaboré les stratégies politiques sur la base d'une approche multisectorielle. Dans le chapitre suivant, nous allons examiner quelques-unes de ces stratégies ainsi que celles proposées et par deux organisations supranationales, à savoir l'UE et l'OMS.

2 Réduction des inégalités de santé : stratégies internationales et nationales

2.1 Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'OMS est un des premiers acteurs qui a mis sur l'agenda la problématique de la réduction des inégalités de santé. La déclaration de Alma Ata (1978) a souligné que « l'existence d'inégalités de santé entre les pays développés et en voie de développement ainsi qu'à l'intérieur des pays est politiquement, socialement et économiquement inacceptable ».

La politique *Santé 21 : la politique-cadre de la santé pour tous pour la région européenne de l'OMS*, lancée en 1999, accorde une place centrale à la nécessité de réduire les inégalités de santé entre les États membres et plus encore entre les groupes sociaux au sein de chaque pays⁷. Le rôle de l'OMS vise à inscrire la question des inégalités de santé dans l'agenda politique des pays membres et à légitimer les interventions y relatives.

Avec la collaboration du Département de la santé de l'Angleterre, l'OMS - Europe a organisé, en mars 2007, un forum sur le problème des *déterminants sociaux de la santé et de la réduction des inégalités de santé*, qui a rassemblé les différents acteurs gouvernementaux chargés de la réduction des inégalités

⁷ <http://www.euro.who.int/document/health21/WA540GA199SA.pdf>, accédé le 10 septembre 2006.

de santé, et les représentants de certaines organisations internationales telles que l'UE, le Conseil de l'Europe ainsi que la Banque mondiale.

2.1.1 Stratégie

La politique *Santé 21* fixe des objectifs, dont certains sont quantifiables, pour atteindre une plus grande équité en matière de santé par le biais d'une approche multisectorielle

Motivation normative: l'équité en santé

Priorité: agir sur les déterminants socio-économiques, la pauvreté et l'exclusion sociale.

Groupes cibles: les enfants, les personnes âgées, celles qui abusent de substances addictives

Objectif ultime: d'ici 2020, l'écart de santé entre groupes socio-économiques devrait être réduit d'au moins un quart dans tous les États membres en améliorant nettement le niveau de santé des groupes défavorisés.

Objectifs spécifiques (targets):

- réduire d'au moins 25% l'écart d'espérance de vie entre groupes socio-économiques ; les valeurs des principaux indicateurs de morbidité, d'invalidité et de mortalité devraient être plus équitablement réparties entre les différents groupes socio-économiques ;
- améliorer les conditions socio-économiques qui influent sur la santé, notamment les disparités en matière de revenus, de niveau d'instruction et d'accès au marché du travail ;
- réduire la proportion de personnes vivant dans la pauvreté ;
- protéger de l'exclusion les individus ayant des besoins particuliers en raison de leur état de santé ou de leur situation économique ou sociale et leur permettre d'accéder facilement à des soins appropriés.

2.1.2 Perspectives d'avenir

L'OMS-Europe a mis sur pied une Commission globale sur les déterminants sociaux de la santé, composée de spécialistes de différents pays et d'experts des milieux scientifiques et sociaux. Mandatée pour une période de trois ans (2005-2008), la tâche principale de la commission est de produire des documentations et informations répondant aux besoins des pays en ce qui concerne le développement des instruments visant à réduire les inégalités sociales de santé.

De plus, l’OMS-Europe table sur le développement de supports techniques spécifiques destinés aux pays membres ainsi que sur la création des synergies d’action avec d’autres acteurs au niveau paneuropéen. L’Organisation reste une référence primordiale en matière de (politique de la) santé et a toujours une longueur d’avance par rapport à la plupart des Etats et organisations partenaires.

2.2 Union Européenne (UE)

En réaction à une approche très économique, qui met parfois à mal des politiques de santé nationales⁸, certains membres de l’UE ont commencé à faire pression pour que les intérêts sanitaires de la population soit mieux pris en compte. Mais depuis quelques années, l’UE attribue une place de plus en plus importante à la question des déterminants et, par voie de conséquence, des inégalités de santé, même si elle ne poursuit pas – du moins pour l’instant – de programme spécifiquement dédié à la réduction des inégalités de santé. La stratégie de santé 2000 de l’UE met l’accent sur l’existence de fortes variations de mortalité et de morbidité. Elle souligne également le fait que les personnes pauvres, les personnes défavorisées et les groupes socialement exclus sont exposés à un risque élevé de santé et de mortalité (European Commission 2000).

Un objectif général du *Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008)* est de s’attaquer aux inégalités de santé. Le programme soutient l’élaboration de stratégies et de mesures portant sur les déterminants socio-économiques de la santé ainsi que l’analyse des inégalités de santé à l’aide des données fournies par le système communautaire d’information sur la santé⁹.

Par ailleurs, les déterminants de santé occupent une place encore plus importante dans la nouvelle proposition de la Commission européenne pour un « *Programme en matière de santé et de protection des consommateurs*

⁸ La culture du tabac, par exemple, figure parmi les principaux bénéficiaires de subventions agricoles au sein de l’UE.

⁹ S’adressant plutôt au secteur de santé, le programme propose des actions de promotion de la santé accompagnées de mesures ainsi que des instruments spécifiques de réduction et d’élimination des risques. Priorités principales: réduire le nombre élevé des décès prématurés et d’affections provoqués par les grandes maladies comme le cancer ainsi que faire reculer les maladies mentales. En conséquence, l’accent sera mis sur les facteurs clés liés au mode de vie, à la situation socio-économique et à l’environnement tels que la consommation de tabac, l’alcool, la toxicomanie, la nutrition et le stress. <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11503b.htm> accédé le 14 septembre 2007.

2007-2013 », qui souligne l’existence d’inégalités majeures parmi les pays membres dans l’espérance de vie, en amont de l’accès au système de soins (European Commission 2005).

Inquête des effets de la pollution de l’environnement sur la santé, la Commission a présenté en 2004 une *stratégie européenne en matière d’environnement et de santé 2004-2010 (SCALE)*¹⁰ spécifiquement consacrée aux groupes les plus vulnérables (en particulier les enfants).

De plus, un groupe d’experts européens sur les déterminants sociaux et les inégalités de santé a été créé, en mars 2006, en tant que sous-groupe du comité de haut niveau sur la santé publique. Il a pour objectif d’offrir un forum pour l’échange d’informations et de bonnes pratiques entre les Etats membres sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités de santé.

Par ailleurs, l’UE a participé à la création du projet « *Closing the Gap : Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe* »¹¹ visant à fonctionner comme une plateforme d’échange d’expériences et de discussion sur le thème des inégalités de santé et les interventions publiques.

2.2.1 Stratégies

L’UE possède deux plans d’actions communautaires avec une composante de réductions des inégalités de santé qui relèvent d’une approche multisectorielle¹²: 1) programme d’action communautaire dans le domaine de la santé et de la protection des consommateurs (2007-2013) ; 2) stratégie en matière d’environnement et de santé « SCALE » décrite en 5.2.

Motivation normative: équité, universalité solidarité contribuant à maintenir une société juste et prospère ainsi qu’à une économie plus compétitive.

Priorité : s’attaquer aux déterminants socioéconomiques de la santé, à la pauvreté et l’exclusion sociale.

Approche: approche intégrée

¹⁰ http://ec.europa.eu/environment/health/pdf/com2004416_fr.pdf, accédé le 14 septembre 2007.

¹¹ <http://www.healthinequalities.org>

¹² Il est à noter que la « *stratégie de Lisbonne* » du l’UE, adoptée en 2000, reconnaît l’importance de la réduction de la pauvreté et de l’élimination de l’exclusion sociale. Dans la perspective de cette stratégie, un rapport analysant les actions mises en place par les pays membres identifie des priorités pour l’intervention politique dont l’implémentation contribuerait sans doute à réduire les inégalités de santé.

Le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé et de la protection des consommateurs (2007-2013) définit les objectifs et actions communs à la santé et à la protection des consommateurs¹³:

Objectifs:

- protéger les citoyens contre les risques et menaces qui échappent à la maîtrise d'un individu isolé;
- accroître la capacité des citoyens à prendre de meilleures décisions concernant leur santé et leurs intérêts en tant que consommateurs;
- intégrer dans toutes les politiques les objectifs de santé et de protection des consommateurs.

Afin de renforcer les nombreuses synergies entre la politique de santé et la politique des consommateurs, la proposition prévoit une série d'actions:

- établir une approche commune pour l'intégration des questions de santé et de protection des consommateurs dans les autres politiques communautaires;
- promouvoir la coopération internationale dans les deux domaines;
- améliorer la détection précoce, l'évaluation et la communication des risques, notamment par l'aide à la fourniture d'avis scientifiques, la collecte d'informations et la mise en place de réseaux de spécialistes et d'instituts;
- promouvoir la sécurité des produits et des substances d'origine humaine.

2.2.2 Perspectives d'avenir

Dans le cadre du programme d'action 2007-2013, une nouvelle stratégie de santé publique est actuellement en discussion. L'approche sera multisectorielle et focalisera les déterminants de santé, ce qui plaide pour une prise en compte encore plus ciblée de la réduction des inégalités de santé.

Le projet « Closing the gap », dont une phase vient de se terminer, poursuivra ses activités de plateforme de réflexion, de documentation et d'échanges sur la question des inégalités de santé.

¹³ <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11503c.htm>, accédé le 14 septembre 2007.

2.3 Angleterre

En Angleterre¹⁴, le débat sur les inégalités de santé a une certaine tradition et est très avancé, notamment grâce à des recherches scientifiques en la matière. Le rapport Black (1980), commandé en 1977 par le gouvernement travailliste et mis de côté par les conservateurs au pouvoir pendant longtemps est devenu entre-temps une référence mondialement reconnue, étant donné que c'est un des premiers rapports qui a mis en évidence la corrélation entre la pauvreté et la santé.

Après l'arrivée au pouvoir de New Labour en 1997, le thème de la justice sociale avec un accent explicite sur la réduction des inégalités de santé est devenu un objectif politique majeur. Un nouveau rapport indépendant a été commandé par le Département de la santé. Intitulé « Acheson Report », il précise que les inégalités de santé se sont accrues et souligne le rôle des déterminants sociaux et l'importance des politiques de réduction de la pauvreté et des inégalités de revenu (Acheson 1998).

Suite aux recommandations de ce rapport Acheson, le Gouvernement a publié en 1999 un livre blanc présentant un plan de lutte contre les inégalités sociales de santé (Health inequalities : an action report, 1999). En 2003, le gouvernement a mis en place un *Programme for Action* (2003) de lutte contre les inégalités de santé.

2.3.1 Processus d'élaboration

L'élaboration de la stratégie a été précédée d'importantes d'études scientifiques, menées dans les années quatre-vingt-dix. En mesurant l'ampleur¹⁵ des inégalités de santé et fournissant des connaissances sur leurs déterminants, celles-ci ont contribué à nourrir la réflexion sur le sujet. Cette prise de conscience scientifique a éveillé l'intérêt politique qui s'est traduit par la suite dans une véritable volonté de lutte contre les inégalités de santé.

Le gouvernement a commandé un rapport indépendant pour aborder la problématique. Les premières propositions gouvernementales, élaborées en

¹⁴ L'Angleterre est une de quatre entités (Scotland, Pays de Galles et Irlande du Nord) qui constituent le Royaume-Uni. La responsabilité en matière de santé appartient au gouvernement de chaque entité. Tous les pays du Royaume-Uni reconnaissent la nécessité de réduire des inégalités de santé et ont une approche commune se concentrant sur les déterminants sociaux de la santé, le secteur de santé et les comportements sanitaires.

¹⁵ Pour la situation actuelle concernant la mesure des inégalités de santé en Angleterre, cf. Cross-cutting Review on Inequalities in Health (Department of Health 2002b).

concertation avec les experts, les travaux interministériels ont été mises en débat lors de réunions régionales.

Pour déterminer des interventions concrètes, le gouvernement a organisé, d'abord un processus de consultation publique (Department of Health 2002a), puis ensuite une revue intergouvernementale des programmes et des services efficaces pour agir sur les déterminants des inégalités de santé (Department of Health 2002b).

Les résultats de la consultation ainsi que de cette revue prônant certaines actions et des réallocations de ressources ont permis au Department de la Santé et à onze autres départements gouvernementaux de déterminer un plan d'action intersectorielle pour la période 2003-2007 (*Tackling Inequalities in health: A programme for Action pour la période*).

2.3.2 Stratégie

Le plan d'action vise à réduire les inégalités de santé en s'attaquant à leurs déterminants majeurs, tels la pauvreté, les mauvais résultats scolaires, les mauvaises conditions de vie et de logement ainsi que le chômage, etc. Cette volonté générale est soutenue par les objectifs de service public (Public service agreement - PSA).

Motivation normative : contribuer à la prospérité économique et à la justice sociale.

Priorité : améliorer la santé des groupes et des communautés les plus pauvres en ramenant le taux d'écart de santé au plus près de celui du reste du pays.

Objectif ultime : réduire de 10 % à l'horizon 2010 les inégalités de santé mesurées par la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance.

Objectifs spécifiques (targets) :

- réduire la différence de mortalité infantile entre la classe des travailleurs manuels et la population générale de 10 % à l'horizon 2010 ;
- réduire de 10 % à l'horizon 2010 la différence d'espérance de vie à la naissance entre le quintile des zones les plus défavorisées et la moyenne nationale.

Approche : parvenir à une réduction à long terme et durable des inégalités de santé par le biais d'une démarche intégrée, globale, pragmatique et opérationnelle cherchant une concrétisation rapide.

Dimensions thématiques :

- soutien aux familles, aux mères et aux enfants (diverses mesures y compris financières);
- promotion de l'engagement communautaire et des individus ;
- prévention, l'accès à des soins et le traitement efficace ;
- actions sur les déterminants sociaux de la santé.

Principes étayant les dimensions thématiques:

- prévenir la détérioration des inégalités de santé en réduisant le fait d'être exposé au risque ;
- travail de mainstreaming en rendant les services publics davantage réceptifs pour les besoins des groupes défavorisés ;
- focaliser sur les interventions spécifiques (de façon complémentaire au mainstreaming) visant l'innovation, à prendre en compte des problèmes de eux qui peuvent avoir le problème d'accès aux services, etc. ;
- soutenir les actions prévues par le biais d'une politique claire surveillant sa réalisation efficace dans les régions (Public service agreement) ;
- réalisation au niveau local afin d'atteindre les standards nationaux et une diversité locale dans les prestations de service.

Coopération intersectorielle:

Douze départements gouvernementaux s'associent au plan d'action¹⁶. De plus, les programmes nationaux existants (programmes de soutien à la petite enfance (*Sure Start*), de rénovation des quartiers (*Neighbourhood renewal*) ou d'amélioration de l'habitat en direction des familles pauvres, par exemple) participent également à la réalisation du plan d'action.

¹⁶ Outre le Département de la santé, onze autres départements sont impliqués et responsables pour la stratégie, à savoir: Office of the Deputy Prime Minister, Cabinet Office, HM Treasury, Home office, Department for Trade and Industry, Department for Work and Pensions, Department for Transport, Department for Environment, Food and Rural Affairs, Department of Culture, Media and Sport, Department for Education and Skills, Department for Constitutional Affairs.

Ce dernier définit clairement la collaboration intersectorielle, les interventions et les objectifs pour chaque dimension thématique ainsi que le rôle des ministères impliqués.

Nous illustrons de manière détaillée cette collaboration et mobilisation interministérielle pour la dimension thématique « soutien aux familles, aux mères et aux enfants » dans le Tableau 4 en annexe. Le rôle de cinq départements impliqués dans les actions prévues est défini pour trois domaines d'intervention, à savoir : maternité, santé infantile et le développement de la santé infantile ; améliorer la chance de vie des enfants et des jeunes ; réduction des grossesses chez les adolescentes et soutenir les mères adolescentes.

2.3.3 Responsabilité institutionnelle, organisation et acteurs

Le caractère transversal du plan d'action nécessite une forte coordination politique et une implication gouvernementale, dépassant largement le ministère de la Santé.

Niveau national : le Sous-comité sur l'exclusion sociale, présidé par le Premier ministre, surveille le plan d'action au niveau national. Le Département de la santé assume le rôle de défendre le plan d'action au sein du gouvernement. Une unité spéciale sur les inégalités de santé (*Health Inequalities Unit*) a été mise en place au sein du Département de la santé afin de coordonner des travaux entre différents départements et de travailler avec les acteurs locaux et les ONGs.

Par ailleurs, le rôle du service national de santé (NHS) dans la lutte contre les inégalités de santé est souligné comme essentiel, notamment dans les quartiers défavorisés.

Niveau régional : les offices gouvernementaux (GOs), les assemblées et les agences de développement régionaux se voient attribués un rôle important de partenaires, notamment en promouvant l'inclusion sociale par le biais de la modernisation des services publics. Les GOs sont également responsable pour la coordination des initiatives régionales visant la réduction des inégalités de santé.

Niveau local : les autorités locales et les groupes de soins primaires (Primary care trusts) portent une responsabilité considérable agissant en tant que chef de file pour les actions à travers les partenariats stratégiques locaux. Les autorités locales ont introduit les contrats locaux d'objectifs de services publics (PSAs) concernant les inégalités de santé. La réalisation du plan d'action exige également la participation effective des utilisateurs, des organisations de la société civile et communautaires, des ONGs ainsi que du secteur privé.

Le cadre institutionnel détaillé de la mise en place du plan d'action est illustré dans le Figure 3 de l'annexe 1.

2.3.4 Monitoring et évaluation

Le monitoring du plan d'action appartient au gouvernement par le biais du Département des finances. Le Plan d'action a déterminé les indicateurs majeurs au niveau national et local pour mesurer le progrès et la performance intermédiaires.

Douze indicateurs ont été déterminés pour mesurer les résultats intermédiaires au niveau national, le Tableau 5 en annexe détaille le contenu de ces indicateurs qui sont : accès aux soins, accidents routiers, pauvreté infantile, diètes spéciales, éducation, sans foyer, logement, vaccinations, sport scolaire, prévention du tabagisme, conception chez l'adolescente, mortalité issue des maladies responsables du plus grand nombre de décès,

Evaluation

Assisté par un group scientifique, le rapport gouvernemental *Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action* a évalué en 2005 les interventions du plan d'action. Le Tableau 6 de l'annexe 1 donne un aperçu détaillé des résultats obtenus pour chaque indicateur national. De manière générale, le rapport conclut que:

- le changement effectif concernant la réduction des inégalités de santé est un processus à long terme;
- les interventions en place contribuent à une réduction des inégalités de santé¹⁷, même si on n'observe pas de changement significatif en termes de valeurs absolues et relatives dans certains domaines.

2.3.5 Perspectives d'avenir

Selon une récente revue, un certain nombre de démarches supplémentaires sont nécessaires afin d'atteindre l'objectif 2010 (Department of Health 2007):

- davantage concentration sur l'atteinte de l'objectif ;
- identification de manière claire des actions nécessaires et efficaces et les besoins afin d'atteindre l'objectif, et évaluation des interventions ;

¹⁷ La pauvreté infantile constitue un des thèmes pour lequel on observe une amélioration significative : la proportion d'enfants dans la pauvreté absolue en Angleterre est réduite de moitié en cinq ans. La stratégie affiche des résultats très positifs dans la lutte contre la pauvreté infantile.

- intégration du thème des inégalités de santé dans les services locaux, et formation du partenariat au niveau local ;
- former un *spearhead group* dans les zones désavantagées pour les nouvelles interventions afin d'améliorer la santé des groupes et des zones nécessitant des interventions plus rapides qu'ailleurs ;
- renforcer les programmes interministériels pour une réduction long terme et durable des inégalités de santé.

2.3.6 Points forts

- fort degré de consensus politiques sur le caractère inacceptable des inégalités de santé ;
- stratégie globale basée sur l'accumulation d'un certain nombre de connaissances scientifiques issues de diverses revues, analyses, rapports etc. sur les déterminants de la santé ;
- fixation des objectifs quantifiables ;
- soutien des acteurs concernés et communautaires par le biais d'une consultation publique qui a également permis d'identifier différents partenariats exemplaires (Contrats locaux d'objectifs) au niveau local;
- combinaison des facteurs en amont (revenu, éducation, emploi) avec ceux en aval (comportements sanitaires) ;
- fort consensus entre les divers départements gouvernementaux sur l'engagement multisectoriel ;
- approche territoriale visant les populations désavantagées dans les quartiers ;

2.3.7 Points faibles

- absence de mécanismes promouvant et rassurant le progrès des mesures visant la réduction des inégalités de santé ;
- manque d'évaluations indépendantes et systématiques des interventions afin d'estimer leur impact sur les individus ;
- manque d'études scientifiques sur les interventions plus efficaces possibles.

2.4 Pays-Bas

Aux Pays-Bas, l'émergence du problème des inégalités de santé dans l'opinion publique remonte aux années 80, notamment à la suite du rapport Black au Royaume-Uni, et partiellement d'une étude montrant l'existence des

inégalités de santé entre les différentes municipalités à Amsterdam ainsi que de l'effet du processus lié à la stratégie de l'OMS « *Health for all* ». Ces éléments ont créé un consensus, notamment entre les principaux partis politiques, que ces inégalités sont inacceptables et remettent en cause la cohésion sociale (Stronks 2002).

Comme conséquence, le gouvernement a lancé en 1989 un programme national de quatre ans de recherche se donnant pour but de documenter l'ampleur et les déterminants des inégalités de santé. Quand ce programme s'est terminé en 1994, le comité de recherche a recommandé un nouveau programme national de recherche, cette fois-ci avec un accent sur le développement et l'évaluation des mesures susceptibles à réduire les inégalités socio-économiques de santé. Ce second programme a permis des expérimentations concrètes de douze interventions envisagées qui ont duré cinq ans (1995-2000). Le comité dudit programme, a publié son rapport résumant les expériences et les leçons, tirés de cette phase, et proposant des mesures concrètes.

Dès le début de l'année 2001, un comité national sur les inégalités socio-économiques de santé ¹⁸, composée d'experts de plusieurs domaines (économie, éducation, santé etc.) et de politiques appartenant aux différents partis politiques, a été réuni afin de définir une stratégie globale de réduction des inégalités socio-économiques de santé.

Bien que le rapport du comité remis au Parlement fin 2001 ait reçu une large audience, la période d'instabilité politique qui a suivi en 2002-2003 a suspendu le processus de mise en œuvre de la stratégie recommandée par le comité. Un certain nombre d'interventions prévues par cette stratégie ont cependant été mises en pratique dans certaines municipalités.

2.4.1 Situation actuelle

Les Pays-Bas ne possèdent actuellement pas de stratégie nationale et multisectorielle de lutte contre les inégalités socio-économiques de santé, mais une stratégie de réductions des différences de santé, mesuré en termes

¹⁸ Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health-second phase. Reducing Socio-Economic Inequalities in Health. Final report and policy recommendations from the Dutch Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health-second phase. Den Haag: ZON MW, 2001.

d'espérance de vie, dans les 30 grandes villes (*Major Cities Policy*) pour une période de cinq ans 2005-2009¹⁹.

2.4.2 Stratégie recommandée (par le comité d'experts)

Sur la base de l'évaluation quasi-expérimentale des douze interventions (cf. le Tableau 7 de l'annexe1) expérimentées durant la seconde phase, le comité national a déterminé les objectifs quantifiables et recommandé de mettre en œuvre seize politiques et interventions pour les quatre stratégies adoptées pour la phase d'expérimentations (Mackenbach et Stronks 2004).

La stratégie enjambe la gamme entière entre les mesures en amont, visant les inégalités socio-économiques de santé et les mesures en aval notamment ceux visant l'accessibilité et la qualité des services de soins de santé.

Motivation normative : la référence à l'équité n'est pas très explicite dans la stratégie néerlandaise, même si le consensus autour du fait que les inégalités de santé *injustes* sont inacceptables et remettent en cause la cohésion sociale constituent son point de départ normatif.

Priorité : agir sur les inégalités socio-économiques de la santé, définies comme différences systématiques de santé, définie en termes d'espérance de vie, entre les groupes socio-économiques.

Objectif ultime²⁰ : réduire, à l'horizon de 2020, de 12 à 9 ans la différence d'espérance de vie sans incapacité entre les personnes de haut et bas statut socio-économique, grâce à une forte augmentation de l'espérance de vie en bonne santé du groupe le plus défavorisé.

Objectifs spécifiques (targets) : des objectifs intermédiaires quantifiables ainsi que des interventions et des mesures politiques considérées comme faisables ont été définis correspondant aux quatre stratégies d'actions choisies lors de la phase d'expérimentations. Nous les résumons ci-dessous (pour l'ensemble des objectifs quantifiables, cf. le Tableau 8 et pour les interventions et mesures politiques recommandées):

- **Améliorer la position socio-économique des personnes les plus défavorisées** : réduire le nombre de ménages pauvres, augmenter le

¹⁹ Financée par le gouvernement central, la stratégie *Major Cities Policy* est une stratégie plutôt sectorielle mettant l'accent sur les thèmes tels l'obésité, l'approche communautaire, la jeunesse exposée au risque, etc. par exemple.

²⁰ L'objectif quantifiable de l'OMS constitue le point de départ de l'objectif ultime néerlandais.

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

- **Diminuer les effets des problèmes de santé sur la position socio-économique** : maintenir le niveau des pensions d'invalidité au niveau de 2000 et augmenter le pourcentage de personnes âgées de 25 à 64 ans occupant un emploi rémunéré parmi les personnes souffrant d'une maladie chronique ;
- **Diminuer l'exposition aux facteurs de risque contribuant aux inégalités sociales de santé** : réduire les différences entre groupes d'éducation, de tabagisme, de sédentarité, d'obésité, d'exposition à des contraintes physiques liées au travail et de contrôle sur le lieu de travail ;
- **Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins** : maintenir au niveau de 1998 les différences de consommations de soins entre groupes d'éducation.

Approche : approche expérimentale visant à développer et à évaluer des interventions effectives, efficaces, simples et pragmatiques.

Groupes-cible au niveau local : suivant la municipalité, trois groupes semblent constituer les groupes-cible à savoir, les groupes socio-économiques ayant de bas revenus, les personnes sans abri et les habitants des quartier défavorisé.

Collaboration : Signé en février 2002 par le Ministère de la santé, le Ministère des affaires intérieures, l'Association des municipalités néerlandaises et l'Association des services de santé des municipalités, le Contrat national pour la santé publique a désigné la réduction des inégalités socio-économiques de santé comme sa priorité majeure et responsabilise les autorités signataires.

Le milieu scientifique constitue également un partenaire indispensable dans cette collaboration. Il est impliqué à tous les stades de démarches et des phases.

Financement: un fond public (*Public Health Fund and Healthy Living Programme*) est disponible pour financer des projets visant la réductions des inégalités de santé ainsi que la recherche en la matière.

Responsabilité institutionnelle, organisation et acteurs

L'acteur principal de l'initiative en faveur de la réduction des inégalités socio-économiques de santé est le Ministère de la santé. C'est ce dernier qui est impliqué directement dans le développement et la mise en place des trois phases de l'élaboration de la stratégie néerlandaise, et détient la responsabilité institutionnelle à tel point que tous les rapports des comités travaillant sur la problématique sont directement soumis au Ministre de la santé.

Dès 2003, la réduction des inégalités de santé est considérée comme un objectif politique local de la plupart de grande majorité des municipalités. Etant donné que ce sont ces dernières qui ont des compétences légales en matière de promotion de la santé, elles sont responsables à développer des initiatives visant à réduire les inégalités de santé et certains ont déjà mis en place certaines des interventions recommandées par le Comité du programme national.

De plus, il y a un certain nombre d'acteurs locaux tels les Fondations oeuvrant en matière de santé qui interviennent aussi dans la réduction des inégalités socio-économiques de santé.

2.4.3 Monitoring et évaluation

Avec la collaboration du milieu scientifique, pour chacune des douze interventions, des protocoles d'évaluation très précis ont été mis en place dès le démarrage du programme d'expérimentations.

L'évaluation de ces expérimentations a montré que sept sur douze interventions ont donné des résultats satisfaisants qui sont :

- programme intégré en prévention du tabagisme en milieu scolaire ;
- programme de « brossage des dents » dans les écoles primaires ;
- méthodes de travail et des équipements adaptés pour les maçons ;
- roulement dans les tâches des éboueurs ;
- formation des réseaux de soins locaux ;
- éducation par les pairs des patients diabétiques d'origine turque ;
- introduction de la pratique infirmière pour les patients asthmatiques et souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques.

De manière générale, il est à noter que les interventions sur les conditions de travail sont jugées particulièrement efficaces, ainsi que les interventions ciblées qui seraient à privilégier, notamment pour la prévention. Par contre, l'allocation fournie aux parents défavorisés et la campagne de prévention de masse sont jugées peu efficaces (Mackenbach et Stronks 2004).

De plus, sous l'égide du Ministère de la santé, l'Institut national pour la santé publique et l'environnement (*The Royal Institute for Public Health and Environment*) a mis sur place dès 2006 un système de monitoring en matière d'inégalités de santé afin de produire des données sur les inégalités de santé aux Pays-Bas. Il est également responsable pour l'évaluation du progrès de l'objectif ultime, à savoir réduire, à l'horizon de 2020, de 12 à 9 ans *la différence d'espérance de vie sans incapacité* entre les personnes de haut et bas statut socio-économique.

2.4.4 Perspectives d'avenir

Les différents acteurs néerlandais (fondations oeuvrant pour la santé, représentants des municipalités, autorités locales en charge de santé, représentants du Ministère de santé, etc.) qui ont participé au séminaire organisé, aux Pays-Bas, dans le cadre du projet « *Closing the Gap* » en février 2007 ont déclaré une manifeste invitant le gouvernement à déterminer un **plan d'action national** en matière de lutte contre les inégalité de santé. Ce manifeste propose les stratégies suivantes :

- renforcer l'approche centrée sur les quartiers défavorisés ;
- investir dans les politiques en matière d'éducation pour les groupes défavorisés et dans la réduction de la pauvreté ;
- mettre en place un programme promouvant une bonne éducation physique dans les écoles primaires ;
- considérer prévention et la promotion de styles de vie d'avantage favorable pour la santé comme une part intégrante dans la franchise de base de l'assurance de maladie ;
- minimiser légalement la disponibilité des produits non sains.

2.4.5 Points forts

- existence d'une forte volonté politique et d'engagement au niveau local pour lutter contre les inégalités de santé ;
- collaboration entre les décideurs et les chercheurs pour le développement d'une stratégie basée sur des données factuelles ;
- démarche centrée sur l'efficacité et l'efficience des interventions possibles ;
- fixation des objectifs quantifiables ;
- mettre l'accent sur l'importance du maintien de certains acquis (par exemple, du niveau des pensions pour les inactifs pour raison de santé et d'invalidité, de l'accessibilité financière aux soins aux personnes de bas statut socio-économique) ;
- traiter non seulement l'effet des inégalités sociales sur la santé, mais aussi l'effet inverse par le biais des interventions visant à réduire les effets de la santé sur le statut social (adaptation des postes de travail pour faciliter l'emploi des personnes handicapées ou soutien scolaire aux enfants malades, par exemple).

2.4.6 Points faibles :

- coût des interventions et des mesures proposées n'est pas estimé ;
- nécessité d'un arsenal méthodologique d'une grande envergure pour estimer l'efficacité des mesures politiques, ce qui a apparu impossible en pratique. De ce fait, l'évaluation planifiée de certaines interventions n'a pas été faisable et par conséquent leur succès n'est pas connu, par exemple ;
- mobilisation insuffisante d'autres domaines politiques (multisectorielle) au niveau national pour la réduction des inégalités de santé, liée partiellement à l'esprit selon laquelle la problématique de réductions des inégalités de santé appartient fortement à la responsabilité du Ministère de la santé.

2.5 Finland

Finnland kann auf eine reiche Erfahrung im Bereich der Erforschung und Umsetzung von Public-Health-Policies zurückblicken. Erste Vorstösse wurden schon in den sechziger Jahren in dem damals relativ armen Land mit grossen regionalen und sozio-ökonomischen Unterschieden gemacht. Bereits 1986 verabschiedete Finnland eine breit angelegte nationale Gesundheitspolitik „*Health for all by the Year 2000*“, die unter anderem auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten abzielte.

Neben den Universitäten befassen sich drei renommierte und (weitgehend) staatlich finanzierte Forschungsinstitute u.a. mit Public-Health-Angelegenheiten, sammeln Daten, evaluieren Politiken und informieren die Öffentlichkeit.²¹ Das Thema steht bei allen Parteien über das politische Spektrum hinweg – wenn auch mehr oder weniger prominent – auf der politischen Agenda.

Das laufende Programm „*Health 2015*“ wurde 2001 nach intensiven Vorbereitungen unter der Leitung des *Advisory Board for Public Health* verabschiedet, das von der Regierung eingesetzt worden war. Die Erarbeitung involvierte verschiedene Ministerien, Gebietskörperschaften, Sozialpartner, NGOs und Forschungskreise.

²¹ Das National Public Health Institute (KTL), National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) und das Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) beschäftigen je mehrere Hundert Mitarbeitende.

Unter den acht Hauptzielen dieses Programms, wovon fünf altersgruppenspezifisch formuliert sind, ist eines eigens der Verringerung sozialer Ungleichheit und Verbesserung der sozialen Situation von besonders benachteiligten Bevölkerungsgruppen gewidmet. Ein starker Fokus liegt ferner auf der Gesundheitsförderung und ergo auf einer multisektoralen Ausrichtung der Politik, die im Rahmen der EU-Präsidentschaft (2.Halbjahr 2006) prioritäres Thema war und Anlass zu einer breiten Konsultation von 11 Ministerien zu Gesundheitsfragen gab, die in eine international beachteten Publikation über *Health in All policies* (Stahl et al. 2006) einmündete.

2.5.1 Neuer Aktionsplan (in Vorbereitung)

Vor zwei Jahren initiierte das Sozial- und Gesundheitsministerium die Vorbereitung eines neuen Aktionsprogramms, das eigens auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten abzielt und künftig in das laufende Programm *Health 2015* eingebettet werden soll.

Den Ausschlag für diese Initiative gaben sowohl Studienerkenntnisse als auch politische Interessen. Zum Einen wiesen Forschungsergebnisse, die auf eine Zunahme sozial bedingter Mortalitätsdifferentialen und im internationalen Vergleich erhebliche soziale Unterschiede beim Zugang zum Gesundheitssystem hin (OECD 2004).²² Die Resultate einer finnischen Evaluation nationaler Public-Health-Strategien in Schweden, Grossbritannien und den Niederlanden unterstrichen ferner die Notwendigkeit, die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten im Rahmen eines spezifischen Aktionsprogramms zu fokussieren.²³ Zum Anderen engagierte sich die Gesundheitsministerin in ihrer Kampagne stark für dieses Anliegen, das auch von zahlreichen höheren Beamten in den zuständigen Diensten kontinuierlich unterstützt wurde.

Die Vorbereitungen für das neue Programm sind noch bis Ende Jahr in Gang. In den folgenden Ausführungen wird – soweit Informationen vorhanden sind – auf den neuen Aktionsplan und bezüglich der übrigen Punkte auf das bereits laufende Programm *Health 2015* Bezug genommen.²⁴

²² Finnland wurde zusammen mit Portugal bezüglich des Zugangs zum Gesundheitssystem nur wenig besser als die USA und Mexiko eingestuft.

²³ Nur in Finnisch verfasst mit einer englischen Zusammenfassung (eine Seite).

²⁴ Da zum Zeitpunkt der Redaktion keine publizierten Unterlagen in englischer Sprache vorliegen, stützt sich die Beschreibung ausschliesslich auf die Ausführungen der Experten.

2.5.2 Strategie

Begründung: Neben der normativen Begründung, die spezifisch auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten Bezug nimmt, spielt in der (politischen) Diskussion auch die ökonomische Argumentation eine beachtete Rolle (*Turning health into wealth*).

Der Aktionsplan umfasst insgesamt sechs Hauptachsen, die allerdings bis zur Lancierung nächstes Jahr noch Änderungen erfahren können:

1. Die erste Achse steht unter dem Zeichen eines politikübergreifenden Ansatzes, der auf soziale Determinanten abzielt: Armutsbekämpfung, Eingliederung, Erziehung, Zusammenarbeit mit NGO²⁵ und Vorstösse auf lokaler²⁶ wie auch nationaler Ebene.
2. Die zweite Achse betrifft im Einzelnen Gesundheitsverhalten und -vorsorge.
3. Chancengleichheit im Zugang zum Gesundheitswesen und strukturelle Reform des Gesundheitswesens (inkl. Finanzierung). Die Auslagerung gewisse Tätigkeiten an private Akteure steht noch zur Debatte.
4. Soziale und Gesundheitsdienste insbesondere für ältere Menschen, Arbeitslose usw.
5. Information über Gesundheit und Forschung über Health Literarcy.
6. Vorkehrungen zur Umsetzung des Aktionsplans.

Zielgruppen: Der neue Aktionsplan zielt auf sämtliche unterprivilegierte und vom Arbeitsprozess ausgeschlossene Personen (Arbeitslose, Alte, Kinder) ab. *Health 2015* fokussiert folgende Gruppen: Kinder (Unsicherheit), Jugendliche (Risikoverhalten), junge Männer (Unfälle, Gewalt), Erwerbstätige (Arbeitsbedingungen) und alte Menschen.

Inwiefern quantitative Zielsetzungen verfolgt werden sollen, steht noch nicht definitiv fest. Während die Regierung an quantitativen Meilensteinen interessiert ist, verweisen ExpertInnen auf die Limiten der zahlenmässigen Erfas-

²⁵ NGO sind sehr aktiv im Gesundheitswesen, erreichen aber eher mittlere und privilegierte Schichten.

²⁶ Im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen haben Gebietskörperschaften eine hohe Autonomie.

sung und betonen vielmehr die Notwendigkeit von realistischen Umsetzungsplänen mit klaren Zwischenzielen für die Umsetzungspartner.²⁷

2.5.3 Organisation

Als Basis für die Entwicklung des neuen Aktionsplans (die genaue Bezeichnung steht noch nicht fest) dienen die Arbeiten des Teroka-Projekts, das folgende Ziele verfolgt:

- Aufbau einer Wissensbasis und Datenbank für das Monitoring von gesundheitlichen Ungleichheiten, Information;
- Fördern der notwendigen Zusammenarbeit und Politiken sowie Massnahmen, die auf die Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten hinzielen;
- Weiterentwicklung von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen.

Die Teroka-Gruppe umfasst ein multidisziplinäres ExpertInnen-Team und Mitgliedern der drei wichtigsten Public-Health-Institute (KTL, STAKES, FIOH). Die Arbeit wird von einer Steuergruppe begleitet, in der u.a. VertreterInnen aus dem Sozial- und Gesundheitsministerium und der regionalen Behörden Einsitz haben.

Über den Umfang der Finanzierung des Aktionsplans ist noch nicht entschieden; die Ausarbeitung läuft grösstenteils über vorhandene Strukturen und Ressourcen, zumindest was die staatlichen Stellen angeht.

Was *Health 2015* angeht, so wird die Umsetzung vom Public Health Komitee²⁸, das wiederum VertreterInnen aus verschiedenen Politikfeldern, Verwaltungsebenen und Interessengemeinschaften vereint, und dem Ministerium für Soziales und Gesundheit koordiniert. Involviert sind zahlreiche andere Ministerien und Gebietskörperschaften, deren Zusammenarbeit teilweise im Rahmen von Unterkomitees mittels gemeinsamer Zielvereinbarungen gesteuert wird (beispielsweise sub-committee for local action).

2.5.4 Monitoring und Evaluation

Health 2015: Das Komitee ist für das Monitoring der Strategieumsetzung zuständig. Es einigt sich auf auszuwählende Indikatoren, die regelmässig zu

²⁷ Bezüglich Health 2015 ist bereits absehbar, dass verschiedene Ziele nicht erreicht werden können, was möglicherweise weniger mit dem Programm als externen Faktoren zusammenhängt.

²⁸ Das Komitee wird auf Vorschlag des zuständigen Ministeriums von der Regierung für jeweils drei Jahre gewählt und verfügt über einen Generalsekretär mit Vollzeitpensum.

erheben sind und leitet die Evaluation der Zielerreichung, die alle vier Jahre im *Social und Health Report*²⁹ dokumentiert werden. Der Report wird dem Parlament unterbreitet und fließt in den Jahresbericht der Regierung ein.

Finnland verfügt generell über gute statistische und qualitative Monitoring-systeme, die einen Vergleich zwischen Regionen und sogar Lokalitäten erlauben. Neben jährlichen Befragungen über Gesundheit, Gesundheitsverhalten und fünfjährigen Erhebungen von Risikofaktoren werden auch im Rahmen der Sozialversicherungen wichtige Daten gesammelt.

2.5.5 Stärken

- Vorstöße zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit sind institutionell gut verankert und stossen in der Bevölkerung auf hohe Akzeptanz. Sie stehen seit den achtziger Jahren auf der politischen Agenda und werden über das ganze politische Spektrum hinweg unterstützt, auch in der eher konservativ eingestellten ländlichen Bevölkerung.
- Finnland verfügt über mehrere staatlich finanzierte Forschungsinstitute, die sich mit dem Thema intensiv befassen und die soziale wie gesundheitliche Entwicklung dokumentieren, was eine wichtige Basis für die Politikentwicklung darstellt.
- Sowohl die laufende Strategie *Health 2015* als offensichtlich auch das neue Aktionsprogramm sind aufgrund einer faktisch gut abgestützten Politikformulierung entstanden und berücksichtigen neueste Erkenntnisse nationaler und internationaler Studien.
- Die übersektorale Zusammenarbeit wird durch zahlreiche bereits bestehende Erfahrungen und Vorstöße erleichtert. Finnland hat im Rahmen eines multisektoral gut abgestützten Programms zur Verminderung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Karelia) international beachtete Erfolge erzielt.
- Finnland ist in internationalen Gremien der WHO und EU sehr aktiv und hat im Rahmen der EU während seiner Präsidentschaft 2006 wesentlich zur Beachtung und Weiterentwicklung des Konzepts „Gesundheit in allen Politikbereichen“ beigetragen.

²⁹ <http://stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/03/aa1160480189258/passthru.pdf>.

2.5.6 Schwächen

- Die Ressourcen für die Implementierung sind teilweise unzureichend, so dass die Praxis vielfach den ambitionösen Politikkonzepten mangels Umsetzung nicht gerecht werden kann.
- Während Finnland klare Erfolge seiner Public-Health Politik vorzuzeigen hat, sind die bestehenden Vorkehrungen gerade für neue Herausforderungen wie der Langzeitarbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit (seit der Krise Anfang der neunziger Jahre) schlecht gewappnet. Deshalb drängt sich auch ein eigener Fokus auf die gesundheitlichen Ungleichheiten auf, obwohl sonst eher integrierte Ansätze verfolgt werden.
- Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen (HIA) und insbesondere *equity focused health impact assessments* (EFHIA) werden im Rahmen der multisektoralen Zusammenarbeit zwar konzeptuell als wichtig erachtet, sind aber in der Praxis gemäss eines befragten Experten noch schlecht etabliert.

2.5.7 Zukunftsperspektiven

Die Vorbereitungen im Hinblick auf den Aktionsplan zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten dürften auf Ende Jahr abgeschlossen werden und das Programm hat gute Chancen nächstes Jahr angenommen und umgesetzt zu werden.³⁰ Offen ist noch der Umfang der Ressourcen, die in die Umsetzung investiert werden sollen; das Potential der neuen Politik wird sicher zu einem grossen Teil von den entsprechenden Entscheiden abhängen.

2.6 Schweden

Ähnlich wie in anderen Staaten wurden in Schweden Gesundheitsbelange in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg stark vom medizinischen Bereich dominiert, der über eine starke Lobby verfügte. Gesundheitsförderung und Prävention beschränkten sich – unter dem Einfluss der Gewerkschaften – weitgehend auf die Arbeitswelt. In den späten achtziger Jahren stellte das Land, das für eine ausgezeichnete statistische Erfassung der Bevölkerung und ihrer Lebenslage bekannt ist, fest, dass gesundheitliche Unterschiede trotz einer allgemeinen Verbesserung der Gesundheitsindikatoren auf aggregierter Ebene (Lebenserwartung) zugenommen hatten; dieser Umstand gab nicht nur in Forschungskreisen Anlass zu Besorgnis.

³⁰ Das Land wird gegenwärtig von einer bürgerlichen Mehrheit und Koalition mit der grünen Partei regiert.

Die Entscheidungsinstanzen erliessen deshalb 1995 eine Handlungsrichtlinie zur Erarbeitung einer breit abgestützten Public-Health-Strategie und stellten die notwendige Finanzierung zur Verfügung. Nach verschiedenen Abklärungen ernannte die Regierung 1997 ein parlamentarisches Komitee, das beauftragt wurde, mit Hilfe von zahlreichen ExpertInnen einen Aktionsplan auszuarbeiten. Ungefähr 30 Personen aus verschiedenen politischen Parteien oder Interessengruppen, hohe Beamte aus Gebietskörperschaften und NGO-VertreterInnen hatten Einsitz in diesem Gremium, das mit einem Vollzeitsekretariat und –vorsitz bestückt war, während drei Jahren arbeitete und sich monatlich traf³¹. Das Komitee führte u.a. eine Konsultation bei 500 Interessensgemeinschaften durch.

Nach langen und intensiven Abklärungen legte es Ende 2000 einen Vorschlag für eine Public-Health-Strategie in allen Politikbereichen vor. Auf dieser Grundlage verfasste die Regierung 2002 ein White Paper und schuf eine gesetzliche Basis für die Lancierung der „*New public health policy*“ (Agren 2003), die im April 2003 in Kraft trat.

2.6.1 Strategie

Die „*New public health policy*“ stellt einen radikalen Bruch mit einer pathogenetischen Orientierung dar und fokussiert die Determinantenseite mit folgendem Ziel: „*the creation of societal conditions which ensure good health, on equal terms, for the entire population*“.³²

Begründung: Es handelt sich also nicht um eine Politik, die explizit einen Abbau von Ungleichheiten anstrebt, sondern vielmehr um eine gesellschaftliche Gesundheitspolitik, die stark vom Gedanken der Chancengleichheit zwischen sozialen Schichten, Geschlechtern, Angehörigen ethnischer Gruppen und Personen mit oder ohne Behinderung geprägt ist. Dabei spielt soziales Kapital im Sinn von Zusammenhalt und gesellschaftlichen Partizipation als Grundlagen für die Entfaltung des gesundheitlichen Potentials der gesamten Bevölkerung eine grundlegende Rolle. Die Politik ist sektorübergreifend angelegt; das Gesundheitswesen ist somit nur einer unter vielen potenziellen Akteuren (Oestlin und Diderichsen 2001).

³¹ Die Vorsitzende reiste während ihrer Amtszeit durch das ganze Land, um über die Strategie zu informieren und Partnerorganisationen zu treffen.

³² <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/newpublic0401.pdf>.

Unter den 18 vom Komitee vorgeschlagenen Gesundheitszielen wurden 11 praktisch ohne Änderungen in die Politik aufgenommen.³³ Sie betreffen folgende Zielbereiche, die sowohl die gesellschaftlichen „Strukturen“ als auch die Lebensmilieu (*setting*) und individuelle Verhaltensweisen tangieren:

1. Gesellschaftliche Partizipation und Einfluss
2. Wirtschaftliche und soziale Sicherheit
3. Sichere und vorteilhafte Lebensbedingungen in der Kindheit und Adoleszenz
4. Gesünderes Arbeitsleben
5. Gesunde und sichere Umwelt und Produkte
6. Gesundheits- und medizinische Dienste, die auf Gesundheitsförderung abzielen
7. Wirksamer Schutz vor übertragbaren Krankheiten
8. Sichere Sexualität und reproduktive Gesundheit
9. Vermehrte körperliche Betätigung
10. Gute Essensgewohnheiten und sichere Nahrung
11. Verringerung des Tabak- und Alkoholkonsums, Gesellschaft ohne illegal Drogen, Dopingprodukte und Verringerung der schädlichen Effekte von Spielsucht

Zielgruppen: Die Interventionen richten sich vor allem an Risikogruppen, die in ihrer Gesundheit am stärksten gefährdet oder benachteiligt sind (Kinder, Obdachlose, Langzeitarbeitslose, sozio-ökonomisch benachteiligte Schichten, ArbeiterInnen). Obwohl die schwedische Strategie den Kampf gegen gesundheitliche Ungleichheiten nicht explizit in den Vordergrund stellt, ist dieser doch implizit in vielen Zielen der Strategie enthalten.

Relativ wenige Ziele – mit Ausnahme des Alkoholkonsums und der Armutsverringerung – sind quantitativ formuliert, was sich vermutlich ein Stück weit durch die strukturelle Ausrichtung auf Determinanten erklärt. Die Gebietskörperschaften haben aber durchaus die Möglichkeit, ihre Ziele quantitativ und kontextspezifisch zu formulieren.

³³ In andere Politikvorstöße verlegt wurden Ziele, welche die Umorganisation des Gesundheitswesens betrafen.

2.6.2 Organisation

Die neue Public-Health-Politik ist gesetzlich abgestützt (Public Health Objective Gesetz 2002) und wird jeweils auf Vorschlag der gesamten Regierung und aufgrund von Zielvereinbarungen für die betroffenen Verwaltungsstellen vom Parlament bewilligt. Die Umsetzung wird von einer Steuergruppe unter dem Vorsitz des Public Health Ministers geleitet, in der Amtsdirektoren verschiedener Ministerien und Regierungsstellen Einsitz haben. Die horizontale und vertikale Koordination mit den Gemeinden und Provinzen, die in Schweden wie in Finnland über relativ viel Autonomie verfügen, ist so durch die institutionellen Vorkehrungen gewährleistet.³⁴

Das *National Institute of Public Health* (SNIPH), das dem Sozial- und Gesundheitsministerium angeschlossen ist, wurde 2001 im Hinblick auf die Lancierung der Strategie neu organisiert: Es ist sowohl für die Forschung, Dokumentierung und das statistische Monitoring wie auch für die bilaterale Unterstützung und Koordination der involvierten Akteure verantwortlich. Schliesslich ist das SNIPH für die Supervision der Tätigkeiten zur Bekämpfung des Alkohol-, Tabak- und anderen Drogenkonsums zuständig.

2.6.3 Monitoring und Evaluation

Die Entwicklungen der neuen Public-Health-Politik werden alle vier Jahre in einem Bericht des SNIPH dokumentiert. Die erste Ausgabe wurde im Oktober 2005 veröffentlicht und bezieht sich auf 42 Gesundheitsdeterminanten, die anhand von 36 Haupt- und 47 Unterindikatoren evaluiert wurden. Der Bericht enthält ferner 42 vorrangige Vorschläge zur Weiterentwicklung des Programms.³⁵

Das SNIPH führt auch ein statistisches Monitoring für die lokalen Behörden durch und unterstützt diese in der Planung ihrer Arbeit.

Seit 2004 wird u.a. dank der Zusammenarbeit mit den Regionen eine jährliche Erhebung über Gesundheit(sverhalten) bei insgesamt rund 90'000 Personen durchgeführt, die räumliche Vergleiche zwischen Regionen und sogar Gemeinden zulässt (Grundlage für ein Benchmarking).

³⁴ Das Gesetz und die Grundlagen sind als Spezialausgabe des *Scandinavian Journal of Public Health* 32 (Suppl. 64) erschienen und auf der Homepage des SNIPH abrufbar: http://www.fhi.se/templates/Page_4835.aspx, letzter Zugriff, 10. Sept. 2007.

³⁵ Eine Zusammenfassung in englischer Sprache ist abrufbar unter: <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200544fhprsummary0511.pdf>.

2.6.4 Stärken

- Es ist kaum Zufall, dass die schwedische *New public health policy* international viel Beachtung gefunden und für verschiedene Länder Modellcharakter erlangt hat.³⁶ Tatsächlich handelt es sich um eine inhaltlich stringente und ambitionöse Politik, die empirisch fundiert ausgearbeitet wurde.
- Ausgezeichnete und umfassende Datengrundlagen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheiten haben wesentlich zur Bewusstseinsbildung in politischen Kreisen und zur Möglichkeit beigetragen, eine auf Fakten abgestützte Politik zu formulieren.
- Interessant ist ferner der sorgfältige und breit abgestützte Ausarbeitungsprozess, der sehr zeit- und ressourcenintensiv war, aber vermutlich wesentlich zur Verankerung und Nachhaltigkeit der Strategie beigetragen hat. Ein ausgewogene Zusammensetzung zwischen PolitikerInnen und ExpertInnen und ein gutes Einvernehmen im Komitee haben wesentlich zum Erfolg der Vorbereitungen beigetragen.
- Schweden hat wesentlich in die Machbarkeit und institutionelle Abstützung der Umsetzung sowohl in einem *top-down* (legislative Grundlagen) und *bottom-up*-Ansatz (Einbezug der Gebietskörperschaften) investiert.
- Auch Schweden arbeitet relativ eng mit der WHO und EU zusammen und stellt seine Erfahrungen zur Diskussion.
- Eine Fachperson bedauert, dass Impact assessments nur in der Umweltpolitik obligatorisch seien, nicht aber was Gesundheit angeht. Im internationalen Vergleich sind aber die auf regionaler Ebene immerhin existierenden *Health impact assessments* eher als eine Stärke zu bezeichnen.

2.6.5 Schwächen

- Die zentralstaatlichen Stellen in den Regionen sind teilweise nicht optimal mit den regionalen Behörden koordiniert, die von Politikern und nicht von hohen Beamten geleitet werden.
- Die neue Regierung kritisiert u.a. die starke Ausrichtung der Implementierung auf staatliche Stellen unter Ausschluss anderer Akteure.

³⁶ Nach Aussagen einer Fachpersonen, orientieren vor allem Kanada und Neuseeland ihre Strategien nach dem schwedischen Vorbild.

NGOs, die in Schweden eine wichtige Rolle spielen, werden gegenwärtig insbesondere auch von den Regionen zu wenig eingebunden.

- Nach Ansicht einer schwedischen Fachperson liegt ein Schwachpunkt der neuen Strategie darin, dass sie keine quantifizierten Ziele festlegt und dass die wirtschaftlichen Implikationen und Vorteile nicht ausreichend belegt wurden.

2.6.6 Zukunftsperspektiven

Die neue Rechts-Mitte-Regierung Schwedens³⁷ hat bereits verlauten lassen, dass sie mit dem Programm, das unter einer linken Regierung entstanden ist, teilweise nicht einverstanden ist. Ein Abbruch wurde zwar in Erwägung gezogen, aber schliesslich aus mehreren Gründen verworfen. Erstens ist die Implementierung bereits seit drei Jahren in Gang, zweitens wurde die Strategie empirisch abgestützt und schliesslich hat die Strategie auch international und im Rahmen der WHO viel Beachtung gefunden. Trotzdem ist davon auszugehen, dass die Regierung in ihrem White Paper, das im Herbst publiziert werden soll, andere Akzente setzen wird, das heisst, dass sie insbesondere die Bereiche 3 und 6 bis 11 gegenüber den strukturellen Determinanten fokussieren wird.

³⁷ Die Minister des Sozial- und Gesundheitsministerium werden gegenwärtig von der christlich-demokratischen Partei gestellt.

3 Schlussfolgerungen

Wie der Überblick über die (supra)nationalen Strategien zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten verdeutlicht, sind sowohl die Ausgestaltung der Politikkonzepte als auch Umsetzungspraxis relativ vielfältig. Sie reichen von gezielten Massnahmen, die nur besonders Benachteiligte fördern, bis hin zur Beeinflussung sozioökonomischer Rahmenbedingungen, die die Chancen auf ein gesundes Leben für alle Bevölkerungsschichten zu beeinflussen suchen.

Als gemeinsamer Nenner zeichnet sich aber klar die empirisch nachgewiesene Erkenntnis ab, dass eine wirksame Verbesserung der Gesundheitssituation zum Einen primär bei den gesellschaftlichen und lebensweltlichen Determinanten ansetzen und ergo möglichst viele Politikfelder abdecken muss. Zum anderen herrscht weitgehende Einigkeit darüber, dass die Bemühungen vorrangig bei jenen Bevölkerungsteilen anzusetzen haben, die bezüglich der Entfaltungsmöglichkeiten ihres gesundheitlichen Potentials den grössten Nachholbedarf aufweisen bzw. am stärksten benachteiligt sind. Darunter fallen nicht nur sozio-ökonomisch unterprivilegierte oder diskriminierte Gruppen, sondern auch Personen, die vom Erwerbsprozess ausgeschlossen sind – Langzeitarbeitslose und alte Menschen –, oder bei welchen die gesundheitlichen Langzeitfolgen besonders einschneidend sind (Kinder und Jugendliche).

3.1 WHO und EU

Das Bewusstsein um die Notwendigkeit gezielter Politiken hat sich u.a. dank der breiten Informations- und Vermittlungstätigkeit der WHO durchgesetzt, die hinsichtlich des Themas eine tonangebende Wegbereiterin für die politische Agendaformulierung ist. Sie plädiert in ihren Rahmenkonzepten „Gesundheit für alle“ und „Gesundheit 21“ (für die europäische Region der WHO) seit den achtziger Jahren für diese Orientierung.

Kürzlich hat auch die EU Public-Health-Anliegen stärker ins Zentrum ihrer Aufmerksamkeit gerückt, obwohl ihre Vorstösse eher Informations- und strukturierte Austauschmöglichkeiten als verbindliche Vorkehrungen im Hinblick auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten beinhalten.

Für WHO und EU ist die Realisierung der Chancengleichheit für ein gesundes Leben sowohl innerhalb einzelner EU-Staaten als auch für die EU als Ganzes die Voraussetzung für den sozialen Frieden in der Union. Man kann deshalb davon ausgehen, dass Gesundheitsförderung in der EUPolitik in Zukunft einen größeren Raum einnehmen wird (Weinbrenner et al. 2007).

Die EU gibt auch im Forschungsbereich wichtige Impulse, wenn man die Biomed- und Rahmenprogramme (6 und 7) denkt.

3.2 Stand der nationalen *Policies*

Was die nationalen Aktionsprogramme angeht, so lässt sich feststellen, dass umfassende und gezielte Vorstösse zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten noch relativ jung sind, auch wenn erste Vorarbeiten oder einzelne Projekte bis in die achtziger Jahre zurück reichen. Entsprechend schwierig ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Einschätzung des Erfolgs der umgesetzten Massnahmen.

Am weitesten „fortgeschritten“ sind die britische Politik in England und die schwedische; beide befinden sich seit 2003 in der Umsetzung. Finnland schliesst gegenwärtig die Ausarbeitungsphase eines Aktionsprogramms, das sich die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten zum eigentlichen Ziel macht. Die laufende Public Health-Politik (*Health 21*) ist zwar auch auf gesundheitliche Chancengleichheit bedacht, wobei dieses Anliegen nicht Hauptfokus des Programms ist. Die niederländische Regierung hat 2002 ein entsprechendes Strategiekonzept, das nach verschiedenen Pilotphasen ausgearbeitet wurde, aus politischen Gründen eingefroren.

Die Erfahrungen aus allen Ländern machen deutlich, dass auch parteipolitische Überlegungen in die Politikgestaltung einfließen, obwohl sich sämtliche Programme letztlich auf wissenschaftlich abgestützte Grundlagen berufen. Tatsächlich ist aus einem Programm, das darauf abzielt, sozio-ökonomisch bedingte Ungleichheiten abzubauen, ein gesellschaftskritisches Moment, das auch parteipolitisch relevant ist, ebenso wenig wegzudenken wie die Überzeugung, dass sich die Lebensbedingungen der Bevölkerung durch staatliche Eingriffe beeinflussen lassen. Sowohl in Finnland als auch in Schweden orientieren sich deshalb die Public-Health-Politiken selbst unter bürgerlichen Mehrheiten an die sozial-demokratisch geprägte Welfaretradition an.

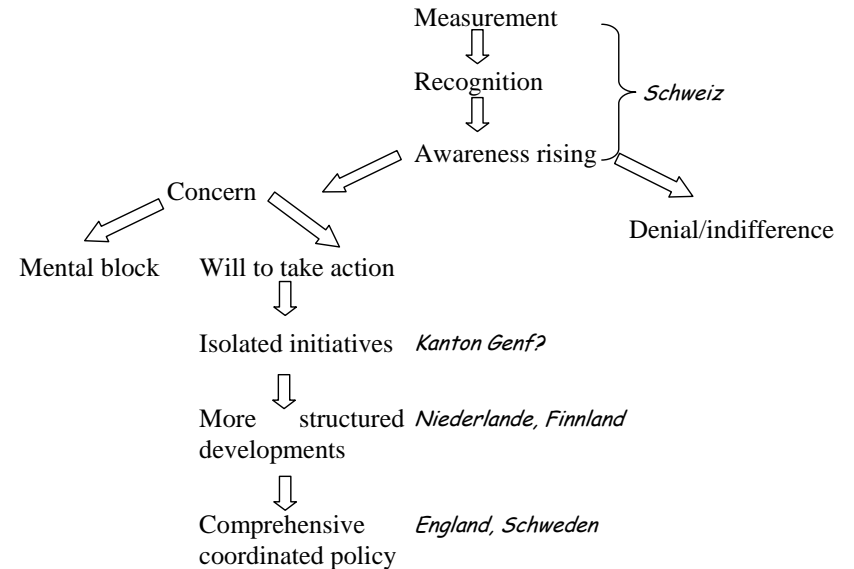
3.3 Welche Lehren lassen sich aus den bestehenden Aktionsprogrammen ziehen?

Ein Blick auf die Entstehung der untersuchten *Policies* zeigt, dass jedes Land seinen eigenen Weg zur Programmentwicklung finden muss, der sowohl den institutionellen und politischen Gegebenheiten wie auch der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung ausreichend Rechnung trägt. Trotzdem sind einige Parallelen zu beobachten, die kurz umrissen werden sollen.

In allen Fällen von hervorragender Bedeutung für die Willensbildung, etwas zu unternehmen, sind nationale Datengrundlagen über das Ausmass gesundheitlicher Ungleichheiten und über ihre Entwicklung. Dass soziale Ungleichheiten in den meisten Ländern seit 30 Jahren zugenommen haben, ist zwar international gut belegt, die gesundheitlichen Auswirkungen sind aber vieler-

orts schlecht – wenn überhaupt – erforscht. Wie sämtliche Fallbeispiele illustrieren, kann aber eine breitere Sensibilisierung erst dann zustande kommen, wenn entsprechende Grundlagen im betreffenden Land vorliegen (siehe auch Mackenbach 2006).

Abb. 2: Action spectrum on inequalities in Health (Quelle: Whitehead 1998)



Diese Erkenntnis geht auch aus dem von Whitehead (1998) vorgeschlagenen Aktionsspektrum hervor, das die Etappen einer Programmentwicklung schematisch aufzeigt (Abb. 2). Diese Darstellung sollte allerdings nicht den Eindruck erwecken, dass die Entstehung einer Strategie notwendigerweise linear verläuft. Vielmehr können gewisse Phasen parallel in Gang kommen und, wie das britische oder niederländische Beispiel zeigen, sind längere Entwicklungsunterbrüche keineswegs ausgeschlossen. Man kann sich deshalb auf den Standpunkt stellen, dass es Sinn macht, mehrere Etappen gleichzeitig anzustossen. Das bedeutet, dass die Schweiz sowohl bei der Problemerkennung (*measurement*), der Erkennung (*recognition*) als auch bei der politisch abgestützten Willensbildung (*awareness rising*) ansetzt.

Unumgänglich ist in jedem Fall eine Bestandaufnahme der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten.

3.3.1 Statistische Grundlagen und Forschung

In Schweden und Finnland haben eine solide Datengrundlage und rege Forschungstätigkeit wesentlich dazu beigetragen, dass der Trend wachsender gesundheitlicher Ungleichheit relativ früh erkannt wurde. Das gilt ebenfalls für Grossbritannien, wo die Problemlage noch wesentlich ausgeprägter ist.

Was bedeutet dies nun für die Schweiz? Man kann davon ausgehen, dass sich die Problemlage hier ähnlich gestaltet wie in anderen europäischen Ländern. Gemäss Gini-Koeffizient zur Messung sozialer Ungleichheiten liegt die Schweiz zirka im Mittelfeld zwischen den skandinavischen Staaten und Grossbritannien. Wie sich diese Situation konkret auf die gesundheitliche Situation ihrer Bevölkerung, ist allerdings auf gesamtschweizerischer Ebene noch wenig belegt.

Beachtenswert sind in diesem Zusammenhang immerhin einzelne Vorstösse im Kanton Genf, der im Rahmen seiner Neuausrichtung einer multisektoralen Gesundheitsförderung mehrere Forschungen in Auftrag gegeben hat.

Von Seiten des Bundes sind verschiedene Massnahmen ins Auge zu fassen:

- Zusammenstellung sämtlicher vorhandener Datengrundlagen und Forschungen zum Thema in der Schweiz, sowohl auf nationaler als auch regionaler und kantonaler Ebene;
- Aufbau eines Basis-Monitorings zur Beobachtung der Situationsentwicklung in Zusammenarbeit zwischen BAG, BFS/Obsan, Gesundheitsförderung Schweiz und Universitäten;
- Initiierung von Studien im Rahmen des BAG und in Zusammenarbeit mit dem Nationalfonds. Beispielsweise wäre die Lancierung eines nationalen Forschungsprogramms zu diesem Thema in Betrachtung zu ziehen. Forschungsanreize wären aber auch in anderem Rahmen zu fördern (bei privaten Stiftungen wie etwa der Jacobs-Foundation, Zusammenarbeit mit europäischen Forschungsteams usw.).
- Überblick über bestehende kantonale Strategien zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit erstellen und entsprechende Erfahrungen dokumentieren (vgl. Achtermann & Berset 2006);
- Beteiligung an europäischen Plattformen zu Austausch, Monitoring und Evaluation von Interventionen (Beteiligung am Nachfolgeprojekt von *Closing the Gap*, an dem beispielsweise Norwegen auch beteiligt ist).

Was insbesondere die Forschung angeht, ist darauf zu achten, dass sowohl das Ausmass gesundheitlicher Ungleichheit, zeitliche Trends als auch die Wirkung von Determinanten auf struktureller, lebensweltlicher wie verhaltensspezifischer Ebene ins Auge gefasst werden. Gleichzeitig sind aber auch

Evaluationen von bestehenden Massnahmen etwa in den Kantonen zu berücksichtigen.

Während in Schweden die Erforschung der Determinanten stark im Vordergrund stand, können die Niederlande als Vorbild für die systematische Evaluation der Politikintervention gelten. Beide Ansätze liefern wichtige Entscheidungsgrundlagen

Schliesslich ist zu empfehlen, dass auch wirtschaftliche und finanzielle Implikationen der gesundheitlichen Ungleichheit und Politikmassnahmen näher untersucht werden. Dies ist allerdings ein relativ komplexes Studienfeld, da sich gängige gesundheitsökonomische Erhebungen meist auf den Gesundheitssektor beschränken.

3.3.2 Politikimpulse und Akteure

Obwohl der Gesundheitssektor nur beschränkt – zumindest direkt – zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen kann, kommt ihm hinsichtlich der Reflexion, Informationsverbreitung und Forschung zweifellos eine fundamentale Funktion zu. In allen untersuchten Ländern haben die Gesundheitsministerien und andere Akteure des Gesundheitswesens diesbezüglich wichtige Impulse gegeben und eine klare Führungsrolle eingenommen.

Auch in der Schweiz dürfte dem Gesundheitswesen allgemein und dem BAG im Speziellen in dieser Hinsicht eine wichtige Funktion zukommen. Allerdings gilt es hier zusätzlich die vertikale Koordination der Politikebenen zu berücksichtigen und die Kantone bei der Ausarbeitung eines Forschungskonzepts einzubinden oder mindestens zu konsultieren.

Etwas umstrittener ist die Funktion des Gesundheitssektors, wenn es um die konkrete Ausarbeitung einer Public Health-Strategie³⁸ geht. Ein Experte stellt fest, dass ein starkes Engagement von Seiten der Gesundheitssysteme teilweise als moralisierend (Gesundheit vor anderen Belangen) erlebt wird und daher in anderen Politikfeldern Abwehrreaktionen hervor rufen kann, vor allem wenn eine pathogenetisch orientierte Argumentation geltend gemacht wird.

Um solche Widerstände zu vermeiden, kann es deshalb von Vorteil sein, ein partnerschaftliches und breit abgestütztes Vorgehen zu wählen, das sämtlichen Beteiligten genügend Verhandlungsspielraum einräumt. Bei der Erarbeitung der schwedischen Strategie meldeten elf Ministerien spontan ihr Interesse an einer Zusammenarbeit, um die gesundheitlichen Implikationen ihrer

³⁸ Wir verstehen den Begriff „Public-Health-Strategie“ als grundsätzlich multisektoral im Unterschied zu einer Gesundheitsstrategie, die sich auf den Gesundheitssektor beschränken kann.

Politiken besser abschätzen zu können. Der Einbezug sehr unterschiedlicher Akteure – aus Politik, Verwaltung, Gewerkschaften, NGOs usw. – war ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Akzeptanz.³⁹ Auch Finnland kann auf vielfältige Erfahrungen zwischensektoraler Beziehungen abstellen, die den Beteiligten bereits früher Vorteile der Zusammenarbeit vor Augen geführt hatten.

Wichtig scheint in jedem Fall, dass den Mitwirkenden auch genügend Zeit eingeräumt wird, ihre Interessen einzubringen, und – wie eine Fachperson meint – dass nicht schon zu Beginn allzu ambitionöse Forderungen an andere Verwaltungssektoren gestellt werden. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang ferner die gegenseitige Anerkennung der Expertise verschiedener Tätigkeitsfelder in der Diskussionskultur. Ohne eine optimale Zusammenarbeit zwischen Politik, Administration und interdisziplinärer Forschung (Gesundheit, Sozialwesen, Ökonomie, Politikwissenschaft) ist eine erfolgreiche auf wissenschaftliche Fakten abgestützte Politikgestaltung kaum denkbar.

3.3.3 Chancen für eine erfolgreiche Strategieentwicklung

Eine ganze Reihe von kontextuellen, institutionellen und politischen Faktoren spielen in die Programm-Erarbeitung hinein. Viele davon können nur beschränkt beeinflusst werden, wie beispielsweise das öffentliche Klima gegenüber gesundheits- und sozialpolitischen Anliegen. Aus den Erfahrungen den untersuchten Ländern lassen sich aber folgende Lehren ziehen:

- Wenn immer möglich sollten Doppelgewinnstrategien zwischen den beteiligten Parteien – seien es Politikfelder und Verwaltungsebenen – gesucht werden. Neuere Studien über HIA (Weismar 2003) zeigen beispielsweise, dass die übersektorale Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zahlreiche positive Nebeneffekte haben: So werden etwa Verwaltungsabläufe generell erleichtert.
- *Turning health into wealth*: Wirtschaftliche Aspekte und meist erst längerfristige merkbare finanzielle Vorteile sollten stärker eingebracht werden. Volkswirtschaftliche Vorteile besserer Gesundheit gerade auch jener Bevölkerungskreise, die auf ihren Körper als „Arbeitsinstrument“ angewiesen sind, gilt insbesondere in Gesellschaften, die aufgrund der demographischen Alterung auch älteren Menschen ermöglichen müssen, erwerbstätig zu bleiben. Volkswirtschaftliche Vorteile einer kohärenten Public-Health-Strategie zum Abbau gesundheit-

³⁹ Es ist allerdings auch zu betonen, dass in Schweden offensichtlich auch in den Provinzen und Gemeinden ein grosses Interesse respektive Bedürfnis nach einer kohärenten Public-Health-Politik bestand.

licher Ungleichheit dürften längerfristig eine Konsensfindung erleichtern.

- Gelegentlich erweist es sich als günstig, politische oder gesellschaftliche Opportunitätsmomente für die Lancierung neuer Vorstösse abzuwarten. Dies bedeutet allerdings, dass schon Vorarbeit geleistet wurde.
- Neue Strategien sind besser abgestützt und verankert, wenn sie sich auf gesetzliche Grundlagen und eigens dafür geschaffene Institutionen stützen können. Beispielhaft ist diesbezüglich das schwedische Public Health Objectif-Gesetz, das auch eine fundamentale Neuorganisation des Public Health Institutes (SNIPH) mit sich brachte.

Während einzelne Experten für eine Politik der kleinen Schritte plädieren und vor Maximalstrategien warnen, sind andere geneigt, ambitionöse Programme ins Auge zu fassen, die auf höchster politischer Ebene abgestützt sind.

3.3.4 Mögliche Schritte (falls gewünscht)

- Impulse Forschung, Monitoring von Ungleichheiten
- Sensibilisierung und Mobilisierung Politik: Lobbying bei einzelnen Exponenten)
- Sensibilisierung der Kantone, Behörden, Ämter: Arbeitsgruppen
- BAG Entscheidungen: Hat man schon Vorstellungen, was man will? Eine nationale Public-Health-Strategie (die Schweiz hat ja nur eine im Migrationsbereich)? Einzelne Kantone in dieser Richtung unterstützen oder fördern (Laboratorium)?
- Bezeichnung: Fokus eher auf Chancengleichheit als auf Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten (entspricht eher der schweizerischen Gesetzgebung und Tradition).
- Vgl. Strategie Migration und Gesundheit, Delphibefragung

4 Bibliographie

- Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London The Stationery Office.
- Achtermann, W. & Chr. Berset (2006) *Les politiques suisses de santé - potentiel pour une politique nationale*, OFSP, Bern.
- Agren, G. (2003). *Sweden's new public health policy. National public health objectives for Sweden*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, (http://www.fhi.se/shop/material_pdf/newpublic0401.pdf, accédé 10 septembre 2007)
- Dahlgren, G et M. Whitehead (1993). *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire. London, King's Fund (mimeo).
- Ddrever, F et M. Whitehead (1997). "Health inequalities: setting the scene", in Ddrever, F et M. Whitehead (éd.), *Health inequalities*. London.
- Department of Health (2002a). *Tackling Health Inequalities. Consultation on a plan for delivery*. London: UK Parliament.
- Department of Health (2002b). *Tackling Health Inequalities. Summary of the 2002 Cross-Cutting Review*. London: UK Parliament
- Department of Health. (2003). *Tackling Health Inequalities: a Programme for Action*. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008268, [Consulté le 05.09.2007].
- Department of Health (2007). *Review of the Health Inequalities Infant Mortality PSA Target*. London: UK Parliament
- European Commission (2000). *Programme of Community action in the field of public health (2001-2006)*. (COM (2000) 285 final).
- European Commission (2005). "Programme of Community action in the field of health and consumer protection (2007-2013)." (Com (2005) 115 final).
- Evans, T et F. Peters (2001). "Ethical dimensions of health equity", in Evans T, al. (éd.), *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford: University Press.
- Kawachi, I, Subramanian SV. et Almeida-Filho N. (2002). "A glossary for health inequalities." *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56, 647-52.
- Mackenbach, Johan P. et K. Stronks (2004). "The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands." *Int J Equity Health*, 3(1): 11.
- Mackenbach, Johan P. "Socio-economic inequalities in health in Western Europe - From description to explanation to intervention" in *Social inequalities in Health - New Evidence and Policy Implications* Siegrist, J. & Marmot, M. (2006) Oxford University Press.
- Marchand, S., D. Wikler et B. Landesman (1998). "Class, health and justice." *Milbank Q*, 76(3): 449-67, 305-6.
- Rawls, John (1999). *A theory of justice*. Oxford [etc.]: Oxford University Press.
- Sen, Amartya Kumar (2000). *Santé et développement*. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles N° 2: 18-23.
- Stronks, K. (2002). "The Netherlands", in Mackenbach J.Paul, Bakker M. (éd.), *Reducing inequalities in Health. A European perspective*. London: Routledge.
- Whitehead, M. (1991). *Concept et principes de l'égalité des chances en matière de santé*. Copenhagen: Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe
- WHO, World Health Organization. (1946). *Constitution of World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York 19-22 June, 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization no 2)*.
- Weinbrenner, S., M. Wörz & R. Busse Gesundheitsförderung in Europa - ein Ländervergleich. GGW 2/2007
http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs2_0207.pdf
- Weissmar, M. (2003) *Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung* GGW 4/2003
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. Londres: Routledge.

5 Annexes

5.1 Tour d'horizon résumé (à compléter)

Tableau 3 : Résumé des composantes des différentes stratégies nationales

Contexte	Pays			
	ANGLETERRE	FINLANDE	PAYS-BAS	SUEDE
	- Existence de données scientifiques antérieures - Contribution importante des rapports indépendants		- Effet du rapport Black - Reconnaissance de la nécessité des données factuelles	

Processus d'élaboration*	Pays			
	ANGLETERRE	FINLANDE	PAYS-BAS	SUEDE
Mesure scientifique et prise de conscience politique	- Revue systématique des inégalités de santé - Prise de conscience élevée de réduire les inégalités de santé		- Revue systématique des inégalités de santé - Prise de conscience élevée de réduire les inégalités de santé	
Enjeu de politique publique	Réduction des inégalités de santé considérée comme objectif politique		- Réduction des inégalités de santé est un enjeu politique important et débattu au parlement et dans le média	
Volonté politique	Très grande et stable		- Instable au niveau	

49

Option politique et cadre juridique	Plan d'action d'interventions et des mesures politiques concrètes	national - Engagement considérable au niveau local - Démarche expérimentale des interventions et des mesures politique
-------------------------------------	---	--

* selon les phases proposées par Whitehead (1998)

Approche d'interventions*	Pays			
	ANGLETERRE	FINLANDE	PAYS-BAS	SUEDE
upstream, downstream**	Combinaison des mesures <i>upstream et downstream</i>		Enjambe la gamme entière entre les mesures <i>upstream</i> et les mesures <i>downstream</i>	
Universelle ou sélective Multiple (comprehensive packages)	Sélective Politique globale et à long terme		Sélective Politique partielle	

* selon les catégories d'interventions proposées par Mackenbach et Bakker (2002)

**En amont (upstream): mesures structurelles visant les inégalités socio-économiques de santé (niveau plus macroscopique : revenu, éducation, emploi) ; en aval (downstream) : mesures visant des comportements sanitaires individuels, l'accessibilité et la qualité des services de soins de santé.

Contenu	Pays			
	ANGLETERRE	FINLANDE	PAYS-BAS	SUEDE
Objectif ultime (but)	Réduire de 10 % à l'horizon 2010 les		Réduire, à l'horizon de 2020, de 12 à 9 ans la	

50

<p>Type d'objectifs spécifiques (Targets) Priorité</p> <p>Groupe(s) cible(s)</p> <p>Axes d'intervention</p>	<p>inégalités de santé mesurées par la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance</p> <p>Quantifiable</p> <p>Améliorer la santé des groupes et des communautés les plus pauvres en ramenant le taux d'écart de santé au plus près de celui du reste du pays</p> <p>Change en fonctions des thèmes traités</p> <p>- Soutien aux familles, aux mères et aux enfants - Promotion de l'engagement communautaire et des</p>	<p>différence d'espérance de vie sans incapacité entre les personnes de haut et bas statut socio-économique, grâce à une forte augmentation de l'espérance de vie en bonne santé du groupe le plus défavorisé</p> <p>Quantifiable</p> <p>Agir sur les inégalités socio-économiques de la santé, définies comme différences systématiques de santé, définie en termes d'espérance de vie, entre les groupes socio-économiques</p> <p>Niveau local :</p> <ul style="list-style-type: none"> - groupes socio-économiques ayant de bas revenus - personnes sans abri - habitants des quartiers défavorisés <p>- Améliorer la position socio-économique des personnes les plus défavorisées</p> <p>- Diminuer les effets des</p>	<p>Mesures concrètes</p>	<p>individus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention, l'accès à des soins et le traitement efficace ; - Actions sur les déterminants sociaux de la santé <p>Existence d'un grand nombre de mesures concrètes selon la dimension thématique (axe d'intervention). Le Tableau 3 de l'annexe 1 indique les mesures pour le thème « Soutien aux familles, aux mères et aux enfants », par exemple</p>	<p>problèmes de santé sur la position socio-économique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuer l'exposition aux facteurs de risque contribuant aux inégalités sociales de santé - Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins - prévention du tabagisme en milieu scolaire ; - programme de « brossage des dents » dans les écoles primaires ; - méthodes de travail et des équipements adaptés pour les maçons ; - roulement dans les tâches des éboueurs ; - formation des réseaux de soins locaux; - éducation par les pairs des patients diabétiques d'origine turque; - pratique infirmière pour les patients asthmatiques, et les personnes souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques
---	--	--	--------------------------	---	--

Institution et organisation	Pays			
	ANGLETERRE	FINLANDE	PAYS-BAS	SUEDE
Responsabilité	Niveau national : - Sous-comité sur l'exclusion sociale, présidé par le Premier ministre, surveille le plan d'action - Département de la santé assume le rôle de défendre le plan d'action au sein du gouvernement - Département des finances réalise le monitoring du plan d'action pour le compte du gouvernement		Niveau national : Ministère de la santé Niveau local : municipalités	
Coordination	Une unité spéciale sur les inégalités de santé (Health Inequalities Unit) coordonne les travaux interministériels et avec les autorités et acteurs locaux		Sous l'égide du Ministère de la santé, l'Institut national pour la santé publique et l'environnement est chargé de monitoring Ministère de la santé	
Financement	Manque d'informations		Un fond public (Public Health Fund and Healthy Living Programme) existe	

53

					pour financer des projets visant la réduction des inégalités de santé ainsi que la recherche en la matière
Implémentation	Pays				
	ANGLETERRE	FINLANDE	PAYS-BAS	SUEDE	
Niveau national, local etc.	Niveau national avec une forte concentration sur le niveau local		Niveau national avec un très fort engagement et la responsabilité des municipalités locales		
Monitoring et évaluation	Pays				
	ANGLETERRE	FINLANDE	PAYS-BAS	SUEDE	
Type d'évaluation	Interne/gouvernementale sous l'égide d'un groupe d'experts		Gouvernementale avec une forte collaboration et d'implication du milieu scientifique		
Indicateurs d'évaluation	Accès aux soins, accidents routiers, pauvreté infantine, diètes spéciales, éducation, sans foyer, logement, vaccinations, sport scolaire, prévention du tabagisme, conception		Manque d'informations pour le moment		

54

chez l'adolescente, mortalité issue des maladies responsables du plus grand nombre de décès (cf., tableau 4 de l'annexe 1)

	Pays			
	ANGLETERRE	FINLANDE	PAYS-BAS	SUEDE
Perspectives d'avenir	-Identification de manière claire des actions nécessaires et efficaces et les besoins afin d'atteindre l'objectif, et évaluation des interventions - Formation d'un <i>spearhead group</i> dans les zones désavantagées pour les nouvelles interventions Renforcement des programmes interministériels		Finaliser la phase de détermination d'un plan d'action national	
Points forts			- Collaboration entre les	

55

Points faibles	<p>- Fort consensus entre les divers départements gouvernementaux sur l'engagement multisectoriel</p> <p>- Soutien des acteurs concernés et communautaires par le biais d'une consultation publique qui a également permis d'identifier différents partenariats exemplaires (Contrats locaux d'objectifs) au niveau local;</p> <p>- Approche territoriale visant les populations désavantagées dans les quartiers ;</p> <p>Absence de mécanismes promouvant et rassurant le progrès des mesures</p> <p>- Maque d'évaluations des impacts sur les individus</p>	<p>décideurs et les chercheurs pour le développement d'une stratégie basée sur des données factuelles</p> <p>- Traiter non seulement l'effet des inégalités sociales sur la santé, mais aussi l'effet inverse par le biais des interventions visant à réduire les effets de la santé sur le statut social</p> <p>- Démarche centrée sur l'efficacité et l'efficience des interventions possibles ;</p> <p>- Mobilisation insuffisante d'autres domaines politiques (multisectorielle)</p> <p>- Difficulté méthodologique lors de l'évaluation</p>
-----------------------	--	---

56

5.2 UE : La stratégie SCALE

Conçue conjointement par trois Directions générales, à savoir Environnement, Recherche et Santé, la stratégie en matière d'environnement et de santé « SCALE » repose sur 5 éléments principaux :

- la science et les interactions complexes entre le corps et différents polluants ;
- les enfants : la Commission va lancer des actions pilotes sur les polluants ayant des effets spécifiques sur les enfants tels que les dioxines, les métaux lourds et les perturbateurs endocriniens ;
- favoriser une prise de conscience du problème de la part des parties prenantes et du grand public ;
- la législation communautaire : elle complétera les lois nationales et sera révisée pour tenir compte de la situation particulière et des besoins des enfants ;

Le plan comprend 13 actions qui sont rangées dans trois catégories distinctes :

- **Surveillance** : il s'agit de concevoir des indicateurs permettant d'étudier l'impact des facteurs environnementaux sur la santé et de retracer le parcours suivi par les polluants, de la source de pollution au corps humain. L'une des actions possibles consisterait à mettre à place une "bio-veille" afin de mesurer le niveau d'exposition de l'être humain aux polluants présents dans l'environnement - par exemple grâce à des prélèvements réguliers d'échantillons de sang, d'urine et de cheveux.
- **Recherche** : axer les efforts de recherche sur quatre maladies prioritaires (asthme/allergies, troubles du développement neurologiques, perturbations du système endocrinien) afin d'améliorer le niveau de connaissances disponibles.
- **Communication** : améliorer le niveau d'information dont disposent les citoyens afin d'aider ceux-ci à effectuer des choix de santé basés sur des données solides. Il s'agit également d'améliorer la formation des professionnels de santé, pour faire en sorte que ceux-ci soient parfaitement au courant des interactions entre l'environnement et la

57

Tableau 4: *Coopération intersectorielle et l'engagement des départements gouvernementaux dans la dimension thématique « soutien aux familles, aux mères et aux enfants »*

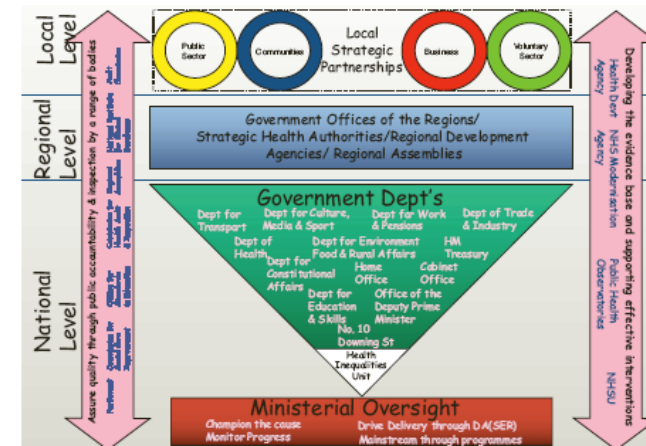
Departments and programmes	Area Supporting Families and Children		
	Maternal and child health and child health development	Improving life chances for children and young people	Reducing teenage pregnancy and supporting teenage mothers
Department for Work and Pensions	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce by 25% the number of children in low-income homes (by 2004) • Halve child poverty by 2010 and eradicate it (by 2020) 	<ul style="list-style-type: none"> • £450 million for Children's Fund (by 2005) 	
Sure Start	<ul style="list-style-type: none"> • Increase attendance of pregnant women at antenatal classes • 2% increase on previous year on breast-feeding initiation rates until 2010 • 522 Sure Start programmes to be set up in disadvantaged areas (by 2004) • Within 2 months of birth all families within a Sure Start area to be visited (by 2006) • 10% reduction within Sure Start areas of children admitted with severe injury (by 2010) 		<ul style="list-style-type: none"> • New childcare programmes for teenage parents (by 2004) • New childcare places for 1.6 million children (by 2004) • Reduce by 12% the number of 0-3 year olds in Sure Start areas living in households where no one is working (by 2006)
Department for Education and Skills	<ul style="list-style-type: none"> • Free nursery places for all 3 year olds (by 2004) • 45,000 neighbourhood nursery places (by 2004) • 250,000 new childcare places, 180,000 in the 20% most disadvantaged wards (by 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> • 85% of 11 year olds achieving level 4 in English and Maths (by 2004) • Reduce schools where 65% of pupils do not achieve level 4 • 20% of 16 year olds achieving 5 GCSEs A*-C (by 2004) and 25% (by 2006) • 38% of pupils achieving 5 or more 	<ul style="list-style-type: none"> • Increase the number of SRE accredited teachers; 750 new teachers to be SRE accredited (by 2006) • No PHE teaching to be rated poor (by 2006)

58

	<ul style="list-style-type: none"> Children centres in 20% of the most disadvantaged wards within Sure Start areas for 650,000 children (by 2006) 	<p>GCSEs A*-C in each Local Authority Area (by 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> 90% of 12 year olds to achieve level 4 in English and Maths (by 2007) Reduce truancy by 10% (by 2004) Improve by 15%, GCSEs A*-C grades from 16 year olds in care (by 2004) A comprehensive mental health service for children and adolescents (by 2006)
Department of Health	<ul style="list-style-type: none"> Launch of <i>Healthy Start</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Reduction on previous year in gap in under 18 conceptions between worst fifth and national average (until 2010) No lone parents (16 – 17) in unsupported tenancies (by 2004) Reduce under 18 conception rate by 15% (2005), 25% (by 2006) and 50% (by 2010) Increase to 60% the number of teenage mothers obtaining at least an NVQ level 1 (by 2010)
Department for Culture, Media and Sport		<ul style="list-style-type: none"> Increase to 75% the number of 5 – 16 year olds spending 2 hours a week on PE and school sport
Department for Transport		<ul style="list-style-type: none"> Increase the number of schools implementing school travel plans to 25% by 2005

Source: Department of Health (2003)

Figure 3 : Le cadre institutionnel pour la réduction des inégalités de santé en Angleterre



Source : Department of Health (2003)

59

Tableau 5 : Les indicateurs au niveau national du plan d'action en Angleterre

Access to primary care – the number of primary care professionals per 100,000 population
Accidents – road accident casualties in disadvantaged communities
Child poverty – proportion of children living in low-income households
Diet – 5 A DAY – proportion of people consuming five or more portions of fruit and vegetables per day in the lowest quintile of household income distribution
Education – proportion of those aged 16 who get qualifications equivalent to 5 GCSEs at grades A* to C
Homelessness – number of homeless families with children living in temporary accommodation
Housing – proportion of households living in non-decent housing
Influenza vaccinations – percentage uptake of flu vaccinations by older people (aged 65+)
PE and school sport – percentage of schoolchildren who spend a minimum of two hours each week on high quality PE and school sport within and beyond the curriculum
Smoking prevalence – manual groups/in pregnancy – prevalence of smoking among people in manual social groups, and among pregnant women
Teenage conceptions – rate of under-18 conceptions
Mortality from the major killer diseases – age-standardised death rates per 100,000 population for the major killer diseases (cancer, circulatory diseases), ages under 75 (for the 20% of areas with the highest rates compared to the national average)

Source : Department of Health (2003)

Tableau 6 : Résultats selon les indicateurs nationaux du plan d'action en Angleterre

Indicators	Results
The big killers	There have been significant improvements in death rates from cancer and heart disease since 1995–97 (including in disadvantaged areas); there have been some signs of a narrowing of the inequalities in cancer death rates, and a narrowing of inequalities in heart disease death rates in absolute terms.
Teenage pregnancy	There has been a 9.8% drop in the rate of under-18 conceptions between 1998 and 2003; however, findings from a national evaluation of the teenage pregnancy strategy indicate that over a longer period (between 1994–98 and 1999–2002) teenage conception rates in the most deprived top tier of local authorities fell faster than in other areas.
Road accident casualties	There has been a significant reduction in the rate of road accident casualties for children since 1998, but no significant narrowing of the gap in such casualties.
1 Primary care services	There has been an improvement in the number of GPs since 2002 (including in disadvantaged areas), but no significant narrowing of the gap in the number of GPs.
Flu vaccinations	There has been an improvement in the percentage of uptake of flu vaccinations since 2002, accompanied by a slight narrowing of the gap in the uptake of these vaccinations.
Smoking	There has been a reduction in smoking prevalence among all adults since 1998 (including a slight reduction in manual groups), but no significant narrowing of the gap in smoking prevalence between manual groups and other groups; there is a strong social gradient in smoking prevalence among pregnant women
Educational attainment	There has been a significant improvement in the proportion of those aged 16 who get five GCSEs at grade A*–C since 2002 (including for the most disadvantaged groups), and some signs of a narrowing of the gap between pupils eligible for free school meals (FSM) and all pupils.
Fruit and vegetable consumption	Since 2001 there has been no improvement in fruit and vegetable consumption for the most disadvantaged groups and no significant narrowing of the gap.
Housing	There has been a significant reduction in the proportion of households living in non-decent housing since 1996, with a significant narrowing of the gap between vulnerable households and all households overall in absolute terms.
PE and school sport	Nearly two-thirds of pupils in school sport partnerships spend at least two hours a week on high-quality PE and school sport but with lower participation rates in schools with a high proportion of FSM pupils.
Poor children	There has been a significant reduction in the proportion of children living in low-income households since 1998/99 on all measures.
Homeless families	Since March 2002 there has been a significant reduction in the number of homeless families in bed and breakfast accommodation; there has been a significant increase in the number of families living in temporary accommodation overall, although this number has remained fairly constant since September 2004

Tableau 7 : Interventions expérimentées aux Pays-Bas

Strategies	Interventions
Interventions targeting socioeconomic disadvantage	<ul style="list-style-type: none"> Supplementary benefits to parents living in poverty, identified during preventive health screening of children (feasibility study only; no evidence on effectiveness collected)
Interventions to reduce effects of health on socioeconomic disadvantage	<ul style="list-style-type: none"> Counselling of secondary school children with frequent school absence due to illness (planned evaluation method failed)
Interventions to reduce effects of socioeconomic disadvantage on health	<ul style="list-style-type: none"> Tailored mass media campaign to promote periconceptional use of folic acid in lower socioeconomic groups (intervention does not reduce socioeconomic gap) Community based intervention to improve health related behaviour in deprived neighbourhoods (evaluation results available in 2002) Integrated programme (including teaching social skills and monetary rewards) to prevent school children in lower general and vocational education starting to smoke (intervention reduced smoking initiation rate) Tooth brushing at primary schools (intervention eliminated socioeconomic gap in tooth brushing) Adapted working methods (raised bricklaying—working at waist height) and equipment (use of lifting machine) for bricklayers (intervention reduced physical workload and sickness absenteeism) Rotation of tasks (driving and minicontainer loading) among dustmen (intervention reduced physical workload and sickness absenteeism) Introduction of self organising teams in various production organisations (planned evaluation method failed)
Interventions to improve accessibility and quality of health-care services	<ul style="list-style-type: none"> Formation of local care networks among general practitioners, housing corporation staff, and police officers to prevent homelessness among chronic psychiatric patients (intervention reduced house evictions and compulsory admissions to psychiatric hospitals) Peer education for patients of Turkish origin with diabetes (intervention improved glycaemic control and healthy behaviour, but only in women) Introduction of nurse practitioners for patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease attending general practices in deprived areas (intervention increased treatment compliance and reduced exacerbations)

Tableau 8 : Objectifs quantifiables recommandés par le comité

Strategies	Quantitative targets
Targets relating to socioeconomic disadvantage	<ul style="list-style-type: none"> Percentage of children from lower social class families who enter secondary education to be increased from 12% in 1989 to $\geq 25\%$ by 2020 Income inequalities in the Netherlands to be maintained at the level of 1996 (Gini coefficient=0.24) Percentage of households with an income below 105% of the "social minimum" to be reduced from 10.6% in 1998 to $\leq 8\%$ by 2020
Targets to reduce effects of health on socioeconomic disadvantage	<ul style="list-style-type: none"> Disability benefit for total work incapacity due to occupational health problems to be maintained at the level in 2000 Percentage of chronically ill people aged 25-64 who are in paid employment to be increased from 48% in 1995 to $\geq 57\%$ by 2020
Targets related to factors mediating the effect of socioeconomic disadvantage on health	<ul style="list-style-type: none"> Difference in smoking between those with lower and those with higher education to be halved, by decreasing the percentage of smokers among those with only primary school education, from over 38% in 1998 to $\leq 32\%$ by 2020 Difference in physical inactivity between those with lower and those with higher education to be halved, by decreasing the percentage of the physically inactive among those with only primary school education, from over 57% in 1994 to $\leq 49\%$ by 2020 Difference in obesity between those with lower and those with higher education to be halved, by decreasing the percentage of obese persons among those with only primary school education, from over 15% in 1998 to $\leq 9\%$ by 2020 Difference between lower and higher education groups in percentage of those engaged in heavy physical labour to be halved, by decreasing the proportion of people with complaints resulting from physical labour among those with primary school education only, from 53% in 1999 to $\leq 43\%$ by 2020 Difference in control in the workplace between those with lower and those with higher education to be halved, by increasing the percentage of persons who control the execution of their work among those with only primary school education from 58% in 1999 to $\geq 68\%$ by 2020
Targets related to accessibility and quality of healthcare services	<ul style="list-style-type: none"> Differences in use of healthcare facilities (consultation with GPs, medical specialists, and dentists; hospital admissions; prescribed drugs) between lower and higher education groups to be maintained at the level in 1998

Tableau 9 : Interventions et mesures politiques recommandées par le comité du plan national néerlandais

Strategies	Interventions and policy measures
Targets relating to socioeconomic disadvantage	<ul style="list-style-type: none"> Continuation of policies that promote educational achievement of children from lower socioeconomic families Prevention of an increase in income inequalities through adequate tax and social security policies Intensification of antipoverty policies, particularly those that relieve long term poverty through special benefit schemes and help with finding paid employment Further development and implementation of special benefit schemes for families whose financial situation threatens the health of their children
Targets to reduce effects of health on socioeconomic disadvantage	<ul style="list-style-type: none"> Maintaining benefit levels for long term inability to work, particularly for those who are totally or partially disabled due to occupational health problems Adaptation of working conditions for chronically ill and disabled people to increase work participation Health interventions among long term recipients of social benefits to remove barriers to finding paid employment Further development and implementation of counselling schemes for school pupils with regular or long term health related absenteeism
Targets related to factors mediating the effect of socioeconomic disadvantage on health	<ul style="list-style-type: none"> Adapting health promotion programmes to the needs of lower socioeconomic groups, particularly by focusing on environmental measures, including introducing free fruit at primary schools and increasing the excise tax on tobacco Implementing school health promotion programmes that target health related behaviour (particularly smoking) among children from lower socioeconomic families Introducing health promotion into urban regeneration programmes Implementation of technical and organisational measures to reduce physical workload in manual occupations.
Targets related to accessibility and quality of healthcare services	<ul style="list-style-type: none"> Maintaining good financial accessibility of health care for people from lower socioeconomic groups Relieving the shortage of general practitioners in disadvantaged areas Reinforcing primary health care in disadvantaged areas by employing more practice assistants, nurse practitioners, and peer educators—for example, for implementing cardiovascular disease prevention programmes and better care for people who are chronically ill Implementation of local care networks aiming for the prevention of homelessness and other social problems among chronic psychiatric patients.

5.3 Annexe

Tableau 10 : Liste des experts interviewés

Pays / Organisation	Experts	Institution
Angleterre	Ray Earwicker (interview planifiée pour le 20 sept)	Health Inequalities Unit, Department of Health
Finlande	Ilmo Kekismäki	Head of Division, Health Services Research, STAKES, Helsinki
	Eila Linnanmäki (promis questionnaire, non encore retourné)	Senior Planning Officer Ministry of Social Affairs and Health Health Department
Organisation mondiale de la santé	Dr Erio Ziglio (interview planifiée pour le 20 sept)	Chef du Bureau européen de l'OMS pour l'investissement pour la santé et le développement
Pays-Bas	Mariel Droomers (interview par questionnaire)	Centre for Prevention and Health Services Research, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)
Suède	Bernt Lundgren	Directeur du département de recherche du National Public Health Institute de Stockholm
	Piroska Östlin	Professeur Institut de Karolinska, Stockholm, ex- secrétaire de la Commission nationale pour la santé publique
Union Européenne	Simone Weyers	Coordinatrice scientifique du projet UE <i>Closing the Gap</i>
	Matthias Wismar	Health Policy Analyst European Observatory on Health Systems and Policies