



**Document de réflexion** / mai 2006

Egalité des chances en matière de  
santé : *State of the Art*

Bülent Kaya

en collaboration avec Denise Efionayi

Mandant

Office fédéral de la santé publique

Le présent travail a été mandaté par la Section « Egalité des chances » de  
l'Office fédéral de la santé publique

Contrat No

05.001603 / 2.25.01-807

© 2006 SFM

---

SWISS FORUM FOR MIGRATION AND POPULATION STUDIES (SFM)  
AT THE UNIVERSITY OF NEUCHÂTEL  
RUE ST-HONORÉ 2 – CH-2000 NEUCHÂTEL  
TEL. +41 (0)32 718 39 20 – FAX +41 (0)32 718 39 21  
SECRETARIAT.SFM@UNINE.CH – WWW.MIGRATION-POPULATION.CH

## Table des matières

Résumé	5
Zusammenfassung	7
Introduction	9
Objectifs du mandat	9
Méthode et structure du travail	10
1 Egalité des chances : en quête d'équité en santé	11
1.1 Concept d'inégalités de santé	11
1.2 Pourquoi est-il important de réduire les inégalités de santé injustes et évitables ?	12
1.3 Inégalités de santé et inégalités sociales de santé	14
1.4 Concept d'égalité des chances	17
2 Aborder les inégalités de santé : perspective internationale et nationale	20
2.1 Organisations inter- et supranationales	20
2.2 Stratégies nationales	23
2.3 Discussions et tendances actuelles	31
3 Situation en suisse	34
4 Quels enseignements pour la Suisse ?	39
4.1 Orientations générales	40
4.2 Possibilités d'agir pour l'OFSP	43
Références	48
Annexe	52

## Résumé

Mandaté par la Section « Egalité des chances » de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) a élaboré un document de réflexion traitant de la problématique de l'égalité des chances en matière de santé. Ne prétendant en aucun cas faire un état des lieux des inégalités sociales de santé en Suisse, il se donne pour objectif de clarifier la signification pour l'OFSP des différentes dimensions de l'égalité des chances et de mettre en évidence les tendances scientifiques et politiques à prendre en compte dans l'action de l'OFSP.

Ce faisant, nous avons eu recours à trois procédés : le premier effectue un tour d'horizon des enjeux scientifiques en rapport avec l'égalité des chances en matière de santé. Le deuxième se base sur une perspective comparative de la pratique en la matière dans des pays tels que l'Allemagne, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Nouvelle-Zélande. Quant au dernier, il se penche sur la situation en Suisse et se concentre sur le positionnement de l'OFSP, ce qui justifie une focalisation sur les champs d'intervention privilégiant une approche sectorielle plutôt qu'une approche multisectorielle.

Sur le plan scientifique, les recherches de différentes disciplines mettent en évidence l'existence d'inégalités de santé croissantes, mises en relation avec des développements socio-économiques récents et l'évolution de politiques publiques. Sur le plan politique, les débats sur la santé publique dans plusieurs pays évoquent de plus en plus la question des inégalités sociales de santé.

Le concept de l'égalité des chances en matière de santé vise à établir une certaine équité en santé en réduisant les inégalités de santé qui sont considérées comme à la fois *injustes* et *évitables* (health inequities).

Par ailleurs, il y a un consensus que la réduction des inégalités de santé passe par la lutte contre les inégalités sociales, par des interventions sur les déterminants sociaux de la santé, ce qui implique la mise en place d'instruments de monitoring permettant d'observer leur évolution. Afin de mieux identifier les inégalités sociales liées à la santé et de tenir compte du caractère hétérogène des groupes sociaux, le milieu scientifique propose de combiner les *indicateurs verticaux* (degré d'instruction, profession et revenu, etc.) avec des *indicateurs horizontaux* tels que sexe, genre, nationalité, âge, etc.

Plusieurs pays ont développé des stratégies visant à réduire les iniquités de santé. Les objectifs varient d'un pays à l'autre et se réfèrent à des approches et des structures institutionnelles différentes. Leur engagement dans la lutte contre les iniquités de santé est motivé aussi bien par l'impératif éthique que par l'intérêt

bien compris des sociétés concernées, tant au niveau de la réduction des risques que de la limitation des coûts et des effets socio-économiques défavorables. On observe également une tendance allant vers un *migration et diversité mainstreaming*.

En Suisse, la question des inégalités sociales de santé et de la réduction de celles-ci n'a pas attiré une attention particulière des décideurs politiques, bien que l'existence de ces inégalités ait été constatée. Néanmoins, l'existence de quelques initiatives et activités, tant au niveau local que fédéral, indique la prémisse d'une prise de conscience dans ce domaine.

Il semble nécessaire d'entamer un travail de longue haleine pour sensibiliser l'opinion publique et les décideurs des différents secteurs et niveaux politiques, à l'importance des inégalités sociales de santé et à la nécessité d'une approche plus ouverte à la diversité d'une manière générale (*mainstreaming*). Un travail de simplification et de clarification des fonctions et des rôles des différents acteurs institutionnels, accompagné par la création d'un réseau entre les acteurs, s'impose si on envisage de développer une stratégie crédible et efficace pour l'égalité des chances en matière de santé.

De plus, les mesures à envisager pour lutter contre des inégalités sociales de santé doivent englober plusieurs types d'intervention : sensibilisation, recherche, coordination, impulsions de projets novateurs, etc.

## Zusammenfassung

Im Auftrag der Sektion Chancengleichheit des Bundesamts für Gesundheit (BAG) hat das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien ein Grundlagenpapier zur Problematik der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich erstellt. Das Dokument erhebt keinesfalls einen Anspruch auf eine Bestandesaufnahme sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich in der Schweiz. Vielmehr geht es darum, die Bedeutung der unterschiedlichen Dimensionen von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich für das BAG aufzuzeigen. Ebenfalls werden wissenschaftliche und politische Tendenzen herausgeschält, die das BAG in seiner Arbeit künftig berücksichtigen sollte.

Zu diesem Zweck haben wir drei Vorgehensweisen gewählt: Als erstes geben wir einen Überblick über die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich. Zum zweiten schildern wir in einer vergleichenden Perspektive die diesbezüglichen Praktiken in Ländern, wie Deutschland, Frankreich, Holland, Grossbritannien, Schweden und Neuseeland. An dritter Stelle konzentrieren wir uns auf die Situation in der Schweiz und insbesondere auf die Rolle des BAG. Das rechtfertigt eine Fokussierung auf Interventionsfelder, in denen bevorzugt sektoriell, eher denn multisektoriell vorgegangen wird.

In wissenschaftlicher Hinsicht zeigen die Untersuchungen unterschiedlichster Fachrichtungen, dass Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zunehmen. Dies wird in Verbindung gebracht mit neueren sozioökonomischen Entwicklungen und der Umwälzungen öffentlicher Politiken. In politischer Hinsicht evozieren die Debatten zum Gesundheitswesen in mehreren Ländern zunehmend die Frage nach sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich.

Das Konzept der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich zielt darauf ab, eine gewisse gesundheitliche Gleichstellung zu erwirken. Dies, indem Ungleichheiten abgebaut werden, die als zugleich *ungerecht* und *vermeidbar* erachtet werden (*health inequities*).

Daneben existiert ein Konsens, wonach die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit über die Bekämpfung sozialer Ungleichheit respektive durch Eingriffe in die sozialen Determinanten von Gesundheit erfolgen muss. Das setzt die Einrichtung von Kontrollinstrumenten voraus, die es erlauben sollten, die Entwicklung der Determinanten mit zu verfolgen. Um soziale Ungleichheiten in Verbindung mit der Gesundheit besser aufdecken zu können und dem heterogenen Charakter sozialer Gruppen gerecht zu werden, schlagen Wissenschaftler vor, vertikale Indikatoren (wie Bildungsstand, Beruf und

Einkommen etc.) mit horizontalen Indikatoren (wie Gender, Geschlecht, Nationalität, Alter etc.) zu kombinieren.

In mehreren Ländern wurden daher Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten entwickelt. Die Ausgestaltung und Ziele der Strategien variieren von einem Land zum anderen, je nach Struktur und Vorgehensweise der jeweiligen Institutionen. Deren Einsatz für die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten ist sowohl motiviert durch ethische Verpflichtungen, als auch durch das wohl verstandene Interesse der betroffenen Gesellschaften. Dies gilt sowohl für das Anliegen der Risikominimierung als auch für die Kostenbegrenzung oder benachteiligende sozioökonomische Auswirkungen. Zu beobachten ist ebenfalls eine Tendenz zur breiten Etablierung von Migration und Diversität in der Gesellschaft (*migration and diversity mainstreaming*).

In der Schweiz hat die Frage nach der sozialen Ungleichheit im Gesundheitsbereich sowie nach Abbau derselben bisher nicht speziell die Aufmerksamkeit politischer Entscheidungsträger auf sich gezogen. Dies, obwohl der Nachweis von Ungleichheiten in diesem Bereich durchaus erbracht wäre. Nichtsdestotrotz beweisen Initiativen und Aktivitäten sowohl auf lokalem als auch auf nationalem Niveau, dass die Voraussetzungen für eine Bewusstwerdung in diesem Bereich durchaus gegeben wären.

Ein langer Atem erscheint notwendig, wenn es darum gehen soll, die öffentliche Meinung sowie die Entscheidungsträger unterschiedlicher Sektoren und politischer Niveaus für die Bedeutung sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich zu sensibilisieren. Das gilt ebenso für die Notwendigkeit, ganz allgemein offener mit Diversität umzugehen (*Mainstreaming*). Es drängt sich auf, die Funktionen und Rollen der unterschiedlichen institutionellen Akteure zu vereinfachen und zu klären. Diese Arbeit müsste begleitet sein von der Einrichtung eines entsprechenden Netzwerks, vor allem dann, wenn es darum geht, eine glaubwürdige und effiziente Strategie zur Chancengleichheit im Gesundheitsbereich zu etablieren.

Auch müssten Massnahmen zur Bekämpfung von sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich unterschiedliche Formen der Intervention umfassen. Diese reichen von der Sensibilisierung über die Forschung, Koordination, dem Anstoss innovativer Projekte etc.

« *Quand l'inégalité est la loi commune d'une société, les plus fortes inégalités ne frappent point l'œil ; quand tout est à peu près de niveau, les moindres le blessent. C'est pour cela que le désir de l'égalité devient toujours plus insatiable à mesure que l'égalité est plus grande* » **Alexis de Tocqueville**

« *L'égalité des chances signifie une chance égale de laisser en arrière les plus défavorisés dans la quête personnelle de l'influence et de la position sociale* » **John Rawls**

## Introduction

Depuis plus de deux décennies, le sujet de l'égalité des chances en matière de santé a gagné un intérêt particulier. Sur le plan scientifique, les recherches de différentes disciplines mettent en évidence l'existence d'inégalités de santé<sup>1</sup> et développent les approches qui les expliquent par les différences socio-économiques. Sur le plan politique, les débats sur la santé publique évoquent de plus en plus la question des inégalités sociales de santé.

L'engagement de certains pays (Grande-Bretagne, Suède, Pays-Bas, par exemple), en développant des politiques publiques, témoigne de l'ampleur des enjeux. Si on ajoute à cela le constat scientifique selon lequel les inégalités de santé sont un problème universel (2005), l'égalité des chances en matière de santé comme un objectif à atteindre défie tous les pays, y compris les pays ayant des politiques sociales et un concept de l'Etat-providence les plus développés.

## Objectifs du mandat

Ce travail aborde la problématique de l'égalité des chances en matière de santé et se veut un document de réflexion (*discussion paper*) plutôt qu'une analyse approfondie de celle-ci. Il se donne pour but d'aborder ses différentes dimensions et de mettre en évidence les tendances scientifiques et politiques à prendre en compte dans l'action de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Il ne prétend en aucun cas faire un état des lieux des inégalités sociales de santé

---

<sup>1</sup> Les inégalités de santé se réfèrent à un état de santé relatif entre riches et pauvres, entre hommes et femmes, entre groupes ethniques, ou tout simplement entre ceux qui ont une très bonne santé et les autres.

en Suisse, bien que celles-ci constituent l'un des enjeux majeurs de la problématique.

L'objectif principal de ce mandat est de clarifier la signification pour l'OFSP de ces différentes dimensions de l'égalité des chances. Ce faisant, nous nous limitons délibérément aux champs d'intervention qui entrent dans les compétences de ce dernier, à savoir le domaine de la santé, bien que notre sujet concerne bien évidemment plusieurs domaines (approche multisectorielle).

Ce travail a été mandaté par la Section « Egalité des chances » de l'Office fédéral de la santé publique. Nous tenons donc à la remercier de son appui. Un remerciement particulier va aux experts interviewés (internationaux et suisses) et aux participants au groupe de discussion qui ont bien voulu partager leurs expériences avec nous.

## Méthode et structure du travail

Ce projet a été élaboré selon trois procédés : le premier effectue un tour d'horizon des enjeux scientifiques, en rapport avec l'égalité des chances en matière de santé (chapitre 1) et son rapport avec des dimensions telles que le genre, l'ethnicité, l'âge etc. (section 1.4.1) Une attention particulière est portée au concept de l'égalité des chances (section 1.4). Un groupe de discussion, composé de chercheurs internes et externes au SFM a été organisé afin de discuter les résultats de cette démarche (*cf.* Figure 5, annexe).

Le deuxième se base sur une perspective comparative (chapitre 2) utilisant essentiellement les documents officiels, les sources primaires et secondaires des pays industrialisés tels que l'Allemagne, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Nouvelle-Zélande<sup>2</sup> (section 2.2). Le choix des trois derniers pays se justifie par le fait qu'ils ont développé une politique publique spécifique en matière de lutte contre les inégalités de santé, les deux premiers ayant été retenus en raison de leur proximité géographique et culturelle avec la Suisse. L'information ainsi recueillie est complétée par des entretiens avec des experts travaillant dans les divers pays choisis. (*cf.* Figure 4, annexe). Cette partie aborde aussi les débats actuels auprès des institutions européennes et internationales, à savoir l'Organisation mondiale de la santé et l'Union européenne (section 2.1).

Quant au dernier, il se penche sur la situation en Suisse (section 3) et se concentre sur le positionnement de l'OFSP, les priorités et les champs

---

<sup>2</sup> En raison des similarités constatées entre le modèle canadien et le suédois, nous n'avons pas inclus le Canada. Par contre, nous nous référons parfois aux informations fort utiles que nous a confiées l'expert canadien.

d'intervention possibles (chapitre 4) pour celui-ci en rapport avec l'égalité des chances en matière de santé. Pour la réalisation de cette partie, nous avons eu recours aux documents secondaires et aux interviews avec quelques experts du terrain (cf. Figure 6, annexe).

## 1 Egalité des chances : en quête d'équité en santé

### 1.1 Concept d'inégalités de santé

De manière générale, on distingue la notion d'« inégalités de santé » de celle d'« iniquités de santé », une distinction qui se réfère aux différences de signification des deux termes en anglais : « health inequality » et « health inequity ».

Le terme « inégalités de santé » (health inequalities) est souvent utilisé pour désigner l'ensemble des différences de santé observées en fonction des caractéristiques socio-économiques. Quant à la notion d'« iniquités de santé » (health inequities), elle ne désigne que la part des inégalités, considérées comme à la fois injustes et évitables<sup>3</sup> (Marchand et al. 1998). Cette notion entend que seules celles-ci devraient faire l'objet des politiques visant à réduire les inégalités de santé.

Les facteurs engendrant les inégalités de santé considérées comme *injustes et évitables*, peuvent être regroupés en quatre catégories (Whitehead 1991: 6) :

- 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 ;
- l'exposition à des conditions de vie et de travail insalubres ou engendrant le stress ;
- l'accès insuffisant aux services de santé essentiels et autres services publics fondamentaux ;
- la sélection naturelle ou la mobilité sociale liée à la santé faisant que les personnes malades tendent à régresser dans l'échelle sociale.

De manière générale, le concept d'inégalités de santé aborde les disparités systématiques en santé qui sont évitables entre les groupes sociaux tels que les pauvres et /ou les groupes les plus défavorisés. Sur le plan opérationnel (dans les

---

<sup>3</sup> Il est bien évident que toutes les disparités sanitaires ne peuvent pas être considérées comme injustes. Il est logique, par exemple, que les jeunes adultes aient une meilleure santé que les personnes âgées.

recherches empiriques par exemple), le concept d'inégalité de santé se réfère en général aux indicateurs de la position sociale telle que la classe, le niveau de formation et le revenu. Cependant, il faut préciser qu'il y a d'autres indicateurs qu'il faut prendre en considération, à savoir le genre, l'ethnicité, l'âge (en termes d'étapes de vie) etc., et qui affectent, selon le contexte de manière indépendante ou en interaction (femmes migrantes socialement défavorisées, par exemple), la santé ou l'accès aux soins de santé. Dans une telle perspective, il est reconnu que la santé et le bien-être sont le produit d'une combinaison de plusieurs facteurs et qu'une meilleure appréhension des déterminants sociaux de la santé est essentielle pour le développement de la santé publique.

### 1.2 Pourquoi est-il important de réduire les inégalités de santé injustes et évitables ?

Il est évident que les facteurs sociaux, culturels et économiques engendrent des inégalités de santé substantielles et qu'une action ciblée contre les inégalités s'impose (Mackenbach 2002). Cette évidence est motivée aussi bien par l'impératif éthique que par l'intérêt bien compris des sociétés concernées, tant au niveau de la réduction des risques que de la limitation des coûts. Cette prise de conscience a contribué, dans plusieurs pays, à la mise sur agenda politique de l'action visant à réduire les iniquités de santé.

#### 1.2.1 Arguments de nature normative

*Argument basé sur l'équité* : les inégalités de santé sont éthiquement indésirables et inacceptables dans la mesure où elles sont à la fois *évitable* et *injustes* (iniquités de santé). Les inégalités de santé deviennent injustes si le mauvais état de santé est dû à une mauvaise distribution sous-jacente des déterminants sociaux de la santé (inégalité de chance en matière d'éducation ou d'emploi, par exemple). En effet, cet argument aborde la notion de l'équité en santé et considère la santé comme une ressource à partager. Il s'inspire de la théorie de la justice distributive élaborée par John Rawls (1999). Ce dernier défend l'idée que la répartition est une question centrale pour la justice sociale, et que l'égalité des ressources accordées à chacun est la meilleure des répartitions possibles. Il s'agit d'un argument influant en faveur d'un engagement pour la réduction des inégalités de santé.

*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 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'homme<sup>4</sup>.

De plus, la conférence internationale sur les soins de santé primaire d'Alma Ata en 1978 s'est donnée pour objectif d'arriver à la "Santé pour tous en l'an 2000". Dans la déclaration d'Alma Ata, la santé "n'est pas simplement l'absence de maladie, mais plutôt un état de bien-être physique, mental et social".

De manière générale, le *droit à la santé* signifie que chacun puisse bénéficier d'un mode d'existence qui lui permette d'avoir une vie saine, l'accès à des soins préventifs et des traitements curatifs appropriés, si cela s'avère nécessaire. Ainsi, pour un individu, le droit à la santé est considéré comme faisant partie intégrante des autres droits, notamment le droit d'avoir un standard de vie et d'éducation convenables, ainsi que le droit de participer au mode de vie de la société.

#### *Principe d'égalité et d'équité comme source de légitimation*

La légitimation des actions égalitaires dans des sociétés démocratiques et libérales se réfère très souvent au principe d'égalité et d'équité, à la fois comme source philosophique et comme un instrument du principe de l'Etat de droit reconnu dans toutes les constitutions des pays démocratiques<sup>5</sup>. En matière de santé, le principe d'égalité constitue le fondement des actions anti-discriminatoires.

### **1.2.2 Arguments de nature sociétale**

Des inégalités de santé sont préjudiciables à tous les membres de la société. Notamment dans le milieu scientifique, on suppose que les sociétés présentant de fortes inégalités de revenus 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 par l'intermédiaire de son impact positif sur la cohésion sociale.

---

<sup>4</sup> 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; la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale; la Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant.

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

### **1.2.3 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 (cost-effectiveness), 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. Enfin, 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 (Sen 2000).

### **1.3 Inégalités de santé et inégalités sociales de santé**

Les inégalités de santé (« *inequalities* » aussi bien que « *inequities* ») résultent de l'interaction d'un certain nombre de facteurs, dont cinq groupes de facteurs peuvent être identifiés :

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 et 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.

Il est important de mentionner que la grande partie de ces facteurs qui influent sur la santé n'est pas directement contrôlable par l'individu lui-même. De ce fait, les plus défavorisés sont davantage susceptibles d'être concernés par les inégalités, car ils n'ont guère d'opportunités d'améliorer leurs conditions matérielles et environnementales.

Dans le milieu scientifique, le postulat selon lequel les inégalités de santé reflètent les inégalités sociales trouve une large reconnaissance. Dès lors, la réduction des inégalités de santé passe par la lutte contre les inégalités sociales,

par des interventions sur les déterminants sociaux de la santé : lutte contre les écarts de revenu, les disparités liées au genre et à la discrimination ainsi qu'en agissant via le système des soins et de prévention.

### 1.3.1 Ampleur des inégalités sociales et détermination des groupes défavorisés

Selon certaines recherches (Mielck 2005), les indicateurs courants (degré d'instruction, profession et revenu) ne permettent d'identifier que les inégalités sociales que l'on peut qualifier d'*inégalités sociales verticales*, alors que la catégorisation de la population établie en fonction de ces variables n'est jamais homogène. De ce fait, Mielck (2005) propose de combiner les indicateurs verticaux (degré d'instruction, profession et revenu, etc.) avec des indicateurs horizontaux tels que sexe, genre, nationalité, âge, etc. afin de tenir compte du caractère hétérogène des groupes sociaux. On parle d'*inégalités sociales horizontales* pouvant aussi, engendrer des effets sur la santé.

Une personne peut posséder les caractéristiques d'un ou de plusieurs sous-groupes ; de même, le fait d'appartenir à l'un de ces sous-groupes ne signifie pas forcément que la position est socialement désavantagée, par exemple un sous-groupe défini selon le critère d'ethnicité.

Par ailleurs, ces indications théoriques ont déjà connu une traduction sur le plan des politiques publiques : la Grande-Bretagne, la Suède, les Pays-Bas et la Nouvelle-Zélande, par exemple, s'intéressent systématiquement aux inégalités de santé entre groupes socio-économiques, locations géographiques, sexes, groupes ethniques (y compris la population migrante) et groupes d'âge<sup>6</sup> comme base pour dessiner les interventions politiques.

#### Groupes vulnérables

Les rapports de stratégie des pays que nous avons étudiés identifient explicitement les groupes vulnérables<sup>7</sup> qui sont plus sujets à des inégalités de santé. Tous les pays considèrent comme vulnérables les groupes ethniques et la

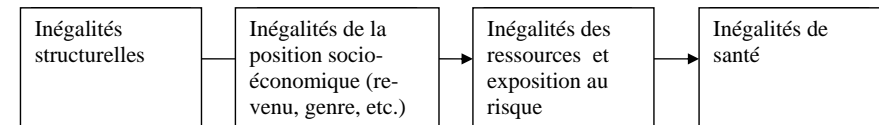
<sup>6</sup> Les documents officiels aux Etats-Unis montrent l'invalidité physique et mentale, ainsi que l'orientation sexuelle comme des domaines où les inégalités de santé existent (US Department of Health and Human Services 2000)

<sup>7</sup> Le concept de vulnérabilité par rapport à la santé est utilisé comme le versant opposé du concept de *capabilité* développé par Sen par rapport à la pauvreté. La vulnérabilité est, dans ce cas, définie comme la probabilité de voir sa situation ou ses conditions de vie s'enfoncer ou se dégrader face à des chocs négatifs. Le fait de mettre en place des politiques économiques ex-ante empêcherait les individus de tomber dans l'indigence.

population migrante, en particulier certains migrants sans papiers et les requérants d'asile, qui sont confrontés à des obstacles en amont de l'accès à des services de santé et de soins. Les projets qui se réalisent dans le cadre de la stratégie nationale aux Pays-Bas se concentrent sur six groupes cibles qui sont les adolescents, les personnes âgées, les travailleurs, les migrants, les personnes socio-économiquement désavantagées et les malades.

Dans certains pays, les minorités indigènes telles les Maoris en Nouvelle-Zélande, et les Sami en Suède sont classées parmi les groupes vulnérables. De la même manière, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, les prisonniers constituent un groupe à risque. Appuyée sur une large littérature scientifique, la politique suédoise de santé précise que la grande majorité de la construction des inégalités de santé se crée lors de l'enfance et de l'adolescence (Agren 2003). Par ailleurs, elle compte les personnes âgées ou handicapées parmi les groupes cibles. En Allemagne, la promotion de la santé englobe dans les groupes cibles, les personnes âgées, les handicapés, les femmes, les enfants et les adolescents, les migrants et les personnes socialement désavantagées.

Figure 1 : Déterminants sociaux des inégalités de santé



### 1.3.2 Rôle du système des soins et de prévention

En raison de l'importance avérée des facteurs extérieurs au système de santé, les chercheurs ont parfois eu tendance à négliger l'impact même des soins sur l'état de santé de la population. Désormais, une attention plus grande est portée au rôle du système sanitaire dans la réduction des inégalités.

Deux pôles de réflexions semblent se profiler. Le premier s'occupe d'analyser la contribution des soins à la réduction de la mortalité pour des maladies sur lesquelles le système de soins a un impact (Nolte et Kee 2004). Les travaux les plus récents relativisent cette contribution. Mackenbach confirme ce constat en soulignant que, même si les progrès de la médecine ont permis de prévenir ou de guérir bon nombre de maladies, ou d'en soulager les symptômes, les soins médicaux ne peuvent expliquer qu'une petite partie de la progression de l'espérance de vie dans les pays industrialisés (Mackenbach 2003).

Le second pôle se concentre sur l'utilisation du système de santé qui nous intéresse plus particulièrement dans le cadre de cette recherche. Selon cette optique, l'accès à des soins efficaces et de bonne qualité devrait contribuer à réduire les inégalités existantes ou au moins éviter l'aggravation de celles-ci.



Dans plusieurs pays européens, les études montrent que, malgré le principe universel et égalitaire d'accès, l'utilisation du système de soins varie encore selon le statut social et le niveau d'instruction (Lang et al. 1998) et que l'égalité d'accès formelle ne garantit pas un recours effectif. Nombreuses sont les études qui expliquent les obstacles de nature diverse (financière, culturelle, manque de connaissances du système de soins, perceptions du corps et de la maladie etc.) qui font que les groupes les plus défavorisés recourent moins souvent ou plus tardivement aux soins (Colledge 1986 ; Razum et al. 2004 ; Richie 1981). Les études précisent également que ces attitudes réservées quant au du recours aux soins s'améliorent considérablement lors qu'il n'y a pas d'obstacles financiers, mais qu'elles ne disparaissent pas complètement. Il est donc important de prendre en considération d'autres obstacles non financiers (culturels par exemple). De ce fait, l'amélioration de l'accès aux soins (ou à la prévention) apparaît comme un des axes de la lutte contre les inégalités sociales de santé.

## 1.4 Concept d'égalité des chances

Si la distinction entre les termes *health inequality* et *health inequity* apparaît importante, le concept d'égalité des chances l'est tout autant. Ce dernier apparaît comme indispensable pour l'opérationnalisation de l'équité en santé et constitue donc une référence fondamentale pour parvenir à ce but (Braveman et Gruskin 2003). La notion d'égalité des chances se fonde sur le concept de droits humains de non-discrimination<sup>8</sup>; de plus, il est de la responsabilité des pouvoirs publics de prendre des mesures afin d'éliminer les discriminations affectant la santé des groupes défavorisés<sup>9</sup>. L'OMS/EURO définit ce concept de la manière suivante :

« l'égalité des chances en matière de santé implique dans l'absolu de donner à chacun une chance équitable de réaliser pleinement son potentiel de santé et en termes plus concrets de veiller à ce que nul ne soit défavorisé, par d'autres facteurs que ceux rigoureusement inévitables, dans la réalisation de ce potentiel » (Regional Office for Europe 1986), cité par Whitehead (1991: 10).

Il est certain qu'il s'agit d'une définition abstraite et générale à partir de laquelle il conviendrait de proposer une définition opérationnelle, en déterminant l'objectif de cette «chance équitable» en matière de santé. Le concept d'égalité

---

<sup>8</sup> Il est important de noter que l'égalité des chances, même si elle recouvre en bonne partie le souci de non-discrimination, est en général interprétée du point de vue juridique et de manière plus étroite cf., par exemple (Kiener et Rieder 2003).

<sup>9</sup> De manière générale, sept types d'égalité en rapport avec la santé sont observées selon l'étude de Mooney réalisée en 1983 et très souvent citée encore aujourd'hui (Mielck 2000: 302): 1) dépense similaire par personne, 2) ressources similaires par personne, 3) priorités politiques égales, 4) ressources égales pour les mêmes besoins, 5) accès égal pour les mêmes besoins, 6) recours similaire , 7) état de santé similaire.

des chances vise deux types d'objectifs : des *objectifs généraux* et des *objectifs en matière de services de santé et de soins (objectifs sectoriels)*.

Les *objectifs généraux* comprennent l'ensemble des domaines (formation, sécurité sociale, profession, lieu de résidence, environnement, transport, etc.) qui interviennent de manière directe ou indirecte sur les déterminants de la santé. Dans une telle perspective, l'égalité des chances se donne pour objectif de supprimer les inégalités présentes dans ces domaines. Cette perspective s'inscrivant dans une stratégie globale de lutte contre les inégalités en matière de santé ne peut être mise en œuvre que par le biais d'une politique qualifiée d'intersectorielle.

Quant aux *objectifs en matière de services de santé et de soins*, on peut tout d'abord parler d'un objectif économique qui se réfère, entre autres, à un financement équitable des services de santé. Selon cette perspective, l'égalité des chances suppose la contribution individuelle au financement des services de santé, soit en fonction de la capacité de l'utilisateur (Daniels et al. 1996).

Dans le travail qu'elle a effectué pour le compte de l'OMS/ EURO, Whitehead (1991) propose une définition opérationnelle de l'égalité des chances qui se concentre sur les soins de santé et qui se réfère à trois objectifs orientés vers l'équité: *l'accessibilité, l'utilisation des soins de santé et la qualité* proposés à tous les groupes de la population.

*L'égalité d'accès aux soins disponibles pour des besoins équivalents* : ce principe implique que chacun ait un droit égal d'utiliser les services disponibles, que ces derniers soient facilement accessibles, et que tous les autres obstacles (financiers, administratifs et culturels, etc.) en amont de l'accès soient supprimés.

*L'égalité d'utilisation des soins pour des besoins équivalents* : ce critère vise à parvenir à une même utilisation des services pour des besoins équivalents dans le cas où celle-ci serait limitée en raison des conditions sociales ou économiques défavorables.

*L'égalité de la qualité des soins* : ce principe, quant à lui, suppose que chacun doive être traité en fonction de ses besoins et non pas de sa position sociale.

### 1.4.1 Les dimensions spécifiques de l'équité en santé

La littérature scientifique identifie généralement quatre déterminants sociaux à l'origine des inégalités (Mielck 2005). Il en résulte une identification des groupes destinataires de politiques spécifiques. Ces dimensions sont : a) le **genre** (*gender*), conçu en termes de construction sociale ; b) la **position sociale**, définie en fonction des variables telles que le revenu, la formation et la profession ; c) l'**ethnicité / migration (statut migrant)**; d) l'**âge**, en termes d'étapes de vie.

### **Genre et équité en santé**

Le genre (*gender*) est considéré comme un déterminant social de la santé. Les études récentes portant sur la question du genre en matière de santé se concentrent plutôt sur la population féminine. Dans beaucoup de pays du monde, les femmes sont davantage touchées par le problème d'accès aux soins et ont moins de contrôle sur les ressources concernant leur corps et leur vie que les hommes (Philips 2005). De plus, la dépendance économique et l'insécurité liée au revenu apparaissent comme des contraintes importantes pour la santé des femmes (Weiss et Gupta 1998). Selon Gupta (2000), le fait de se focaliser uniquement sur les conditions socio-économiques masqueraient les inégalités de santé liées au genre (*gender-based inequities*).

### **Position sociale**

L'influence des facteurs socio-économiques « classiques » tels que l'éducation, la profession, le revenu, etc. sur la santé des individus est reconnue (Hummer et al. 1998 ; Kaplan et Lynch 1997). Un très grand nombre d'études souligne que le fait d'avoir une position sociale désavantagée dans la société et d'être privé de ressources matérielles et structurelles affectent la santé (Crampton et al. 1997). Parmi les groupes particulièrement touchés figurent aussi les chômeurs de longue durée ; les jeunes chômeurs ; les sans-abri, les familles monoparentales et les « working poors », par exemple.

### **Ethnicité et statut migratoire**

Une grande partie des études cherche à déterminer comment la problématique de la santé interagit avec la condition migratoire, voire ethnique et de la « race » (Marks et Worboys 1997). Au cœur de l'analyse de ces études se trouvent deux réflexions en ce qui concerne la santé des groupes ethniques.

La première attire l'attention sur les inégalités socio-économiques particulières qui frappent certains groupes ethniques dans la société et sur le rôle de l'appartenance ethnique dans la détermination de l'état de santé (Brockerhoff et Hewett 2000).

La seconde, quant à elle, se concentre sur des difficultés linguistiques et culturelles (perception de la maladie, par exemple) limitant l'accès aux soins et à l'usage des services de soins (Colledge 1986 ; Razum et al. 2004 ; Richie 1981). A cela s'ajoutent les restrictions administratives dans l'accès aux soins liées au statut de séjour (ou son absence).

### **Age et vieillesse**

La question de l'équité en rapport avec l'âge est traitée sous deux angles. Le premier se réfère à des personnes âgées (seniors) vivant dans la pauvreté et au phénomène de discrimination résultant de l'« âgisme », c'est-à-dire la discrimination fondée sur l'âge consistant à traiter une personne de façon inégale

en raison de son âge. Par ailleurs, les personnes âgées des groupes ethniques peuvent aussi être confrontées à des discriminations racistes, parfois de manière directe dans la mesure où elles se heurtent à des préjugés eurocentriques lorsque, par exemple, les soignants ressentent négativement leur perception de maladie et de douleur (Waqar 1995).

Le second angle aborde le thème « vivre en bonne santé » en s'intéressant à différentes étapes de la vie. La question de l'âge en rapport avec l'équité en santé semble gagner une importance comme un problème spécifique dans le cadre des inégalités de santé.

## **2 Aborder les inégalités de santé : perspective internationale et nationale**

### **2.1 Organisations inter- et supranationales**

Deux acteurs internationaux, soit l'Organisation mondiale de la santé et l'Union européenne, jouent un rôle considérable en fournissant un cadre et des principes pour encourager les actions en matière de réduction des inégalités de santé.

#### *Organisation mondiale de la santé (OMS)*

L'équité en santé est le premier objectif de la stratégie de l'OMS pour l'Europe. Le document intitulé *Santé 21 : la politique-cadre de la santé pour tous pour la région européenne de l'OMS*, publiée en 1999, attire l'attention sur la nécessité de réduire les inégalités de santé entre les États membres et plus encore entre les groupes sociaux au sein de chaque pays. Le document présente l'équité en matière de santé comme un des buts majeurs et fixe des objectifs, dont certains sont quantifiés, pour atteindre une plus grande équité en matière de santé<sup>10</sup>.

Le document opérationnalise cet objectif et l'insère dans un horizon temporel précis : 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. En particulier :

- il faudrait réduire d'au moins 25% l'écart d'espérance de vie entre groupes socio-économiques ;

---

<sup>10</sup> <http://www.euro.who.int/document/health21/WA540GA199SA.pdf>, accédé le 16 janvier 2006.

- les valeurs des principaux indicateurs de morbidité, d'invalidité et de mortalité devraient être plus équitablement réparties entre les différents groupes socio-économiques ;
- il faudrait sensiblement 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 ;
- il faudrait fortement réduire la proportion de personnes vivant dans la pauvreté ;
- il faudrait 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.

En ce qui concerne les stratégies proposées, le document Santé 21 montre qu'une stratégie très importante, permettant de s'attaquer au défaut d'équité en matière de santé, consiste à s'assurer largement et systématiquement le soutien du public en faveur de politiques socio-économiques plus progressistes, pour tenter de résoudre le problème fondamental d'inégalités en matière de revenus et de biens sociaux (par exemple, par l'accès gratuit aux soins médicaux, à l'enseignement, etc.).

Il propose également d'examiner dans le détail l'ensemble du problème des inégalités en matière de santé et de ses causes. Le document précise la nécessité de définir des catégories à risque.

L'approche de l'OMS consiste à inscrire la question des inégalités de santé dans l'agenda politique des pays membres européens et à légitimer les interventions y relatives.

### **Union Européenne (UE)**

Depuis quelques années, l'UE attribue une grande importance à la question des inégalités de santé. D'une part, la stratégie de santé de l'UE met en évidence l'importance de cette question en attirant l'attention sur les 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 2002).

D'autre part, le *Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique* renvoie à un objectif général de réduction des inégalités de santé en développant des mesures et des stratégies agissant sur les déterminants socio-économiques de la santé (European Commission 2002).

De la même manière, les inégalités de santé occupent une place importante dans la nouvelle proposition de la Commission européenne pour un « Programme en matière de santé et de protection des consommateurs 2007-2013 » (European Commission 2005b) 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. La Commission propose les objectifs communs suivants<sup>11</sup> :

- protéger les citoyens face aux risques et menaces qui échappent à la maîtrise d'une personne seule isolée et contre lesquels les États membres ne peuvent lutter individuellement de manière efficace ;
- accroître la capacité des citoyens à prendre de meilleures décisions concernant leur santé et leurs intérêts en tant que consommateurs ;
- intégrer les objectifs en matière de santé et de protection des consommateurs dans toutes les politiques communautaires.

En se référant au droit à la santé comme un des droits fondamentaux, l'UE détermine les objectifs des interventions en matière de santé :

- protéger les citoyens contre les menaces pour la santé ;
- promouvoir des politiques conduisant à un mode de vie plus sain ;
- contribuer à réduire l'incidence des grandes maladies dans l'UE ;
- contribuer au développement de systèmes de santé plus efficaces et plus efficaces ;
- soutenir les objectifs susmentionnés en procurant des informations et des analyses.

De plus, la déclaration commune des Ministres de la santé de certains pays membres tels que l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, le Portugal, la Royaume-Uni et la Suède, lors de la réunion à Stockholm des 28-29 août 2005, sanctionne l'inscription dans l'agenda politique de cette thématique en déclarant que « *Inequalities in health, whether it derives from differences in education, income, living conditions or other health determinants must be addressed and the gap need to be narrowed if we are to succeed to maintain a just and prosperous society* ».

Par ailleurs, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale constitue un des éléments centraux dans la modernisation du modèle social européen. Notamment, la « stratégie de Lisbonne », adoptée lors du Conseil européen tenu au Portugal en 2000, reconnaît l'importance de la réduction de la pauvreté et de l'élimination de l'exclusion sociale, afin que l'UE ait une économie plus compétitive. Dans la perspective du processus de Lisbonne, un rapport analysant les actions mises en places par les pays membres identifie sept priorités pour

<sup>11</sup> Cf. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/pgm2007\\_2013\\_fr.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/pgm2007_2013_fr.htm).

L'intervention politique dont l'implémentation contribuerait à réduire les inégalités de santé (European Commission 2005a).

## 2.2 Stratégies nationales

Plusieurs pays industrialisés ont développé des politiques et stratégies pour réduire les inégalités de santé en agissant notamment sur les inégalités sociales. Dans les paragraphes suivants, nous présentons les expériences de quelques pays choisis : nous traiterons d'abord des stratégies, de leur conception ainsi que de leur fondement normatif et discuterons ensuite les moyens organisationnels mis en œuvre pour implémenter ces stratégies.

### 2.2.1 Types d'approches

#### *Allemagne : engagement législatif*

En Allemagne, l'émergence de la problématique de réduction des inégalités de santé dans l'agenda gouvernemental date du début des années 2000.

Il est important de préciser que l'Allemagne agit sur les obstacles financiers en amont de l'accès aux soins par son système d'assurance maladie légale, qui se base sur le principe de solidarité entre les personnes de haut et bas de revenu, ceux en bonne santé et ceux en mauvaise santé, ainsi qu'entre petites et grande familles.

Néanmoins, cette offre universelle et égalitaire d'accès aux soins pour tous ne garantit pas une utilisation égale des services de soins. Les études montrent un déficit sanitaire important chez les personnes de bas statut socio-économique (Mielck 2000).

Depuis 2000, la loi sur la santé contient un article (article 20 SGB V) sur la promotion de la santé et la prévention qui stipule que les services des caisses d'assurance-maladie devront contribuer à la réduction des inégalités de santé. Sur la base de cet article, certaines caisses d'assurance-maladie ont formulé de nouveaux programmes de promotion et de prévention destinés spécifiquement aux groupes socialement et économiquement défavorisés.

Par ailleurs, le Ministère fédéral de la santé se réfère à un concept d'équité dans la détermination des objectifs en matière de santé qui sont au nombre de cinq<sup>12</sup> :

- Diabète mellite de type II: diminuer le risque de maladie, découvrir et traiter la maladie le plutôt possible
- Réduire la mortalité liée au cancer du sein, améliorer la qualité de vie

<sup>12</sup> <http://www.gesundheitsziele.de/>, accédé le 15 janvier 2006.

- Réduire la consommation de tabac
- Grandir en bonne santé : nutrition, activité physique et maîtrise du stress
- Améliore les compétences sanitaires et renforcer l'autonomie des patients

De plus, le Ministère fédéral de la santé s'engage de plus en plus dans l'approche de la problématique des inégalités de santé. Avec certaines caisses d'assurance-maladie, il cofinance la conférence « Pauvreté et Santé », qui se tient depuis 1995 chaque année et qui réunit environ 1000 participants afin de discuter de mesures potentielles visant à réduire les inégalités de santé<sup>13</sup>. A cette initiative s'ajoute celle du Centre fédéral pour l'éducation sanitaire (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA) qui a donné lieu depuis 2005 à la création d'une plate-forme sur Internet concernant les inégalités de santé<sup>14</sup>. La plate-forme, intitulée « Promotion de la santé pour les personnes vulnérables » a pour objectif de renforcer la santé des personnes socialement défavorisées et de mettre gratuitement à la disposition des personnes et organismes intéressés les informations relatives à cette thématique.

En dernier lieu, un rapport d'experts, rédigé en avril 2005 pour le compte du Comité d'experts pour l'action concertée en matière de santé (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen), un organe de conseil constitué par le Ministère fédéral de la santé, aborde de manière détaillée la question des inégalités de santé.

#### *France : stratégie privilégiant l'accès aux soins et lutte contre l'exclusion*

Bien que la France figure parmi les pays européens où les inégalités de santé, mesurées par mortalité et morbidité, entre catégories socio-économiques, sont les plus fortes (Leclerc A. et al. 2000), la question des inégalités sociales de santé, en tant que telle, n'est apparue que récemment dans l'agenda politique. En 1998, la loi relative à la lutte contre les exclusions a posé la question du droit à la santé essentiellement dans une perspective de l'accès aux soins. En 2000, la France a introduit un système généralisant la couverture maladie de base à l'ensemble des personnes résidant en France de manière stable, ce qui a constitué une avance importante dans l'équité d'accès aux soins.

C'est le rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi du 9 août 2004, conforme aux principes européens, qui met en avant, parmi les principes qui

<sup>13</sup> [http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic\\_id=138](http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic_id=138), accédé le 15 janvier 2006.

<sup>14</sup> <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>, accédé le 15 janvier 2006.

sous-tendent la politique de santé publique, celui de la réduction des inégalités (Couffinhall et al 2005). Parmi 100 objectifs définis, deux concernent directement les inégalités et la précarité. Un de ces deux objectifs vise à réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le revenu est un peu supérieur à celui donnant droit à la Couverture Maladie Universelle. Le second objectif a trait à la réduction des inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires. Selon l'expert français, la stratégie vise à favoriser l'accès aux soins, mais ne repose pas sur un concept global abordant les inégalités de santé.

### ***Pays-Bas : approche expérimentale***

Aux Pays-Bas, depuis l'émergence du problème des inégalités de santé dans l'opinion publique en 1980 à la suite du rapport Black au Royaume-Uni, il y a un consensus, notamment entre les principaux partis politiques, que ces inégalités sont inacceptables et remettent en cause la cohésion sociale (Stronks 2002).

Un programme de recherche, lancé en 1989, a documenté l'ampleur et les déterminants des inégalités sociales de santé. Celui-ci a été suivi d'un programme d'expérimentations qui a été réalisé entre 1995-2001. Dans le cadre de ce programme, douze expériences locales ont été effectuées dans le but d'estimer l'impact sur les inégalités sociales de santé de différentes interventions envisagées qui se réfèrent à quatre stratégies :

- améliorer la position socio-économique des personnes les plus défavorisées en versant une allocation aux parents vivant dans la pauvreté ;
- diminuer les effets des problèmes de santé sur la position socio-économique, en attribuant la priorité aux enfants qui se trouvent dans une phase déterminante de leur parcours ;
- diminuer l'exposition aux facteurs de risque contribuant aux inégalités sociales de santé, par des actions destinées à réduire les contraintes physiques liées au travail et le stress professionnel, par des campagnes de préventions ciblées en milieu scolaire et dans les quartiers défavorisés (tabagisme, hygiène dentaire, nutrition etc.) ;
- améliorer l'accessibilité et la qualité des soins, par la formation de réseaux de soins locaux, afin de prévenir l'exclusion, par l'éducation à la santé auprès de certaines communautés migrantes atteintes de diabète, par des soins infirmiers par exemple.

L'évaluation de ces expérimentations a montré que sept sur douze interventions ont donné des résultats satisfaisants. Les interventions sur les conditions de travail semblent être 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 (Machenbach et Stronks 2004).

En 2001, une commission composée d'experts et de politiciens a défini des objectifs quantifiés et des recommandations. Elle a fixé l'objectif général, fondé sur l'objectif de l'OMS, qui est de réduire, jusqu'aux alentours de 2020, de 12 à 9 ans la différence d'espérance de vie sans incapacité entre les personnes de statut socio-économique élevé et bas, grâce à une forte augmentation de l'espérance de vie, tout en restant en bonne santé, du groupe le plus défavorisé.

L'expérience néerlandaise présente quelques aspects originaux. Une de ses forces est de 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). Un autre aspect original est de 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).

### ***Royaume-Uni : une stratégie globale***

Le Royaume-Uni est le pays européen où le débat sur les inégalités de santé a une certaine tradition et où il est très avancé. Le rapport Black (1980), devenu entre-temps une référence mondialement reconnue, a été commandé en 1977 par le gouvernement travailliste et mis de côté par les conservateurs au pouvoir pendant longtemps. Une nouvelle stratégie a été développée en 1998 suite au rapport intitulé « Acheson Report » qui précise que les inégalités de santé se sont accrues et propose des recommandations en termes d'actions et d'interventions (Acheson 1998). La caractéristique majeure de cette stratégie est qu'elle se base sur une politique globale de réduction des inégalités et se fixe des *objectifs quantifiés*<sup>15</sup>.

Les stratégies d'intervention pour atteindre les objectifs quantifiés ont été élaborées et explicitées dans le document ministériel publié en 2003 « *Tackling Health Inequalities : A Programme for Action* » (Departement of Health 2003).

---

<sup>15</sup> Réduire la différence de mortalité infantile entre la classe des travailleurs manuels et la population générale de 10% jusqu'aux alentours de 2010 ; réduire de 10%, dans le même temps, la différence d'espérance de vie à la naissance entre le quintile des zones les plus défavorisées et la moyenne nationale (inégalités géographiques) ; diminution de 50% des grossesses non désirées chez les moins de 18 ans ; réduction de la prévalence du tabac de 26% chez les travailleurs manuels, pour ne citer que quelques objectifs quantifiés.

L'action du gouvernement incorpore la lutte contre les inégalités de santé dans des programmes de priorités qui décline cinq axes d'intervention :

- *briser le cycle des inégalités de santé* : réduire la pauvreté, améliorer le niveau d'éducation des enfants défavorisés, améliorer les services de soins destinés aux enfants et les services de soins mentaux pour les groupes défavorisés et ethniques, etc.
- *aborder les risques majeurs pour la santé* : promotion de la lutte contre le tabagisme, améliorer la nutrition, encourager l'activité physique, réduire les accidents, particulièrement chez les groupes défavorisés, pour ne citer que quelques domaines d'action.
- *améliorer l'accès aux services publics* : assurer l'accès à tous, prendre en considération les barrières culturelles et linguistiques, etc.
- *renforcer les communautés défavorisées* : actions sur le lieu de travail et dans les entreprises, sur la criminalité, éducation, améliorer les conditions d'habitat, etc.
- *renforcer les interventions ciblées pour les groupes spécifiques* : assurer que les services répondent aux besoins spécifiques des groupes vulnérables tels que les minorités ethniques, les personnes âgées, les sans-abri, les prisonniers, les requérants d'asile, etc.

Ce plan d'action transversal mobilise aussi des ministères autres que celui de la santé. Une partie des interventions proposées se situe donc en amont du système de soins. Par ailleurs, les objectifs concernant les inégalités de santé sont également mis en pratique par les biais d'actions locales, adaptées au contexte spécifique des zones concernées.

#### ***Suède : stratégie générale incorporée dans l'ensemble de la politique de la santé publique***

Cette stratégie conçoit la politique de santé publique autour de la problématique de l'équité en matière de santé. La « *New public health policy* » suédoise (Agren 2003) est conçue sur un seul objectif global qui est « *the creation of societal conditions which ensure good health, on equal terms, for the entire population* »<sup>16</sup> et ceci sans distinction de genre, classe, origine ethnique, incapacité. Il ne s'agit pas d'une politique de réduction des inégalités en tant que telle, mais plutôt d'une politique de santé publique fortement imprégnée d'objectifs d'équité. Elle a été mise en place suite au constat, bien étayé par un monitoring scientifique régulier, d'un accroissement des inégalités sociales malgré l'amélioration globale des indicateurs de santé au niveau agrégé.

---

<sup>16</sup> <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/newpublic0401.pdf>.

La « *New public health policy* » table plutôt sur les déterminants sociaux généraux, en amont du système de soins et de prévention : la cohésion sociale, la participation et la réalisation de soi, les conditions de vie dans l'enfance, le plein emploi, un environnement de travail et d'habitat sain, des styles de vie ont ainsi été mis en avant comme facteurs importants visant l'amélioration de la santé de toute la population. Certains objectifs ont trait à la diminution des facteurs de risques découlant des comportements individuels tels que la malnutrition, le tabac, l'alcool, la drogue, le manque d'activité physique etc. A ceux-ci s'ajoute une série d'autres objectifs qui sont plus transversaux : une orientation plus volontariste des services de santé vers la prévention et la promotion de la santé et des investissements dans la recherche.

Les interventions ont pour but d'améliorer la santé publique et de réduire les différences sanitaires entre les différents groupes de la population. Sont visés plutôt les groupes les plus défavorisés et vulnérables face à la santé. Il s'agit d'une approche des déterminants de la santé qui rend le rôle du secteur de santé moins évident étant donné que son implémentation requiert une action multisectorielle (plusieurs domaines et secteurs) où le secteur de santé n'est qu'un des acteurs potentiels (Oestlin et Diderichsen 2001).

Selon l'experte suédoise, la faiblesse de cette stratégie est le fait qu'elle n'a pas d'objectifs quantifiés et que les avantages économiques ne sont pas suffisamment argumentés. Mis à part ces faiblesses, il s'agit d'une approche novatrice, qui a valeur de modèle pour plusieurs pays et l'OMS, notamment en ce qui concerne le processus d'élaboration. Ses forces résident à la fois dans sa large assise politique, dans son fondement sur des preuves scientifiques, et dans le fait qu'elle associe de nombreux acteurs de la santé (modèle de *top-down* et *bottom-up*) de sorte qu'elle dépasse largement le système de la santé.

Même si la stratégie suédoise n'est pas explicitement centrée sur la lutte contre les inégalités de santé, cette dernière est néanmoins sous-jacente dans de nombreux objectifs de la stratégie. La mise en œuvre de la stratégie peut être suivie dans les rapports annuels de santé publique<sup>17</sup>, qui s'ajoutent aux rapports réguliers sur la santé des Suédois.

---

<sup>17</sup> Un résumé anglais du dernier rapport « politique » concernant 2005 peut être téléchargé sur le site suivant : <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rappporter/r200544fhprsummary0511.pdf>

### ***Nouvelle-Zélande : approche combinée***

La Nouvelle-Zélande table sur une approche qui combine la politique générale de santé publique avec des thèmes spécifiques de santé tels que le tabac, l'alcool ou la malnutrition, afin d'aborder la problématique des inégalités de santé (Ministry of Health 2002). Cette approche prévoit que tous les secteurs de santé doivent contribuer à réduire des inégalités de santé. Elle met l'accent sur les dimensions (socio-économiques, ethnicité par exemple) dans lesquelles existent les inégalités et élabore les plans d'action en fonction du besoin propre à chaque domaine, afin de réduire les inégalités de santé. La politique contre le tabagisme et le cadre politique concernant les inégalités de santé liées à la dimension ethnique, comme nous le confirme, l'expert néo-zélandais, s'inscrivent dans une telle approche.

Un des buts de la stratégie de la santé de la Nouvelle-Zélande renvoie explicitement à l'amélioration de la santé des groupes socio-économiquement défavorisés et des minorités indigènes (Maori et le peuple des îles du Pacifique). L'accent est mis notamment sur l'accès aux services de soins et sur la qualité des soins.

Selon l'expert néo-zélandais, le point fort de cette stratégie réside dans le fait que « it facilitates specific initiatives and activities geared to addressing inequalities in health which are both unfair and preventable. The provision of a clear policy framework for this approach is critical for action ».

### **2.2.2 Structure organisationnelle**

Les structures institutionnelles, selon lesquelles les pays mettent en place leurs politiques et stratégies abordant les inégalités, diffèrent d'un pays à l'autre. Elles reflètent, d'une part, la logique du système politique et la culture institutionnelle de chaque pays et, d'autre part, l'approche choisie pour aborder les inégalités de santé.

La Suède, par exemple, structure ses différentes sections institutionnelles en fonction des déterminants principaux des inégalités identifiées. Ces dernières concernent les thèmes tels que la pauvreté, la disparité économique, l'Etat social, le chômage, les sans-abri, le stress professionnel, l'exclusion sociale, la formation, le développement de la petite enfance et les soins aux personnes âgées. L'Institut national de Santé publique (Swedish National Institute of Public Health<sup>18</sup>) a été réorganisé en 2001 pour le monitoring, le suivi et la coordination sur le plan local des actions entamées ; il est subordonné aux ministères de la santé et des affaires sociales et comporte une unité « société et santé »<sup>19</sup>. De plus,

<sup>18</sup> [http://www.fhi.se/default\\_1417.aspx#](http://www.fhi.se/default_1417.aspx#), accédé le 15 janvier 2006.

<sup>19</sup> [http://www.fhi.se/templates/Page2cols\\_5559.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page2cols_5559.aspx), accédé le 15 janvier 2006.

il y a des sections ou départements qui sont spécialement responsables de certaines dimensions telles que le genre, l'ethnicité, l'âge etc.

La Nouvelle-Zélande, dont la stratégie s'inspire de la suédoise, a créé des sections institutionnelles au sein du Ministère en fonction ; il s'agit d'une part de domaines spécifiques où une forte inégalité est observée (accès aux soins, tabagisme, par exemple) et, d'autre part, de groupes spécifiquement touchés par les inégalités dans ces domaines (minorités indigènes, par exemple). Basé sur l'expérience que des mesures préventives similaires n'ont pas du tout les mêmes effets dans la population majoritaires et auprès de la population Maori, des structures spécifiques impliquant les autorités Maori ont été mises en place.

Le Royaume-Uni a mis en place une structure institutionnelle plutôt centralisée. Une unité spéciale « Health Inequalities Unit » chargée de la question de la réduction des inégalités a été créée au sein du département de la santé, qui détient également un rôle important par rapport à l'aide sociale<sup>20</sup>. La Health Inequalities Unit fonctionne selon le principe du Public Service Agreement (PSA). Le Gouvernement central conclut avec les autorités locales les « contrats locaux d'objectifs » afin d'obtenir les résultats escomptés au niveau local et donc de réduire les inégalités en matière de santé. Plutôt que d'assumer la direction politique sur la problématique des inégalités dans le domaine de la santé, la Health Inequalities Unit se donne comme mission de faciliter la réalisation du PSA en faisant le lien entre les différents acteurs et initiatives, afin d'assurer que la perspective sur les inégalités de santé soit incluse dans leurs activités<sup>21</sup>. Une autre unité « Social Exclusion Unit » se concentre sur les individus et groupes défavorisés et exclus.

Contrairement au Royaume-Uni, les Pays-Bas ne disposent pas de structure politique coordonnant les actions interministérielles, un point que les experts considèrent d'ailleurs comme une faiblesse de la stratégie néerlandaise. Néanmoins, les sections spéciales ciblant les grands déterminants de la santé (genre, ethnicité, etc.) et les groupes les plus défavorisés existent au sein du département de la santé.

L'Allemagne et la France ne possèdent pas de sections institutionnelles spécifiques en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé.

\*\*\*

<sup>20</sup> <http://www.dh.gov.uk/AboutUs/HowDHWorks/fs/en>, accédé le 15 janvier 2006.

<sup>21</sup> [http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/HealthInequalities/HealthInequalitiesGeneralInformation/HealthInequalitiesGeneralArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4079644&chk=8WiiZg](http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/HealthInequalities/HealthInequalitiesGeneralInformation/HealthInequalitiesGeneralArticle/fs/en?CONTENT_ID=4079644&chk=8WiiZg)

Ce tour d'horizon rapide des structures institutionnelles permet de constater que les pays qui mettent en œuvre une politique coordonnée de lutte contre les inégalités sociales ont été amenés à mettre en place des unités organisationnelles pour développer et suivre les stratégies mises en place et coordonner les actions avec des acteurs locaux. Ceci s'explique en raison de la complexité de la tâche et de la multiplicité des acteurs impliqués, qui nécessitent une coordination trans-sectorielle à plusieurs niveaux (recherche, information, répartition des rôles et leadership pour la mise en œuvre).

Les exemples suédois et britanniques illustrent par ailleurs l'importance d'associer une large palette d'acteurs (niveaux et sensibilités politiques différents, NGO, secteurs différents) dans le développement d'approches ou de stratégies novatrices, si on veut garantir leur acceptabilité et mise en œuvre effective. Les initiatives élaborées unilatéralement « top down », au mieux appuyées par les meilleurs experts ou des recommandations internationales rédigées dans un jargon onusien (OMS), risquent de disparaître dans des tiroirs ou de ne jamais « dépasser la dimension rhétorique », pour reprendre l'expression de l'expert canadien Pong. En Suède, la demande des acteurs locaux pour une action mieux guidée a certainement contribué au succès de la démarche en faveur d'une stratégie de santé publique.

Si le recours à de solides données empiriques au niveau national – et non seulement international – n'est pas en lui-même suffisant pour fonder une prise de conscience politique, il s'avère aujourd'hui quasiment indispensable. De plus, les données scientifiques ne devraient pas seulement démontrer l'existence d'un problème, mais idéalement aussi les possibilités d'agir (publiquement) sur les lacunes existantes.

### 2.3 Discussions et tendances actuelles

La lutte contre les inégalités de santé apparaît comme un enjeu majeur de la politique de la santé publique dans les pays industrialisés. Un consensus existe sur le fait, étayé par des données empiriques, que les inégalités de santé augmentent dans les pays riches – suite à une polarisation socio-économique et une pluralisation des sociétés – et qu'il faut éviter à tout prix que cet écart se creuse d'avantage. La réduction des inégalités de santé qui, selon l'optique de l'équité, sont injustes et menacent la cohésion et la paix sociale, passe nécessairement par la lutte contre les inégalités sociales. Sur le plan économique, cette lutte présente un grand intérêt pour les Etats qui voudraient réduire les dépenses de la santé, que les pouvoirs publics assument au moins partiellement par des subsides pour les personnes défavorisées. Nombre de pays adoptent, entre autres, des stratégies politiques visant la réduction des inégalités de santé qui agissent aussi bien au niveau macro (revenu, éducation, environnement, etc.) qu'au niveau des comportements et de l'accès aux soins.

Cependant, le niveau d'engagement et de prise de conscience du problème des inégalités varie d'un pays à l'autre. Le Royaume-Uni peut être considéré comme le pays le plus avancé, suivi par les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande et la Suède qui se trouvent dans une phase de développement de politiques structurées, intégrant des phases de production scientifique et de débats publics. En France et en Allemagne, les débats politiques se sont focalisés essentiellement sur les enjeux de la politique sanitaire, sans qu'une prise de conscience suffisamment pressante ait pu se développer pour déboucher sur une véritable stratégie de santé publique intégrant la question des inégalités. La Suisse, quant à elle, est plutôt proche des cas allemand et français.

Partout, la question des inégalités de santé indique le passage d'une approche, axée sur la problématique « pauvreté et santé », à une autre qui touche les gradients sociaux des inégalités de santé.

Sur le plan international, les discussions sur la problématique des inégalités de santé présentent un caractère transversal qui recoupe les thèmes tels que l'exclusion, l'inclusion et la discrimination. Les politiques d'inclusion sociale, développées dans la plupart des pays européens, s'attaquent de plus en plus aux principaux déterminants de santé, tels que le revenu et l'éducation. On assiste également à un élargissement des groupes défavorisés pris en considération. Par ailleurs, il est important de souligner que l'obésité et la santé des enfants, menacée par l'accroissement des inégalités socio-économiques, selon le rapport européen sur la santé 2005 de l'OMS, apparaissent comme de nouveaux défis en termes de santé<sup>22</sup>.

Les stratégies des pays étudiés indiquent une variété du processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques publiques de réduction des inégalités sociales de santé. L'expérience britannique nous indique jusqu'à quel point cette question peut être un sujet important dans les débats politiques. Selon l'expert néerlandais, le développement des connaissances engendrant un débat est indéniablement un préalable à la mise en place des politiques publiques. Il considère également la volonté politique comme un des critères indispensables en matière de réduction des inégalités sociales de santé.

Aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède et en Nouvelle-Zélande, l'inscription de la question des inégalités dans l'agenda politique a été précédée et

---

<sup>22</sup> Des études récentes, en France par exemple, montrent que l'obésité concerne davantage les chômeurs, les retraités et les ouvriers. Cette relation retrouvée peut s'expliquer par les inégalités sociales en matière de santé, ainsi que par les différences dans les habitudes alimentaires (cf, <http://www.dossiersdunet.com/article300.html>). En Suisse, un certain nombre de recherches récentes attirent l'attention sur ce sujet et mettent en évidence le lien entre la position sociale et l'obésité (Lamprecht et Stamm 2005 ; Shopper 2005).



accompagnée d'importantes études documentant l'ampleur des inégalités et leur évolution, ainsi que des connaissances sur leurs déterminants et sur l'efficacité des interventions possibles. Ceci est particulièrement vrai pour les Pays-Bas où une phase de recherche a précédé celle d'expérimentations locales soumises à l'évaluation, qui a donné lieu à une phase finale, celle de proposer d'autres politiques. L'expérience néerlandaise est particulièrement significative par son approche politique, non seulement basée sur des données probantes fournies par le milieu scientifique, mais aussi en se construisant en collaboration avec le milieu scientifique. Sur la base des résultats mis à jour par des rapports réguliers sur la santé publique qui portent une attention particulière aux inégalités, la Suède a décidé de développer une stratégie nationale de santé publique, suite au constat d'une augmentation des inégalités de santé, et ceci malgré un niveau élevé des indicateurs moyens de santé de la population.

En ce qui concerne le contenu des stratégies, il est intéressant de constater que celles du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Suède combinent des mesures en amont du système sanitaire (inégalités sociales elles-mêmes), des mesures visant des facteurs intermédiaires (l'exposition aux risques) et des mesures en aval (visant l'accès aux soins). La qualité et l'accessibilité des soins sont surtout présentes dans les stratégies britannique et néerlandaise. La Nouvelle-Zélande semble donner la priorité à des mesures visant des facteurs intermédiaires et des mesures en aval. Si la France met l'accent sur l'accessibilité des soins curatifs et préventifs, l'Allemagne semble privilégier le domaine de la promotion et la prévention en agissant par le biais des caisses d'assurance maladie. Toutefois l'expert allemand, attire l'attention sur la limite de cette politique en soulignant que les assurances maladie font preuve d'un certain manque d'intérêt pour l'égalité des chances.

Les politiques sélectives visant des populations ciblées (groupes sociaux défavorisés, régions défavorisées, groupes dont l'état de santé est le plus dégradé, groupes ethniques, etc.) semblent être plus efficaces que les politiques universelles. En Nouvelle-Zélande et en particulier au Royaume-Uni, l'application des mesures prises incombe aux autorités locales qui s'engagent dans la lutte contre les inégalités avec le *Local Public Service Agreements* qui ne propose pas d'action universelle, mais des actions ciblées, par exemple en faveur des enfants et des familles de bas statut social dans une certaine région.

Pour finir, mentionnons plusieurs points qui qualifient le processus du développement de la politique en matière de réduction des inégalités sociales de santé.

- *utilisation des connaissances scientifiques*: la présence de données probantes a largement contribué à la prise de conscience des inégalités et aux engagements du pouvoir public dans leur réduction.

- *importance du processus d'élaboration*: un processus ouvert et participatif réunissant des experts, des scientifiques, des acteurs de la société civile et des politiques semble être préféré à un processus fermé et limité à un certain nombre d'acteurs restreints.
- *importance de l'évaluation (Health impact assessment)*: l'évaluation de l'efficacité, et des impacts des mesures, et de différentes interventions est considérée comme indispensable pour d'atteindre les objectifs fixés<sup>23</sup>. Dans ce contexte, certains experts insistent sur l'utilisation d'objectifs quantifiables, qui permettent d'améliorer la légitimité politique des mesures et d'assurer leur durabilité.
- la plupart des stratégies développées adoptent une *approche multisectorielle* sous le leadership des domaines de la santé et du social.

### 3 Situation en suisse

En Suisse, la question des inégalités sociales de santé et de la réduction de celles-ci n'a pas attiré une attention particulière des décideurs politiques, bien que l'existence de ces inégalités ait été constatée<sup>24</sup> (Lehmann et al. 1988 ; Minder et al. 1986 ; Schopper 2002 ; Stamm et al. 2003). La première étude sur les inégalités sociales de santé date déjà de la fin du 19<sup>ème</sup> siècle (cf. Minder 1993). Depuis les années quatre-vingts, on observe un regain d'intérêt scientifique pour le sujet<sup>25</sup>. La plupart des études traitent le thème de la mortalité (Beer et al. 1993 ; Gubéran et Usel 2000 ; Minder et al. 1986) et expliquent les inégalités sociales de santé par la position sociale, la formation, la nationalité et la région (Bisig et Gutzwiller 2004 ; Minder 1993 ; Vranjes et al. 1996).

Plusieurs études soulignent le fait que, malgré l'augmentation de l'espérance de vie, les chances d'atteindre un âge respectable ne sont pas égales en Suisse : les

<sup>23</sup> Selon Mackenbach, *Health impact assessment* pourrait également contribuer à la prise de conscience à l'égard des inégalités de santé auprès des acteurs politiques dans d'autres domaines que celui de la santé et que les expériences des Pays-Bas, du Royaume-Uni et de la Suède montrent l'efficacité d'une telle approche.

<sup>24</sup> Il aurait certainement été intéressant d'expliquer les motifs de la non-problématisation politique des inégalités face à la santé. Néanmoins, un tel objectif n'est pas prévu par le mandat et dépasse bien évidemment le cadre de ce travail.

<sup>25</sup> Pour un aperçu historique et général des recherches empiriques concernant les inégalités sociales de santé en Suisse, réalisées avant les années 90, voir Lehmann et al. (1990) ; pour un aperçu plus récents des recherches réalisées sur la base des données de Gesundheitsbefragungen, voir notamment, BFS (2000), Vranjes et al. (1996), Bisig et Gutzwiller (2004).

personnes appartenant aux couches inférieures sont bien plus touchées par une mort prématurée (Gubéran et Usel 2000 ; Künzler et C. Knöpfel 2002).

Selon l'étude de Bouchardy et al. (2002), le risque de cancer chez les hommes est largement influencé par les facteurs socio-économiques. De même, une étude médicale exhaustive portant sur l'ensemble des femmes atteintes d'un cancer du sein à Genève a mis en lumière une inégalité fondamentale entre les femmes des milieux défavorisés et celles des classes supérieures face la mort due à cette maladie (Bouchardy 2004). Les régions n'échappent pas à cette réalité : plusieurs études constatent l'existence de différences significatives de mortalité entre les cantons (Bisig et Paccaud 1987 ; Schüller et Bopp 1997 ; Wanner et Fei 2005 ).

Par ailleurs, Bisig et Minder (2001: 63) constatent que « les personnes dont le niveau de formation est bas ont peu de connaissances en matière de nutrition, elles ont plus souvent un poids excédentaire, ou même sont obèses, sont physiquement moins actives et sont plus fréquemment les gros fumeurs que les personnes ayant un niveau de formation élevé ».

Si on ne peut vraiment parler d'une absence d'études et de données, celles-ci ont été menées de façon plutôt sporadique et doivent mesurer de manière encore plus différenciée les inégalités sociales de santé.

En Suisse, la santé, dans son ensemble, est orientée dans le sens d'un service public qui n'exclut a priori personne, et non pas vers des soins exclusivement réservés aux nantis. Si nous jetons un regard au niveau du terrain, on peut même constater un certain effort déployé pour la prise en charge du problème de santé des populations défavorisées. Les policliniques universitaires cantonales sont des structures de soins auxquelles des populations défavorisées ont le plus souvent recours. Dans la même logique, les services médicaux universels (médecins et dentistes scolaires, notamment pour les enfants défavorisés) mis en place par les cantons témoignent d'une certaine prise de conscience relative à la question qui nous intéresse, car la logique qui détermine ces initiatives locales est de réduire l'effet de la pauvreté sur la santé, en agissant via le système d'accès aux soins et de traitement.

Cependant nous observons, aujourd'hui, que ces initiatives locales ne se sont pas développées par la suite dans une orientation d'intervention plus globale s'intéressant aux déterminants sociaux des inégalités en matière de santé.

Une des raisons principales de cette observation peut être recherchée dans le fait que l'approche dominante depuis les années 1950 se caractérise plutôt par la médicalisation du domaine de la santé, axée sur une politique de médecine (orientée vers les maladies, les patients et le système de santé au sens étroit) et non sur une véritable approche de la santé publique (rester en bonne santé et

promotion de la santé en amont)<sup>26</sup>. Une autre explication peut être le fait que, comme le montre le processus d'élaboration des stratégies dans les pays étudiés, les initiatives politiques ciblées sur des objectifs très précis se développent suivant un processus de production des connaissances scientifiques approfondies. Or, les acteurs locaux en Suisse sont très souvent dépourvus de ressources financières pour procéder à une recherche d'une telle ampleur

Sur le plan national, le fait de garantir à tous l'accès aux soins en matière de santé par l'assurance maladie obligatoire (assuré par la LAMal depuis 1996) et la réduction des primes pour les personnes à bas et moyens revenus (art. 65 de la LAMal) sont deux instruments politiques explicites qui, en agissant sur les obstacles en amont de l'accès aux soins, contribuent à réduire des inégalités sociales sur le plan de la santé.

Par ailleurs, dans la pratique, la prévention des toxicomanies et, surtout, du sida a permis de mieux prendre en compte les enjeux sociaux de l'intervention liés à la santé (précarité sociale comme facteur important par rapport à l'état de santé). C'est dans ce même contexte que des démarches, axées sur la population migrante, se sont progressivement mises en place et ont débouché sur le développement d'une stratégie dans le domaine « migration et santé » (OFSP 2001). L'importance de la population migrante, son profil socio-économique et la diversification des trajectoires migratoires recoupent des problématiques sociales particulières (pauvreté, stress, emplois précaires et pénibles, statuts incertains) et peuvent, dans cet ordre d'idées, servir d'exemple d'intervention pour des mesures destinées à des couches sociales défavorisées non issues de la migration.

Il y a lieu de mentionner l'initiative du Département fédéral de l'intérieur de développer, avec les cantons, une politique nationale de la santé, en 1998 qui signalait la prise de conscience d'un changement de perspective indiquant la nécessité d'élargir le débat sur l'assurance maladie et sur les coûts vers un débat global sur la santé de la population. Un des objectifs implicites de cette initiative fut la prise en compte des déterminants de la santé et, par conséquent, aborder la question des inégalités sociales liées à la santé<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Interview Philippe Lehmann.

<sup>27</sup> Selon Van der Linde (2005), cette initiative s'était fixée deux objectifs implicites: 1) Améliorer et renforcer la santé de la population, 2) Réduire les différences sanitaires entre les diverses couches sociales de la population.

Le projet « Politique nationale de santé » s'est achevé en 2003 avec la création d'une plateforme institutionnelle et politique de dialogue, d'échange d'informations et d'identification de domaines d'actions communs<sup>28</sup>.

Dans le sens d'un développement considérable vers un engagement pour l'équité en santé, il y a lieu de mentionner le fait que trois institutions nationales, à savoir, l'OFSP, Promotion Santé Suisse et Politique nationale suisse de la santé ont adopté le programme de l'OMS pour l'Europe, intitulé *Santé 21*, qui attire l'attention sur la nécessité de la réduction des inégalités de santé entre les groupes sociaux. Même si ces institutions sont encore loin de fixer, pour diverses raisons, des objectifs quantifiés afin d'atteindre une plus grande équité en matière de santé, c'est quand même un pas décisif au niveau institutionnel.

Cette prise de conscience à l'égard de l'égalité des chances en matière de santé est également visible dans nombreuses études en cours, mandatées par l'OFSP.

Au niveau des interventions sur le terrain, quelques activités méritent d'être mentionnées, notamment en ce qui concerne la prise en considération de l'équité sur le plan de la santé : il s'agit en particulier des activités de la Section de l'égalité des chances de l'OFSP, à savoir la stratégie *Migration et santé* ainsi que les mesures prises dans le cadre du *Gender Health*. Fruits d'une approche sectorielle, ces activités contribuent au développement d'une perspective orientée vers l'équité en santé (but principal de l'orientation d'une santé publique moderne et efficace) et constituent en quelque sorte le noyau dur d'une démarche *mainstreaming* dans la recherche de l'équité en santé.

Soulignons aussi que la prise en considération de ces deux dimensions (migration et genre) dans la structure institutionnelle correspond à la tendance actuelle que nous avons observée dans différents pays ayant développé des stratégies spécifiques pour atteindre l'équité en santé.

Les spécificités des sous-sections de *Migration et santé* et de *Gender Health* peuvent être résumées en deux points majeurs :

- leurs activités visent à renforcer la «*capabilité*»<sup>29</sup> des personnes qui constituent leur public cible, notamment les activités réalisées dans le cadre de la Stratégie et Migration visant l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des soins et mettant l'accent sur l'importance des ressources rendant possible cette *capabilité* (interprétariat communautaire,

---

<sup>28</sup> Intitulée « Politique nationale suisse de la santé », cf. [www.nationalegesundheit.ch](http://www.nationalegesundheit.ch)

<sup>29</sup> Rappelons que l'approche de *capabilité* de Sen est actuellement dominante dans les stratégies visant l'équité en santé. Selon l'approche Sen, le bien être d'un individu ne doit pas être mesuré en termes de son revenu, mais en termes de ce qu'il est et fait, donc de ses capacités.

diffusion des informations sur la santé, plate-forme *Migesplus* et *Radix*, - soutien des projets des organisations de migrants - par exemple).

- leurs activités dans le domaine de la recherche contribuent à combler certaines lacunes en ce qui concerne des données probantes. ainsi elles participent activement à la production des connaissances scientifiques et à leur diffusion, activités considérées dans plusieurs pays industrialisés comme la condition *sine qua non* en vue de développer une politique et une pratique efficace dans la lutte contre les inégalités de santé et leurs ingrédients sociaux.

Impliquant plusieurs offices fédéraux, une série d'autres stratégies d'action dans une perspective multisectorielle existe dans différents champs d'action qui, thématise, de manière plutôt isolée et indirecte, les inégalités de santé et les déterminants de la santé. Il s'agit notamment du *Plan d'action environnement et santé*, du programme national *Réseau Santé et Activité Physique* et du programme cadre national *éducation + santé Réseau suisse*. Ces initiatives potentielles pourraient être améliorées et intégrées explicitement dans une politique globale multisectorielle. Il est également important à noter que l'OFSP a récemment adopté un concept pour une politique de santé multisectorielle.

A cela s'ajoute un certain nombre d'acteurs de la société civile tels que des œuvres d'entraide (Caritas, Croix-Rouge suisse, par exemple), Pro Infirmis, Pro Senectute, Pro Juventute, Réseau nutrition et santé etc., qui sont sensibles à la question de la santé et qui reçoivent des mandats publics afin de réaliser certaines activités en rapport avec les déterminants de la santé ou la réduction des inégalités sociales de santé<sup>30</sup>. Par ailleurs, il importe de souligner l'importance des instituts de médecine sociale et préventive, qui jouent un rôle sur l'identification des groupes à risques, et des activités de Promotion Santé Suisse visant à promouvoir la santé.

Malgré les initiatives prises dans le passé au niveau local, des signes indiquant l'émergence d'une prise de conscience sur le plan fédéral<sup>31</sup> et la présence d'un nombre non négligeable d'acteurs oeuvrant dans le même domaine, il manque cependant une *vision cohérente et globale* en matière de réduction des inégalités sociales de santé afin d'atteindre une plus grande égalité des chances.

Il est bien évident que formuler une telle vision globale exigerait une démarche d'une certaine envergure, soutenue tout d'abord, par une volonté politique et par

---

<sup>30</sup> Le projet VIA de la Croix-Rouge suisse informe par exemple les migrants sur le système suisse de santé.

<sup>31</sup> Cela se manifeste notamment par des activités se référant à une orientation vers l'équité en santé, la Stratégie « Migration et Santé », par exemple.

la participation des acteurs concernés (société civile, praticiens, communauté scientifique, etc.). Au-delà de cet objectif à long terme, se pose la question de savoir quel pourrait être le rôle et la position de l'OFSP dans ce processus de recherche sur l'équité en santé. Quelques réponses seront esquissées dans le chapitre suivant sur la base des résultats de la présente recherche.

## 4 Quels enseignements pour la Suisse ?

Dans cette section, nous partons des orientations générales observées à la fois dans la littérature scientifique et dans les pratiques des pays étudiés, pour aborder les points importants (présents parfois sous forme de dilemmes) à prioriser selon le contexte suisse et l'approche qui sera choisie en matière d'égalité des chances (section 4.1). Les différences nationales ou régionales observées au niveau international se reflètent à la fois dans les objectifs, les publics cibles et les champs d'action mis en avant.

En deuxième lieu, nous abordons les différentes possibilités d'action de l'OFSP (section 4.2) en nous limitant délibérément aux domaines où l'OFSP a des compétences d'intervention reconnues, sans que des modifications importantes du cadre institutionnel ne s'imposent. Dans cet ordre d'idée, les recommandations mettent l'accent plutôt sur les objectifs sectoriels, c'est-à-dire du domaine de la santé, même si nous pensons qu'une réflexion sur une approche multisectorielle doit également être envisagée en parallèle.

Les stratégies adoptées par les différents pays ou organismes internationaux relèvent à la fois de l'analyse – parfois approfondie, parfois superficielle – de la situation et des structures des opportunités politiques<sup>32</sup> et institutionnelles. En dépit des divergences de vue ou de situations, une constatation s'impose pour la plupart des pays européens : un accroissement des inégalités sociales qui se reflètent au niveau des ressources de santé de la population et qui appelle des réponses de la part des pouvoirs publics, même si ces derniers sont simultanément soumis à un certain nombre de tensions contradictoires (remise en cause de l'action de l'Etat, limitations de l'offre, ouverture des institutions, exigences de qualité et d'efficacité, etc.).

---

<sup>32</sup> Le concept « Political Opportunity Structure » se réfère à des caractéristiques spécifiques d'un système politique et indique une configuration spécifique des ressources et arrangements institutionnels.

Pour des raisons qu'on pourrait discuter<sup>33</sup>, la Suisse, comparée aux autres pays étudiés, ne dispose pas d'une tradition globale et intégrée d'analyse des différences sociales, ce qui explique que la constatation précédente n'a jusque-là guère dépassé les cercles d'initiés. Il faudra entamer un travail de longue haleine pour sensibiliser l'opinion publique et les décideurs des différents secteurs politiques et des différents niveaux, à l'importance des inégalités sociales de santé et à la nécessité d'une approche plus ouverte à la diversité d'une manière générale (*mainstreaming*), en prenant en considération les différences de niveau social et de styles de vie<sup>34</sup>.

### 4.1 Orientations générales

#### *Quels arguments avancer pour créer un consensus autour de l'égalité des chances en matière de santé ?*

Sans négliger l'importance des arguments d'ordre normatif (équité, droit à la santé, principe de l'égalité, cf. art. 8 de la Constitution fédérale, par exemple) et sociétal (cohésion sociale), mettre l'accent, en plus de l'intérêt bien compris de la société (éviter des foyers de maladies aux marges de la société), sur l'argument de nature économique aurait un sens en Suisse, dans la mesure où le bien-être peut être considéré comme capital social contribuant au développement économique du pays, mais aussi où les dépenses liées au coût de la santé et le financement de l'assurance maladie sont au cœur des débats<sup>35</sup>.

#### *Quels objectifs de réduction des inégalités de santé ?*

Faut-il s'intéresser à réduire les écarts de santé entre les groupes sociaux ou faut-il plutôt se concentrer sur l'amélioration de la santé de tous, au risque de voir l'écart entre les inégalités entre les groupes sociaux s'accroître (comme l'observent les pays qui disposent d'instruments de monitoring appropriés dans ce domaine) ? En d'autres termes, faut-il adopter des politiques universelles ou des politiques sélectives ciblant certains groupes sociaux et/ou les zones défavorisées ?

---

<sup>33</sup> On peut avancer quelques explications sommaires : richesse relative, importance de la classe moyenne, faiblesse des sciences sociales, multiculturalité, politique, partenariat social, etc.

<sup>34</sup> Le travail déjà entrepris dans le domaine de la migration fournit à ce sujet un point de départ précieux pour une orientation plus large, sensible à la diversité de manière générale.

<sup>35</sup> En 2001, environ un tiers des assurés ont reçu des subsides et environ 15% de toutes les primes d'assurances ont été financés par le fonds public (Leu et Schellhorn 2004). Même cette constatation montre combien la réduction des inégalités sociales peut avoir des effets positifs sur la dépense sociale du pouvoir public.

La tendance actuelle montre que l'un n'exclut pas l'autre. L'objectif général peut parfaitement s'entendre par une combinaison des deux objectifs : amélioration de la santé de tous (politique universelle) et réduction des écarts des inégalités de santé par une politique de ciblage des groupes défavorisés. En d'autres termes, l'objectif d'équité en santé n'est atteint que si l'état de santé des groupes défavorisés s'améliore plus que celui des groupes favorisés (principe de *maximum* de Rawls<sup>36</sup>) et que la réduction de l'écart des inégalités ne se fait pas au détriment de l'état de santé des groupes favorisés. « Améliorer la santé de tous et, en particulier, celle des groupes défavorisés », ainsi pourrait-on résumer la devise de l'équité en santé.

Dans ce sens, il faut développer, à l'instar du *gender mainstreaming*, une logique de *mainstreaming différencié* en fonction de l'identification d'un problème potentiel pour la santé et de son public cible. Au sein de l'OFSP, la stratégie *Migration et Santé* et les mesures prises dans le cadre du *Gender Health* correspondent à la philosophie d'une telle approche, qui caractérise les démarches politiques et institutionnelles des pays ayant développé les stratégies structurées.

#### **Quels champs d'intervention privilégier... ?**

Faut-il adopter des mesures s'attaquant en amont des inégalités sociales elles-mêmes (au niveau de la macrostructure) ou des mesures en aval, visant l'accès aux soins ou encore les mesures visant des facteurs intermédiaires (éviter l'exposition aux risques)?

Étant donné que les principaux déterminants sociaux de la santé interagissent et s'influencent mutuellement, les mesures doivent être prises logiquement aux trois niveaux, comme c'est le cas au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède. Mais une grande partie des interventions prévues en Europe se concentre sur les déterminants sociaux de santé en amont, c'est-à-dire dans des secteurs qui se situent en dehors du système de santé. Elles se donnent pour but d'intervenir sur l'environnement physique et social. La mise en œuvre de ces interventions et politiques s'effectue dans une *approche multisectorielle* agissant sur les conditions politiques, socio-économiques, juridiques et environnementales pour que celles-ci permettent aux individus de réaliser leurs potentiels sanitaires. Ceci rejoint une approche focalisée sur les ressources plutôt que sur les déficits de santé. Mais les interventions visent aussi les déterminants sectoriels en agissant notamment sur la qualité et l'accès aux soins (*approche sectorielle*). Par ailleurs,

---

<sup>36</sup> Le principe de maximum de Rawls signifie que la meilleure situation est celle où les plus défavorisés (position « minimum ») obtiennent le maximum d'avantages, cf. section 1.2.1.

on a recours aux mesures visant les facteurs intermédiaires, lorsqu'il faut agir sur les facteurs psychosociaux et comportementaux (niveau individuel).

A moyen et long terme, il faudrait certainement aussi envisager en Suisse une approche *multisectorielle* susceptible d'avoir un impact plus profond et durable que la politique sectorielle (cf. section 4.2).

#### **Quelles dimensions privilégier ?**

Voyons maintenant en nous situant dans le système de santé en Suisse, l'articulation de différentes dimensions (cf. section 1.4.1) de l'égalité des chances en matière de santé.

S'il est a priori difficile de hiérarchiser, de manière générale, les dimensions – couches sociales, genre (hommes et femmes), migration, groupes d'âge etc. –, on peut constater que la position sociale représente un facteur primordial en Suisse et dans la plupart des pays industrialisés, qui connaissent une polarisation socio-économique croissante, dont les effets affectent particulièrement les individus qui présentent en quelque sorte une vulnérabilité supplémentaire, précisément liée à la santé (d'autant plus qu'un état de santé fragile peut à son tour entraîner une détérioration de la situation sociale et économique). Ainsi c'est donc souvent le cumul de facteurs à risque ou d'absence de ressources sur le plan de la santé, s'ajoutant à une position défavorisée, qui pose problème. On peut citer l'exemple des femmes issues de milieux modestes avec peu de bagage scolaire, qui élèvent seules leurs enfants, ou encore les migrants avec un statut de séjour précaire, une connaissance limitée de la langue et appartenant à une minorité plus susceptible d'être exposée à la discrimination en raison de la consonance de leur nom ou de la couleur de leur peau.

Dans les pays européens, les *minorités issues de la migration* ont également tendance à cumuler des situations défavorables liées à la position sociale (travail précaire ou pénible), à l'origine ou à la culture (compétences linguistiques insuffisantes, diplômes non reconnus, méconnaissances du système de santé) et, de plus, connaissent parfois des restrictions administratives liées au statut migratoire, qui peuvent limiter leur accès au système de soins (mobilité restreinte, modèles d'assurances spécifiques, etc.). Ils éclairent ainsi, en quelque sorte, à partir de ses marges les orientations et développements à venir du système de santé (par exemple, limitations de certaines prestations jugées non vitales).

Si on tient compte de la polarisation socio-économique (liée à la globalisation et à d'autres facteurs) et de la pluralisation des trajectoires migratoires, on est amené à penser que ces deux dimensions continueront à lancer un défi de plus en plus grand dans le domaine de l'égalité des chances, liées à la santé en général et au système de santé en particulier (objectifs sectoriels). Si dans les milieux spécialisés (chercheurs et acteurs de la santé publique), une prise de conscience a

eu lieu, il reste encore beaucoup de sensibilisation à faire dans l'espace politique et public.

D'une manière générale, les inégalités de santé liées au *genre* se posent moins par rapport à la politique sectorielle (système de santé) en Suisse<sup>37</sup> qu'en termes de (nouveaux) styles de vie et notamment en relation avec des situations minoritaires ou migratoires spécifiques (femmes sans-papiers, danseuses de cabaret<sup>38</sup>). C'est souvent davantage la position sociale défavorisée ou le statut migratoire qui rend les femmes particulièrement vulnérables. Il faudra également prêter plus d'attention à des problèmes qui touchent plus particulièrement les hommes, qui ont vu leur mortalité augmenter récemment dans certains groupes d'âge (15-34 ans), sans que l'on connaisse toujours les raisons précises de cette évolution.

En ce qui concerne l'*âge*, les études soulignent l'existence d'inégalités sociales et de santé parmi les personnes âgées en Suisse (Lalivie d'Epinaï et al. 1998 ; Wanner 2000). Néanmoins, ces dernières ne constituent plus – du moins pas pour l'instant – un groupe particulièrement défavorisé du point de vue socio-économique, comme cela était le cas durant les années 70. En revanche, des besoins et des problèmes spécifiques sont susceptibles de se manifester avec le vieillissement des personnes issues de la migration récente, qui n'ont pas la possibilité ou la volonté de retourner dans leur pays d'origine, ce qui était souvent le cas des travailleurs migrants des pays voisins.

De plus, il serait probablement judicieux d'adopter une approche *multisectorielle* qui prend en considération non seulement la vieillesse, mais différents groupes d'âge avec leur vulnérabilité spécifique. On sait, par exemple, que durant la petite enfance et l'enfance les déterminants sociaux ont un poids considérable et durable sur le développement des futurs adultes (façon de se nourrir, exercice, etc.). Les pays avancés dans la lutte contre les inégalités de santé mettent systématiquement en place des mesures, prises dans une logique *multisectorielle*, destinées aux enfants et aux familles défavorisées.

## 4.2 Possibilités d'agir pour l'OFSP

Le domaine de la santé en Suisse se caractérise, dans la pratique, par une multiplicité d'acteurs institutionnels aux différents niveaux de l'administration et dont le rôle manque parfois de précision. Rien qu'au niveau fédéral, on peut

---

<sup>37</sup> Ce qui ne veut pas dire nier toute discrimination de genre liée, par exemple, au diagnostic. La situation peut également être très différente au niveau global et dans les autres pays du monde.

<sup>38</sup> Cf. Achermann (2006).

identifier pas moins de dix organismes actifs dans le domaine de la prévention, sans stratégie commune (Van der Linde 2005: 37). Un travail de simplification et de clarification des fonctions et des rôles des différents acteurs institutionnels, accompagné par la création d'un réseau entre les acteurs, semblerait utile si on envisage de développer une stratégie crédible et efficace pour l'égalité des chances en matière de santé.

### *Objectifs sectoriels*

Compte tenu à la fois du contexte fédéral et du manque d'une stratégie globale au niveau national en matière d'égalité des chances, il nous paraît plus efficace – et en accord avec son mandat – que l'OFSP renforce sa position en se focalisant sur les *objectifs sectoriels*, à savoir sur les mesures en aval, i.e. concernant le système de santé, et les mesures visant les facteurs intermédiaires (notamment en matière de prévention et de promotion de la santé), dont l'objectif est d'éviter que les individus soient exposés aux facteurs de risques. De ce fait, il est souhaitable que, dans le cadre d'une future loi sur la prévention, le leadership de l'OFSP soit davantage clarifié.

En ce qui concerne la politique sectorielle (santé), l'égalité des chances doit devenir un réel souci, à la fois particulier, c'est-à-dire en se référant au mandat de la section en question, et transversal au sein de tout l'office. Dans le domaine de la santé, l'OFSP a suffisamment de légitimité pour promouvoir une stratégie globale qui rejoint des efforts – existants ou encore à promouvoir – aux niveaux cantonal et local. La plate-forme institutionnelle entre les cantons et la Confédération, qui existe dans le cadre du projet « Politique nationale suisse de la santé » peut jouer un rôle important dans cette direction.

Tout en précisant l'importance de la continuité des engagements déjà pris dans le domaine des compétences de l'OFSP, quelques nouvelles pistes se dessinent (cf. Figure 2).

Figure 2 : Propositions d'intervention de l'OFSP à développer pour renforcer l'égalité des chances en matière de santé

**Accès aux soins et qualité de traitement :**

- Renforcer et élargir l'accessibilité économique aux soins pour les personnes et familles à faible revenu, dans le cadre de la LAMal ;
- Intervention destinée aux professionnels médicaux et paramédicaux visant leur sensibilisation professionnelle à la diversité des perceptions de la maladie des patients ;
- Renforcement de l'accessibilité culturelle du système de soins par diverses actions visant l'augmentation des ressources des personnes de cultures différentes (migrants, par exemple) et l'amélioration de la qualité du traitement à l'égard des patients de cultures différentes ;
- Inscription de mesures sensibles à la diversité dans la gestion de la qualité (p.ex. au sein des hôpitaux).

**Prévention :**

- Développement des projets de prévention visant la protection de santé et de la vie des personnes au travail (LTr)<sup>39</sup> ;
- Prévention des accidents et maladies professionnels (LAA, art 81). Les maladies professionnelles et maladies associées au travail (mal au dos, stress, etc.) ne font pas l'objet d'une prévention systématique et généralisée<sup>40</sup> ;
- Développement de projets de prévention contre l'obésité sur les groupes cibles.

**Recherche :**

- La politique de recherche doit davantage prendre en considération les facteurs des inégalités de santé qui se trouvent en dehors du système de santé. Elle doit viser la production des bases scientifiques pour le besoin d'une politique basée sur des données probantes (*evidence based policy*) ;
- L'interaction de la recherche et des décideurs politiques dans le processus de détermination des stratégies politiques est à renforcer. Dans différents pays, les groupes de travail, les commissions ayant le mandat de préparer un concept se composent de différents acteurs dont les experts scientifiques ;
- A fin de maximiser les gains en termes de santé et de réduction des inégalités, il faut tenir compte de l'importance des études d'impact sur la santé (HIA)<sup>41</sup> dans la prise de décision politique.

<sup>39</sup> Une étude récente (Hämmig et al. 2005) s'intéressant à la santé sur le lieu de travail relève, au niveau des conditions de travail, l'existence de différences observées en fonction notamment de la situation professionnelle, de la branche économique, de l'âge et de la nationalité.

<sup>40</sup> Aux Pays-Bas par exemple, les évaluateurs soulignent l'efficacité des interventions de prévention et de promotion visant l'amélioration des conditions de travail.

<sup>41</sup> Les HIA, en tant qu'outil multidisciplinaire, évalue l'impact des politiques sur la santé publique et sur les inégalités en matière de santé

Les mesures à envisager englobent plusieurs types d'intervention : sensibilisation, recherche, coordination, impulsions de projets novateurs, etc. Le but des recommandations suggérées dans le Figure 3 concerne une stratégie visant l'amélioration de l'égalité des chances par le biais d'instruments d'intervention en matière de prévention et de promotion de la santé au niveau fédéral.

Figure 3 : Démarches pour une stratégie sectorielle à plus long terme

**Orientation philosophique :**

- Se concentrer plutôt sur le renforcement de la « *capabilité* » des individus que sur la recherche d'une égalité universelle et absolue ;
- Mettre l'accent sur des mesures anti-discriminatoires, l'accès aux soins et la politique d'inclusion (tendances actuelle dans l'UE).

**Orientation stratégique :**

- S'engager dans une politique de persuasion et d'incitation auprès des acteurs politiques, des cantons et des ONGs ;
- Opter pour une approche « *lutter par les petits pas* » contre les inégalités sociales de santé en s'appuyant sur la mobilisation de réseaux d'acteurs ;
- Procéder à un monitoring systématique des inégalités de santé pour identifier les problèmes spécifiques et aborder prioritairement ceux qui sont avérés, précis et graves.

**Intervention :**

- Renforcer l'intervention dans le domaine de l'accessibilité aux soins et la qualité de soins ;
- Développer des actions de prévention agissant sur les facteurs intermédiaires visant à éviter l'exposition aux facteurs de risque en prenant en considération des groupes socialement défavorisés.
- Soutenir des projets pilotes.

**Objectifs multisectoriels**

Au-delà des objectifs sectoriels, l'OFSP a, à notre avis, également un rôle à jouer en ce qui concerne les déterminants sociaux primaires de la santé, c'est-à-dire les mesures en amont, nécessitant une **stratégie globale et multisectorielle**. Dans ce domaine, l'OFSP pourrait – éventuellement en concertation avec Promotion de la Santé ou d'autres partenaires – donner les impulsions nécessaires (sensibilisation, information, recherche) et assumer le rôle de coordination des réflexions à mener en vue d'une approche fondée sur l'égalité des chances en matière de santé. Le concept pour une politique de santé multisectorielle, adopté récemment par l'OFSP est un point de départ intéressant dans cette direction.

Les expériences acquises dans le domaine de la migration pourraient servir de modèle, sachant qu'une implication plus fondamentale des autres secteurs politiques est incontournable et nécessite une réelle volonté politique et une implication de nombreux acteurs aux différents niveaux de l'administration. Il s'agit d'une orientation ne pouvant être suivie qu'à moyen terme et avec un appui concerté et soutenu, qui ne sera pas facile à obtenir dans le paysage politique actuel, mais certaines démarches, analogues à celles présentées dans le Figure 3, pourraient dès maintenant contribuer à préparer le terrain pour l'avenir.

## Références

- Achermann, Christin, Milena Chimienti et unter Mitarbeit von Fabienne Stants (2006). *Migration, Prekarität und Gesundheit: Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich*. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien.
- Acheson, D. (éd.) (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London: The Stationery Office.
- 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](http://www.fhi.se/shop/material_pdf/newpublic0401.pdf), accédé 20 décembre 2005)
- Beer, Valeria, Brigitte Bisig et Felix Gutzwiller (1993). "Social class gradients in years of potential life lost in Switzerland." *Soc Sci Med* (39): 1011-18.
- BFS (2000). *Schweizerische Gesundheitsbefragung. Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bisig, Brigitte, Mathias Bopp et Christoph E. Minder (2001). "Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz", dans Mielck Andreas et Kim Bloomfield (éd.), *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim Juventa Verlag, p. 60-70.
- Bisig, Brigitte et Felix Gutzwiller (éd.) (2004). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? - Band 1: Gesamtübersicht Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus*. Zürich/Chur: Verlag Rüegger.
- Bisig, Brigitte et Fred Paccaud (1987). "Geographische Verteilung wichtiger Todesursachen in der Schweiz." dans *Amtliche Statistik der Schweiz*. Vol. 151. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Bouchardy, Christine (2004). "Breast cancer screening among women with intellectual disability." *Médecine sociale et préventive*, Vol. 49, n° 6: 361-362.
- Bouchardy, Christine et al. (2002). "Cancer risk by occupation and socioeconomic group among men : a study by the Association of Swiss Cancer Registries." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 28, Suppl. 1: 1-88
- Braveman, P. et S. Gruskin (2003). "Defining equity in health." *J Epidemiol Community Health*, 57: 254-258.
- Brockerhoff, M. et P. Hewett (2000). "Inégalité de mortalité de l'enfant chez des groupes ethniques de l'Afrique subsaharienne." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles N° 3*: 29-40.
- Colledge, M. et al. (éd.) (1986). *Migration and Health : towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Couffinhal et al, Agnès (2005). *Politique de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? un éclairage européen*. Bulletin d'information en économie de la santé Institut de recherche et documentaiton en économie de la santé (IRDES).
- Crampton, Peter Roy et al. (1997). *Socioeconomic inequalities and health : proceedings of the Socioeconomic Inequalities and Health Conference, Wellington, 9 - 10 December, 1996*.
- Daniels, Norman, Donald W. Light et Ronald L. Caplan (1996). "Benchmarks of Fairness for Health Care Reform."



- Departement of Health (2003). *Tackling Health Inequalities. A programme Action*. London: UK Government, [www.doh.gov.uk/healthinequalities/programmeforaction](http://www.doh.gov.uk/healthinequalities/programmeforaction), accédé 20 décembre 2005, .
- European Commission (2002). "Programme of Community action in the field of public health (2003-2008)" (Com (2001) 302 final) Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and the Council of 23/09/2002, published in OJ L271/1).
- European Commission (2005a). "The Joint Report on Social Protection and Social Inclusion." Office for the Official publications of the European Communities, Luxembourg.
- European Commission (2005b). "Programme of Community action in the field of health and consumer protection (2007-2013)." (Com (2005) 115 final).
- Gubéran, Etienne et Massimo Usel (2000). *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève ; suivi de, Ecarts de mortalité entre classes sociales dans les pays développés*. Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail, OCIRT.
- Gupta, Geeta Rao (2000). "Equity and Gender." *Bulletin of the World Health Organization* 78: 81-82.
- Hämmig, Olivier , Gregor Jenny et Georg Bauer (2005). *Arbeit und Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Hummer, RA, Rogers RG et Eberstein IW (1998). "Sociodemographic differentials in adult mortality : a review of analytic approaches." *Population and development review*, 24: 553-578.
- Kaplan, GA. et JW. Lynch (1997). "Whither studies on the socioeconomic foundations of population Health?" *American journal of public health*, 87: 1409-1411.
- Kiener, Regina et Andreas Rieder (2003). *Vorläufige Aufnahme : die Optik der Grundrechte*. Bern: Eidgenössische Kommission gegen Rassismus (EKR).
- Künzler, G et C. Knöpfel (2002). *Les pauvres vivent moins longtemps : couche sociale, mortalité et politique de l'âge de la retraite en Suisse*. Lucerne: Caritas Suisse.
- Lalive d'Epinay, Christian, Mathias Brunner et Giovanni Albano (1998). *Atlas suisse de la population âgée*. Lausanne: Réalités sociales.
- Lamprecht, Markus et Hanspeter Stamm (2005). *Bewegung, Sport, Gesundheit in der Schweiz. Forschungsbericht*. Zürich: L&S SFB.
- Lang, T et al. (1998). "Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality ? Result from the French WHO-MONICA project in men aged 30-64." *Journal of Epidemiology Community Health*, 52, 10: 665-71.
- Leclerc A. et al. (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris: INSERM, La Découverte et Syros.
- Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury et Christoph E Minder (1988). *Les inégalités sociales face à la santé et la maladie en Suisse*. Genève: Médecine et hygiène.
- Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury et Christoph E Minder (1990). "Health and social inequities in Switzerland." *Social science and medicine*, 31(3): 369-386.
- Leu, Robert E. et Martin. Schellhorn (2004). *The Evolution of Income-Related Inequalities in Health Care Utilization in Switzerland over Time*. IZA Discussion Paper No. 1316.
- Machenbach, Johan. P. et K. Stronks (2004). "The Development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands." *International Journal of Equity in Health* 3, 11.
- Mackenbach, Johan P. (2002). *Reducing inequalities in health : a European perspective*. London [u.a.]: Routledge.
- Mackenbach, Johan P. (2003). "An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: the case of the Netherlands." *Health care and social inequalities*, 33,3: 523-541.
- Mackenbach, Johan P. (2005). *Health Inequalities: Europe in Profile*. London: UK Presidency of the EU.
- Marchand, S., D. Wikler et B. Landesman (1998). "Class, health and justice." *Milbank Q*, 76(3): 449-67, 305-6.
- Marks, Lara et M. Worboys (éd.) (1997). *Migrants, Minorities and Health. Historical and Contemporary Studies*. London: Routledge.
- Mielck, Andreas (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit : empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern [u.a.]: Huber.
- Mielck, Andreas (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit : Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Minder, C.E., Beer-Porizek V et Rahmann R (1986). "Sterblichkeitsunterschiede nach sozio-ökonomischen Gruppen in der Schweiz: 15-bis 74-jährige Männer " *Soz Präventivmed*, (31): 216-19.
- Minder, Christoph E (1993). "Socio-economic factors and mortality in Switzerland." *Sozial- und Präventivmedizin*, 38: 313-328.
- Ministry of Health (2002). *Clearing the Smoke: A Five-Year Plan for Tobacco Control in New Zealand (2003-2007)*. Wellington: New Zealand Government.
- Nolte, E. et M. Mc Kee (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London: Nuffield Trust.
- Oestlin, Piroška et Finn Diderichsen (2001). *Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study*. Brussels: European Centre for Health policy.
- Philips, Susan P. (2005). "Defining and measuring gender : A social determinant of health whose time has come." *International Journal for Equity in Health*, 4:11: 1-4.
- Rawls, John (1999). *A theory of justice*. Oxford [etc.]: Oxford University Press.
- Razum, Olivier et al. (2004). "Gesundheitsversorgung von Migranten." *Spektrum*, 43: A 2882-2887.
- Regional Office for Europe (1986). *Social justice and equity in health:report on a WHO meeting (Leeds, United Kingdom, 1985)*. Copenhagen: Regional Office for Europe, (ICP/HSR 804/m02).
- Richie, J et al. (1981). *Access to primary health care*. London: HMSO.
- Schopper, Doris (2002). *Les inégalités sociales de santé : du constat à l'action*. Genève: Direction générale de la santé, République et canton de Genève.
- Schüler, G et M. Bopp (1997). *Atlas der Krebsmortalität in der Schweiz, 1970-1990*. Basel: Birkhäuser
- Sen, Amartya (2000). "Santé et développement." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles N° 2*: 18-23.
- Shopper, Doris (2005). *Gesundes Körpergewicht : Wie können wir der Uebergewichtsepidemie entgegenwirken? Wissenschaftliche Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie für die Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stamm, Hanspeter, Markus Lamprecht et Rolf Nef (2003). *Soziale Ungleichheit in der Schweiz : Strukturen und Wahrnehmungen*. Zürich: Seismo.
- Stronks, K. (2002). "The Netherlands", dans Machenbach J.Paul, Bakker M. (éd.), *Reducing inequalities in Health. A European perspective*. London: Routledge.
- US Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010*. Washington DC: US Government Printing Office (<http://www.healthypeople.gov/Publications>).
- Van der Linde, François (2005). *Gesundheitsförderung und Prävention stärken. Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie in der Schweiz*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Vranjes, Nenad, Brigitte E Bisig et Felix Gutzwiller (1996). *Gesundheit der Ausländer in der Schweiz*. Liebfeld: Facheinheit Sucht und Aids, Bundesamt für Gesundheit.

Wanner, Philippe (éd.) (2000). *Âges et générations : la vie après 50 ans en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Wanner, Philippe et Peng Fei (2005). *Facteurs influençant le comportement reproductif des Suissesses et des Suisses*. Collection: Statistique de la Suisse. 01, Population. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Waqar, Ahmad (1995). "Access to Health Care for People from Black and Ethnic Minorities " *Sociology of Health and Illness*, 17(3): 418-429.

Weiss, E. et GR Gupta (1998). *Bridging the gap : addressing gender and sexuality in HIV prevention*. Washington, DC: International Center for Research on Women

Whitehead, Margaret (1991). *Concept et principes de l'égalité des chances en matière de santé*. Copenhague: 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)*.

Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality* Londres: Routledge.

## Annexe

Figure 4: Liste des experts internationaux

	Pays	Fonction
Andreas Mielck	Allemagne	Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS) Neuberberg, expert en matière d'inégalités sociales de santé pour le compte du Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)
Raymond W. Pong	Canada	Professeur et directeur de recherches ,Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University, Ontario
Paul Dourgnon	France	Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Paris
Mihi Ratim	Nouvelle-Zélande	Division de la santé publique et des études psychosociales, University of Technology, Akoranga
Johan P. Mackenbach	Pays-Bas	Professeur, Département de la santé publique, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam
Piroska Östlin	Suède	Professeur, Département de la santé publique, Institut de Karolinska, Stockholm, ex- secrétaire de la Commission nationale pour la santé publique
Margaret Whitehead	Royaume-Uni	Professeur de la santé publique, Université de Liverpool, ex-conseillère pour la Région Europe de l'OMS pour la question de l'équité en santé

*Figure 5: Participant-e-s au groupe de discussion*

	Institution
Christin Acherman	Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population
Janine Dahinden	Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population
Gianni D'Amato	Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population
Denise Efionayi	Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population
Rosita Fibbi (input écrit)	Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population
Thomas Spang	Office fédéral de la santé publique
Hans Wydler	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

*Figure 6: Liste des experts suisses*

	Institution
Sandro Cattacin	Professeur, Université de Genève
Philippe Lehmann	Secrétaire exécutif de la Politique nationale suisse de la santé
Doris Schopper	Dr. Médecine, auteur, entre autres, de la publication intitulée «Les inégalités sociales de santé : du constat à l'action»