

Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne

L'Europe sociale



Commission européenne



La présente publication bénéficie du soutien du programme de l'Union européenne pour l'emploi et la solidarité sociale (2007-2013) (Progress). Ce programme est géré par la direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion de la Commission européenne. Il a été établi pour appuyer financièrement la poursuite des objectifs de l'Union européenne (UE) dans les domaines de l'emploi et des affaires sociales, tels qu'ils sont énoncés dans l'agenda social, et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de la stratégie Europe 2020 dans ces domaines.

Le programme, qui s'étale sur sept ans, s'adresse à toutes les parties prenantes susceptibles de contribuer à façonner l'évolution d'une législation et de politiques sociales et de l'emploi appropriées et efficaces dans l'ensemble de l'EU-27, des pays de l'AELE-EEE ainsi que des pays candidats et précandidats à l'adhésion à l'UE.

Progress a pour mission de renforcer la contribution de l'UE et d'aider ainsi les États membres à respecter leurs engagements et à mener à bien leur action en vue de créer des emplois plus nombreux et de meilleure qualité et de bâtir une société plus solidaire. Dès lors, il contribue:

- à fournir une analyse et des conseils dans les domaines d'activité qui lui sont propres;
- à assurer le suivi et à faire rapport sur l'application de la législation et des politiques de l'UE dans ces mêmes domaines;
- à promouvoir le transfert de politiques, l'échange de connaissances et le soutien entre les États membres concernant les objectifs et les priorités de l'Union;
- à relayer les avis des parties prenantes et de la société au sens large.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter:

<http://ec.europa.eu/progress>

Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne

Commission européenne

Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion

Unité E.4

Direction générale de la santé et des consommateurs

Unité C.4

Manuscrit terminé en juin 2010

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

© Photo de couverture: Union européenne — Michel Loriaux

Pour les photos non protégées par les droits d'auteur de l'Union européenne, il convient de demander directement l'autorisation aux détenteurs desdits droits d'auteur pour toute utilisation ou reproduction.

Europe Direct est un service destiné
à vous aider à trouver des réponses
aux questions que vous vous posez
sur l'Union européenne.

Un numéro unique gratuit (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(* Certains opérateurs de téléphonie mobile
ne permettent pas l'accès aux numéros 00 800
ou peuvent facturer ces appels.

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu>).
Une fiche catalographique ainsi qu'un résumé figurent à la fin de l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2011

ISBN 978-92-79-15038-8
doi:10.2767/96269

© Union européenne, 2011
Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Printed in Germany

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE ÉLÉMENTAIRE (ECF)

Déclarations

John Dalli — Commissaire à la santé et aux consommateurs

Je crois en une Europe où tous les citoyens peuvent vivre en bonne santé et avoir accès à des services de santé de bonne qualité, indépendamment de leur identité, de leur lieu de résidence ou de leurs revenus. Telle est l'Europe à laquelle nous devons tendre. À cet égard, la réduction des inégalités de santé est une priorité essentielle.

La réduction des inégalités de santé nécessite une action concertée entre la santé publique et diverses autres politiques ayant un impact sur la santé, notamment la protection sociale, l'éducation et l'environnement. Tout l'enjeu consiste à déterminer la manière d'utiliser différents outils politiques pour construire des synergies efficaces, capables d'agir sur l'ensemble des sphères gouvernementales et de la société.

Je me suis engagé à ce que notre communication sur les inégalités de santé, intitulée «Solidarité en matière de santé», débouche sur des résultats concrets. Je tiens également à mettre en œuvre tous les moyens dont je dispose pour soutenir les efforts qu'entreprennent les États membres en matière de réduction des inégalités de santé.

C'est ainsi que, concrètement, nous allons organiser des échanges de bonnes pratiques et des enseignements tirés de nos expériences mutuelles, et aider à canaliser les fonds de l'UE afin d'améliorer la santé des citoyens les plus démunis ou vivant dans les régions défavorisées. De plus, la Commission mettra en place un suivi plus précis des inégalités de santé et des tendances en la matière partout en Europe, et elle étendra les possibilités de recherche dans ce domaine. Enfin, nous veillerons ensemble à ce que les politiques de l'UE permettent, là où cela est possible, de s'attaquer à ce problème. Les travaux menés dans des domaines pionniers, tels que la santé en ligne ou l'évaluation des technologies médicales, apportent une contribution importante à la viabilité des systèmes de santé, et cette même contribution pourrait être essentielle à la lutte contre les inégalités.



En ces temps de crise économique et de pressions budgétaires, je crois que nous devons joindre nos forces pour éviter l'accentuation des inégalités de santé existant dans nos sociétés. Je suis convaincu que, d'ici quelques années, nous verrons avec fierté que nos efforts auront fait la différence pour réduire ces disparités en Europe.

László Andor — Commissaire à l'emploi, aux affaires sociales et à l'inclusion

Des progrès considérables ont été réalisés dans le domaine de la santé. Malgré cela, nous ne pouvons que constater l'ampleur inacceptable des inégalités entre les différents groupes sociaux et entre des populations vivant dans diverses parties de l'Union européenne. Les inégalités de santé sont non seulement injustes, mais elles entraînent aussi un énorme coût économique et social.

En accordant une attention plus soutenue et plus régulière aux déterminants sociaux de la santé dans les conditions d'existence et de travail, nous pourrions plus facilement réduire l'impact de ces facteurs, qui diminuent l'espérance de vie et ont des effets négatifs sur la vie de nos concitoyens, sur la productivité et sur les dépenses de soins de santé.

Pour améliorer la situation effective de la population en matière de santé de la population, il est impératif de stimuler l'emploi, d'accroître la qualité du travail et de mettre en place un environnement de travail sain et sûr pour tous. Nous devons également nous atteler aux problèmes du chômage de longue durée et de la pauvreté, de façon à minimiser leur incidence négative sur la santé en général. En outre, nous devons nous efforcer de fournir une protection sociale adéquate et accessible, dotée de filets de sécurité efficaces, afin d'atténuer les répercussions du contexte économique et social actuel sur la santé.

Enfin, je ne soulignerai jamais assez l'importance d'un facteur tel que le renforcement de l'accès à des services de soins de santé de qualité dans l'amélioration de la santé et de l'espérance de vie dans de nombreuses régions de l'Union européenne, ce qui contribue en retour à une meilleure cohésion économique, sociale et territoriale.



Tables des matières

1. Inégalités de santé dans l'UE.....	7
1.1. Inégalités de santé entre les États membres et au sein de ceux-ci	7
1.2. Inégalités entre les groupes sociaux	8
1.3. Une santé particulièrement médiocre parmi les groupes vulnérables	8
2. Causes des inégalités de santé.....	9
2.1. Déterminants généraux de la santé	9
2.2. Questions liées à l'emploi.....	11
2.3. Richesse et santé: une relation complexe.....	11
2.4. Protection et transferts sociaux: une contribution à la santé?	11
2.5. En point de mire: les dépenses et budgets de soins de santé.....	12
2.6. Impact de la crise économique et financière actuelle	13
3. Initiatives de réduction des inégalités de santé dans les États membres.....	13
ÉTUDE DE CAS N° 1, Royaume-Uni — Programme locaux Sure Start: mettre l'«universalisme proportionné» en pratique.....	14
ÉTUDE DE CAS N° 2, Hongrie — Opre Roma: sensibilisation à la mise en place de logements sains et durables dans une communauté rom à Debrecen.	15
ÉTUDE DE CAS N° 3, Allemagne — «Job Fit Regional»: lier promotion de la santé et promotion de l'emploi	16
4. Actions au niveau de l'UE.....	17
4.1. Communication de la Commission sur les inégalités de santé.....	17
4.2. Stratégie européenne pour l'emploi	18
4.3. Coopération avec les États membres.....	19
4.4. Stratégie de l'UE en matière de santé	19
4.5. Fonds de l'UE	19
4.6. Législation	20
4.7. Marché intérieur	21
4.8. Éducation et jeunesse	21
Annexes	
Liens et références utiles	22
Brève bibliographie	22



© Union européenne

1. Inégalités de santé dans l'UE

Les citoyens de l'Union européenne (UE) vivent en moyenne plus longtemps et en meilleure santé que les citoyens des générations qui les ont précédés. Depuis quelques décennies, le niveau de santé moyen de la population de l'UE s'est régulièrement amélioré. Cette situation n'empêche toutefois pas l'existence de disparités considérables, et peut-être grandissantes, dans le domaine de la santé entre les États membres et au sein de ceux-ci.

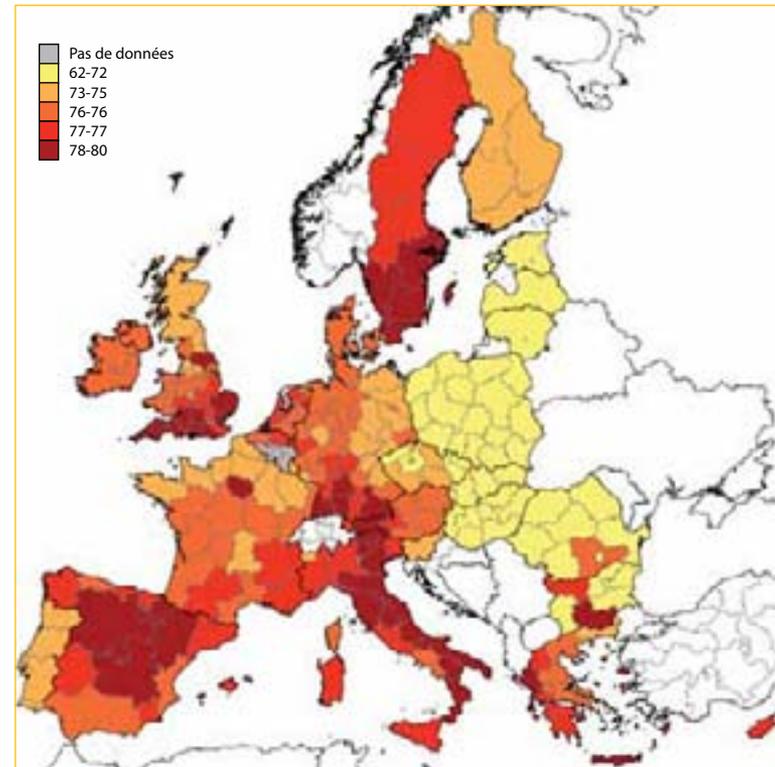
La Commission européenne considère ces inégalités comme un obstacle à la concrétisation de l'engagement de l'UE en faveur de la solidarité, de la cohésion économique et sociale, des droits de l'homme et de l'égalité des chances. C'est pourquoi elle est résolue à soutenir les initiatives prises par les États membres et d'autres acteurs à divers niveaux de la société pour lutter contre ces inégalités.

1.1. Inégalités de santé entre les États membres et au sein de ceux-ci

L'espérance de vie à la naissance permet de se faire une idée de la santé de la population dans son ensemble. À ce niveau, on note d'importantes différences entre les régions de l'UE. En 2006, l'écart entre les États membres ayant la plus longue et la plus courte espérance de vie était de huit ans chez les femmes et de quatorze ans chez les hommes. Dans plusieurs pays, l'écart entre l'espérance de vie nationale et la moyenne de l'UE a augmenté au cours des vingt dernières années.

De même, on constate des différences allant jusqu'à vingt ans en ce qui concerne le nombre d'années de vie en bonne santé. Ainsi, les citoyens de la partie centrale et orientale de l'UE, en particulier les hommes, vivent en moyenne moins longtemps en bonne santé.

Espérance de vie à la naissance, hommes, 2002-2004, NUTS 2



Source: Eurostat.



Des différences notables s'observent également entre les États membres en ce qui concerne la mortalité infantile, la mortalité prématurée, la mortalité évitable et d'autres indicateurs de santé plus subjectifs, tels que la santé générale ressentie, les maladies de longue durée ou les limitations d'activité vécues au cours des six derniers mois.

Des taux élevés de mortalité et de morbidité par maladies cardiovasculaires, blessures et violence, cancers et maladies liées à l'alcool contribuent à ces écarts d'espérance de vie. Les facteurs de risque sous-jacents de ces diverses causes de maladie et de décès, notamment de moins bonnes conditions de vie et de travail, le tabagisme, une mauvaise alimentation et la consommation d'alcool, sont plus présents dans les pays où l'espérance de vie est moindre.

1.2. Inégalités entre les groupes sociaux

Outre les différences entre États membres, un gradient social de l'état de santé a été déterminé. Les personnes qui ont un niveau d'éducation, un poste ou un revenu peu élevé, ainsi que les membres de certaines minorités ethniques dans de nombreux États membres, ont tendance à mourir plus jeunes et à présenter une prévalence accrue de la plupart des types de problèmes de santé.

L'impact de ces variables sur la santé se fait sentir dès le plus jeune âge et persiste la vie durant. La différence d'espérance de vie à la naissance entre la catégorie socio-économique la plus basse et la plus élevée (par exemple entre les métiers

manuels et les professions intellectuelles, entre les personnes ayant un certificat d'études primaires et les diplômés de l'enseignement supérieur, et entre les revenus les plus bas et les plus élevés) va de 4 à 10 ans pour les hommes et de 2 à 7 ans pour les femmes. Dans certains États membres, cet écart a même augmenté au cours des dernières décennies. De plus, la mortalité infantile est plus élevée parmi les groupes socio-économiques les plus défavorisés, et les inégalités liées à ce facteur se sont également accentuées dans plusieurs pays.

1.3. Une santé particulièrement médiocre parmi les groupes vulnérables

Les groupes comme les habitants de zones défavorisées, les pauvres, les chômeurs et les travailleurs du circuit informel, les sans-abri, les personnes handicapées, les personnes souffrant de maladies mentales ou chroniques, les personnes âgées ne percevant qu'une maigre pension de retraite et les parents isolés ont tendance à être plus souvent malades et à décéder prématurément.

Les inégalités entre les ressortissants nationaux et certains groupes de migrants persistent en ce qui concerne à la fois l'état de santé et l'accès aux services de santé. Les migrants sont parfois plus vulnérables aux maladies transmissibles, telles que la tuberculose, le virus d'immunodéficience humaine (VIH/sida) ou l'hépatite, ce qui a d'évidentes répercussions sur leur état de santé en général. Ils risquent également de souffrir plus souvent de maladies non transmissibles (par exemple les maladies cardiovasculaires) et de troubles de la santé mentale. Ces risques peuvent être le résultat combiné de facteurs socio-économiques et environnementaux provenant de leur pays d'origine, du changement de pays et de la nécessité de s'adapter au nouvel environnement du pays hôte ⁽¹⁾.

Par ailleurs, il semble y avoir un lien entre les inégalités de santé au sein d'un pays et le niveau de santé général de sa population: plus le degré d'inégalité est élevé, plus la santé de la population dans son ensemble est médiocre. Il apparaît donc que la réduction des inégalités au sein de chaque État membre pourrait contribuer à réduire les inégalités entre les États membres.

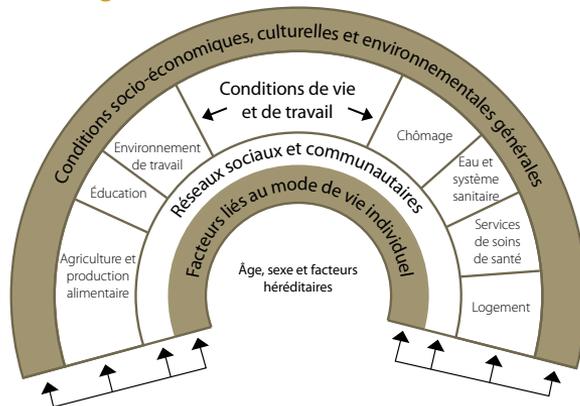
⁽¹⁾ Conclusions 2007 du Conseil sur le thème «Santé et migration dans l'UE».

2. Causes des inégalités de santé

2.1. Déterminants généraux de la santé

Plusieurs modèles tentent de démontrer la relation qui existe entre différents déterminants et la santé. Le modèle de Dahlgren et Whitehead, utilisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), illustre la vision «en arc-en-ciel» des causes d'inégalités. Les niveaux de l'état de santé ne varient pas au hasard mais selon des différences systématiques dans la répartition des facteurs qui les influencent.

Modèle de Dahlgren-Whitehead des déterminants de la santé



Source: Dahlgren-Whitehead, «European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2», OMS, Comité régional de l'Europe, 2007, avec référence à D et G/source antérieure, 1993.

Les **conditions de vie et de travail** influencent la santé à travers des mécanismes physiques et psychologiques à la fois directs et indirects. L'impact de certains facteurs est ressenti pendant longtemps. Ainsi, des conditions défavorables pendant l'enfance peuvent avoir des répercussions sur la santé à un âge plus avancé. L'exposition aux facteurs qui influencent la santé diffère selon le lieu où vivent les personnes et leur situation professionnelle. Pour ce qui est du logement, certaines parties de la population de l'UE ne disposent

pas de l'eau courante, de salles de bains ou de toilettes adéquates, d'énergie à prix abordable, de chauffage central et d'isolation. Ces personnes vivent dans des habitations humides et surpeuplées. La santé peut être affectée par un travail physiquement exigeant, une faible maîtrise de l'évolution du travail, un déséquilibre entre l'effort et la récompense ainsi que l'exposition à des risques physiques et mentaux. En revanche, une gestion cohérente, de bonnes conditions de travail et l'existence de solides réseaux sociaux au travail sont des éléments pouvant influencer positivement la santé.

Les **comportements liés à la santé**, comme le régime alimentaire, le niveau d'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool et le comportement sexuel, sont influencés par des facteurs socio-économiques et culturels. Cet état de fait peut expliquer en partie les inégalités de santé entre groupes sociaux et entre pays et régions. Selon la majorité des études, le comportement individuel peut être à l'origine de 25 à 35 % des différences d'état de santé des personnes. On constate de grandes variations entre les pays européens et parmi les groupes socio-économiques en ce qui concerne une alimentation saine, la prévalence du tabagisme, la consommation d'alcool et l'activité physique ainsi que les résultats de ces facteurs, comme l'obésité et une mauvaise santé.

Les **facteurs psychosociaux**, par exemple les événements négatifs dans la vie, les sentiments d'exclusion et de marginalisation, l'absence de maîtrise sur les événements de la vie ou le fait d'assumer un emploi exigeant contre une rétribution financière insuffisante, peuvent tous contribuer à la détérioration de la santé.

Les **situations sociales antérieures** peuvent aussi influencer l'état de santé des personnes. Par exemple, la situation socio-économique de la famille (y compris les revenus et l'intérêt à l'égard des études) peut être largement déterminante pour le niveau d'études atteint par un enfant et, plus tard, pour ses perspectives d'emploi, ses revenus et sa santé. Certaines études indiquent que les enfants dont les parents ont un statut socio-économique élevé seront, une fois adultes, moins exposés aux risques d'accident vasculaire cérébral et de cancer de l'estomac. De même, les privations socio-économiques de la mère sont fortement associées à un poids faible à la naissance, un facteur qui influence la santé d'une personne pendant toute sa vie. En outre, comme nous l'avons déjà mentionné, des conditions de vie précaires durant l'enfance peuvent avoir des répercussions à un stade ultérieur de la vie.

Différences de modes de vie et de conditions de vie et de travail ventilées par âge, sexe et situation socio-économique
QA24 «Dites-moi, s'il vous plaît, si vous vous retrouvez dans un ou plusieurs des cas suivants».

		Vous fumez	Vous êtes en surpoids	Vous ne faites jamais d'exercice, ou très rarement	Vous n'avez pas une alimentation très saine	Vous avez tendance à boire un peu trop d'alcool	Vous vivez dans un environnement bruyant	Vous vivez ou travaillez dans un environnement très pollué	Vous souffrez de stress au travail	Vous souffrez de stress dans vos relations personnelles	Aucun de ces cas (spontané)	Ne sait pas
	EU-27	30%	20%	24%	14%	7%	8%	6%	17%	10%	32%	1%
	Sexe											
	Homme	35%	19%	22%	16%	12%	8%	7%	19%	7%	29%	1%
	Femme	24%	22%	25%	12%	3%	7%	5%	15%	13%	34%	1%
	Âge											
	15-24	34%	9%	17%	22%	10%	10%	6%	11%	11%	37%	1%
	25-39	39%	15%	23%	16%	8%	9%	7%	25%	11%	26%	1%
	40-54	34%	25%	26%	14%	9%	8%	8%	26%	12%	25%	1%
	55+	17%	26%	26%	8%	4%	6%	3%	5%	7%	39%	1%
	Études (fin des)											
	15	25%	23%	27%	10%	6%	6%	4%	8%	9%	36%	1%
	16-19	36%	22%	25%	16%	8%	8%	7%	18%	10%	28%	1%
	20+	28%	20%	23%	12%	8%	8%	6%	28%	10%	29%	1%
	Encore aux études	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%
	Catégorie professionnelle du répondant											
	Travailleur indépendant	37%	18%	22%	13%	10%	8%	8%	28%	10%	27%	1%
	Cadre	21%	19%	20%	12%	10%	6%	5%	39%	8%	30%	1%
	Autre type d'employé	33%	21%	27%	17%	8%	7%	7%	29%	9%	26%	1%
	Travailleur manuel	42%	19%	23%	17%	9%	9%	10%	27%	9%	24%	1%
	Personnel domestique	23%	20%	28%	9%	2%	7%	3%	2%	14%	36%	2%
	Chômeur	53%	24%	26%	19%	12%	12%	6%	5%	19%	22%	1%
	Retraité	18%	27%	26%	8%	5%	5%	3%	1%	8%	41%	1%
	Étudiant	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%

Source: Eurobaromètre 283.



2.2. Questions liées à l'emploi

Les questions liées à l'emploi déterminent en partie l'état de santé des personnes. Ainsi, le chômage est associé à un risque accru de mauvaise santé mentale, d'exclusion sociale et de suicide. Comme nous l'avons vu précédemment, la qualité de l'emploi et les conditions de travail ont aussi une influence considérable sur la santé.

Un bon environnement de travail, par exemple un environnement qui limite l'exposition aux *risques physiques* ou aux *agents chimiques et biologiques*, est synonyme de bénéfices pour la santé. Un certain nombre d'études donnent à penser que la qualité de l'emploi et les conditions de travail ont une influence considérable sur la santé. Par exemple, un *faible niveau de pression physique et de stress*, un *degré élevé de maîtrise* de la vie professionnelle, des possibilités d'acquisition de nouvelles compétences, un *salaire élevé* et des *perspectives de promotion* sont tous des éléments qui contribuent à une bonne santé. En revanche, le manque d'appui au travail et le sentiment d'insécurité de l'emploi augmentent le risque de santé médiocre, y compris de dépression.

Les risques professionnels pour la santé varient beaucoup d'un secteur à l'autre. Les jeunes travailleurs sont habituellement moins informés sur ce type de risques. Ils y sont donc davantage exposés. Les travailleurs ayant un contrat à durée déterminée ou un contrat temporaire courent plus de risques d'accidents au travail et de maladies professionnelles.

2.3. Richesse et santé: une relation complexe

La performance économique, telle que mesurée par le produit intérieur brut (PIB) par habitant, et le taux de pauvreté varient entre les États membres de l'UE. De grandes inégalités de revenus y persistent. En 2006, les revenus to-

taux des 20 % les plus riches de la population étaient 4,8 fois plus élevés que ceux des 20 % les plus pauvres. D'après les conclusions de plusieurs études, l'inégalité de revenus serait l'un des facteurs expliquant les différences d'état de santé entre les pays et entre les personnes. Cette inégalité est due, en grande partie, au degré de stratification sociale résultant des déterminants structurels tels que le contexte politique, les normes et valeurs sociétales, ainsi que les politiques économiques, sociales, de l'éducation, de l'environnement et de la santé.

Toutefois, la relation globale entre croissance économique et santé est complexe. Selon les études, la croissance économique ne peut à elle seule réduire les inégalités de santé. Pour ce faire, la croissance économique doit être accompagnée de mesures politiques complémentaires et d'une meilleure répartition des bénéfices. De plus, pour que le PIB par habitant se traduise par la bonne santé de la population et l'équité en matière de santé, il est crucial de mettre en place un dosage politique adéquat, capable de réduire les disparités et d'améliorer la santé en général en optimisant la relation entre les bénéfices de santé et les ressources disponibles. Notons également que, en raison de facteurs comme le régime alimentaire, certains États membres et certaines régions de l'UE ont tendance à présenter de meilleurs indicateurs de santé que d'autres, pourtant économiquement plus performants.

2.4. Protection et transferts sociaux: une contribution à la santé?

On peut observer dans l'UE des variations de la taille et de l'étendue des systèmes de sécurité sociale, y compris pour ce qui concerne les budgets des soins de santé et la protection des personnes en dehors du marché du travail. Étant donné que la pauvreté est considérée comme un déterminant majeur de la santé, le niveau de redistribution et de protection sociale peut être lié aux inégalités de santé. On estime en effet que les politiques de redistribution des revenus réduisent de 38 % le risque de pauvreté.

2.5. En point de mire: les dépenses et budgets de soins de santé

La taille des budgets de santé peut déterminer la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins de la population. Les États membres qui déclarent une espérance de vie plus basse et un niveau élevé de besoins en soins médicaux non satisfaits ont tendance à également faire état d'un niveau faible de dépenses de santé exprimées par habitant et en pourcentage du PIB.

La disponibilité des soins de santé (y compris les infrastructures, le matériel et le nombre de professionnels de la santé), leur accès et leur qualité sont des facteurs clés des inégalités, car ils influencent la probabilité de réduire la morbidité et d'éviter la mortalité prématurée. Les systèmes de santé souffrent d'un manque de ressources — tant financières qu'humaines — et de l'inégalité de leur répartition géographique et sociale. Ces problèmes ont des répercussions sur les façons et la rapidité avec lesquelles les maladies sont diagnostiquées et traitées, avec dès lors des effets sur la santé générale de la population.

La qualité des soins de santé joue un rôle clé dans l'atteinte d'un niveau élevé de santé publique. Par exemple, chaque année dans l'UE, 3 millions de patients souffrent d'infections nosocomiales, et 50 000 en décèdent. Les différences d'accès à des soins de qualité se traduisent par de très grands écarts au niveau de la mortalité évitable.

On observe également des différences socio-économiques dans l'accès aux soins de santé. Il existe très clairement un écart de revenus lié aux besoins non satisfaits en termes de soins médicaux. Les personnes situées dans les tranches de revenus les plus basses font souvent état de besoins médicaux non satisfaits en raison des délais d'attente, des coûts financiers directs ou de l'éloignement des services de santé. Les études montrent que, en moyenne, les familles disposant des revenus les plus bas doivent effectuer de plus longs déplacements pour atteindre un hôpital ou le médecin de famille. De plus, ces personnes sont moins susceptibles d'être hospitalisées ou examinées par un spécialiste. Plusieurs rapports conjoints sur la protection sociale et l'inclusion sociale ont déterminé les obstacles entravant l'accès aux soins de santé: absence de cou-



verture d'assurance santé, coût financier direct des soins, disparités géographiques de la disponibilité des services, délais d'attente, obstacles culturels, etc.

En même temps, un niveau élevé de dépenses de soins de santé privés par rapport aux revenus des ménages peut empêcher les catégories socio-économiques les moins favorisées d'accéder aux soins de santé quand elles en ont besoin, ce qui contribue à accentuer les inégalités de santé dans certains pays.

2.6. Impact de la crise économique et financière actuelle

Une conjoncture macroéconomique difficile peut avoir un effet négatif considérable sur la santé. Il en résulte souvent une augmentation du stress et des comportements à risque, comme la consommation d'alcool ou le tabagisme. Cette situation peut avoir un impact négatif sur la santé et mener à l'apparition de facteurs tels que dépression, troubles du système immunitaire ou accidents. À leur tour, ces effets peuvent entraîner d'autres conséquences sanitaires et éducatives dans les familles, en particulier pour les enfants. Si elle se prolonge, la crise économique peut donner lieu à des effets négatifs de longue durée sur la santé. Des symptômes d'épuisement professionnel peuvent ainsi se manifester des semaines, des mois, voire des années après un licenciement.

Un autre effet de la crise économique, surtout pour les catégories socio-économiques les plus défavorisées, est l'accès plus restreint à des soins de santé et des services sociaux de qualité. Si l'accès aux soins dépend des moyens financiers ou si les États membres, en réaction à la crise, réduisent les ressources allouées aux soins de santé et aux services sociaux, il en résulte une diminution de la couverture ou de la qualité des soins.

Les pressions financières sur les systèmes de santé sont un autre facteur susceptible d'accroître l'inégalité dans l'accès aux soins de santé. Ces pressions peuvent en effet inciter les pays à revoir l'affectation de leurs différents moyens d'action en matière de déterminants de la santé, dans un souci de plus grande efficacité et de meilleure rentabilité.

3. Initiatives de réduction des inégalités de santé dans les États membres

Tous les États membres de l'UE se sont engagés à réduire les inégalités de l'accès aux soins de santé et des résultats dans ce domaine. Cet engagement correspond à un objectif de la méthode ouverte de coordination. Les rapports des États membres qui sont analysés dans le cadre des rapports annuels conjoints sur la protection sociale et l'inclusion sociale font état de initiatives adoptées. Par ailleurs, il existe un certain nombre de sources d'information traitant des initiatives politiques des États membres qui se sont révélées efficaces dans la réduction des inégalités de santé. Parmi ces sources d'information figurent le rapport élaboré en 2005 pour la présidence britannique du Conseil de l'UE et intitulé «Health Inequalities: a Challenge for Europe», le projet «Closing the Gap: Strategies for Action to tackle health inequalities», coordonné par Eurohealthnet, ainsi que le projet en cours «Determine», également coordonné par Eurohealthnet et le site internet qui y est associé (www.health-inequalities.eu).

Ce site rassemble des informations fournies par les États membres concernant leurs stratégies de lutte contre les inégalités de santé. Les données les plus riches proviennent du Royaume-Uni, où des stratégies globales de lutte contre ces inégalités sont développées depuis plus d'une décennie et où plusieurs évaluations ont déjà été réalisées.

Les données disponibles indiquent que de nombreux États membres partagent les conclusions reprises ci-dessous. Pour certaines conclusions, une étude de cas a été sélectionnée à des fins d'illustration.

1. Universalisme proportionné: «Pour réduire le caractère abrupt du gradient social de la santé, les actions doivent être universelles, mais se caractériser par une échelle et une intensité proportionnelles au désavantage social» («Fair Society, Healthy Lives — Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010», publié par The Marmot Review, février 2010) (?). C'est en particulier le cas pour les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies destinés aux zones défavorisées, aux familles vulnérables et aux groupes socio-économiques les moins favorisés (par exemple les mères, les enfants, les jeunes parents et ceux de plus de 50 ans).

ÉTUDE DE CAS N° 1, Royaume-Uni — Programmes locaux Sure Start (*): mettre l'«universalisme proportionné» en pratique

Fondés sur une approche globale des inégalités de santé, les programmes locaux Sure Start rassemblent des services de garde d'enfants, d'enseignement maternel, de santé et de soutien familial pour les ménages ayant des enfants de moins de cinq ans. Ces programmes sont l'une des contributions du gouvernement britannique à la réduction des inégalités de santé causées par la pauvreté des enfants et l'exclusion sociale. Ils sont mis en œuvre à l'échelon local dans des centres locaux Sure Start, installés dans des zones défavorisées.

L'approche Sure Start réunit des prestataires de services du secteur public provenant de domaines comme la santé, les services sociaux et l'enseignement maternel, ainsi que des organisations bénévoles, privées et communautaires et des parents. Des services intégrés sont fournis pour les enfants en bas âge et leurs familles sur la base des besoins des enfants et des souhaits des parents.

Résultats clés: l'étude d'impact de l'évaluation nationale de Sure Start a porté sur plus de 9000 enfants de 3 ans et leurs familles. Des bénéfices ont été recensés dans les domaines suivants: vaccination, blessures accidentelles et développement social. En ce qui concerne les parents, le programme a montré des effets bénéfiques sur l'éducation parentale et a suscité une utilisation accrue des services conçus pour soutenir le développement des enfants et des familles.

(*) <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/earlyyears/surestart/whatsurestartdoes/>

(?) <http://www.marmot-review.org.uk/>



© Getty Images

2. Les États membres prennent conscience que l'action régionale et locale, appuyée par des initiatives prises aux niveaux national et de l'UE, est très importante pour atteindre des résultats. Les autorités locales doivent identifier dans leurs communautés les personnes les plus exposées au risque de souffrir d'une mauvaise santé. Pour toucher ces personnes, les acteurs du niveau régional peuvent mettre en place des infrastructures de quartier et de communauté.



ÉTUDE DE CAS N° 2, Hongrie — Opre Roma: sensibilisation à la mise en place de logements sains et durables dans une communauté rom à Debrecen (*).

Les principaux objectifs de cette initiative étaient de sensibiliser la communauté aux questions d'environnement, d'énergie et de comportements liés à la santé, de développer des plans communautaires pour un logement social durable, économe en énergie et favorable à la santé, mais aussi d'élaborer des plans de logement social qui puissent être mis en œuvre immédiatement.

Les membres de la communauté rom ont été pleinement associés au développement de ces plans. Ainsi, ils ont reçu une formation en gestion domestique et en économie d'énergie. De façon plus générale, le lien entre santé, logement et environnement a été l'objet de connaissances clés acquises par les personnes impliquées dans le projet.

Résultats clés: les conditions de logement ont été identifiées comme un déterminant clé de la santé et, dès lors, comme un facteur dans les inégalités de santé. L'amélioration des conditions de logement et la construction de nouvelles habitations qui tiennent pleinement compte du contexte culturel rom ont formé l'une des réalisations les plus importantes de ce projet.

(*) <http://www.health-inequalities.eu/?uid=e52af77626a071aba322dfded1c78d99&id=Seite3486>



3. L'établissement de partenariats avec le secteur non marchand, les entreprises et le marché de l'emploi peut aussi être un moyen efficace de sensibilisation et d'encouragement d'initiatives pour aider les personnes les plus exposées à des risques de santé.

ÉTUDE DE CAS N° 3, Allemagne — «Job Fit Regional»: lier promotion de la santé et promotion de l'emploi (*)

Le principal objectif de cette initiative consistait à ériger les pourvoyeurs d'emploi en cadre institutionnel pour la mise en œuvre de la promotion de la santé. Des sessions de formation spécifique ont été dispensées par des institutions de formation qui sont normalement chargées d'aider les demandeurs d'emploi. Les autres partenaires clés du projet sont les institutions d'assurance maladie légale, qui mènent également des activités ciblées sur des groupes bien précis.

Les personnes sans emploi ont fait l'objet d'une approche et d'une gestion fondées sur une méthodologie spécifique (**). Il a ainsi été possible d'évaluer leurs connaissances individuelles en santé de façon très précise (en particulier au moyen d'un entretien général de motivation sur la santé) et d'élaborer un plan de promotion de la santé. Divers programmes, concernant en particulier des cours de prévention, la gestion du stress et des sessions de formation ciblées sur certains groupes, bénéficient d'une aide financière des institutions d'assurance maladie obligatoire. De plus, des sessions de formation ont été conçues spécifiquement pour le personnel des pourvoyeurs de qualifications et d'emplois.

Grâce à ce programme, des institutions des domaines de l'emploi et des qualifications pour chômeurs et des institutions d'assurance maladie légale travaillent en liaison étroite afin d'améliorer la santé des demandeurs d'emploi dans leur propre environnement.

Résultats clés: ce projet a été très bien accepté par les institutions. Grâce au programme mis en œuvre, on a pu observer des améliorations dans les comportements liés à la santé (concernant en particulier l'activité physique et l'alimentation) et une réduction du stress psychosocial. De plus, une amélioration de l'employabilité des intéressés a été notée.

(*) <http://www.gib.nrw.de>

(**) http://www.gib.nrw.de/service/downloads/BKK_JobFit_guidelines_RZweb_Einzelseiten.pdf

4. Mesurer les indicateurs des inégalités de santé et en faire état régulièrement sont deux actions qui constituent un premier pas crucial vers l'action concrète, en particulier dans les zones défavorisées. Rassembler des informations par un suivi régulier des indicateurs de la santé peut faciliter la sensibilisation et permettre aux décideurs politiques de déterminer l'ampleur des inégalités et de les localiser (types de maladies et causes de mortalité).

5. Réaliser des évaluations d'impact sur la santé et des tests et audits sur l'équité en matière de santé dans toutes les politiques est un moyen efficace de créer une sensibilisation intersectorielle aux inégalités en matière de santé et à leurs déterminants sociaux.

Les États membres, tout comme des études de revue portant sur la recherche, estiment que de nombreuses actions politiques spécifiques sont efficaces pour lutter contre les inégalités en matière de soins de santé.

Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, des initiatives ont été prises pour que les personnes vivant dans des zones défavorisées ou appartenant aux groupes socio-économiques les moins favorisés accèdent plus facilement aux informations sur les risques du tabagisme ainsi qu'aux services de soutien pour personnes souhaitant arrêter de fumer.

Dans ces zones et groupes, on observe régulièrement des taux plus élevés de tabagisme que parmi les groupes de population plus aisés.

Pour augmenter l'état de santé de la population en général, il est essentiel d'améliorer les soins prénataux (dépistage et vaccination) et postnataux, notamment au moyen de dépistages néonataux et d'aide aux parents. Ceux-ci ont, par exemple, besoin d'informations sur l'alimentation, le tabagisme parental et les positions de sommeil des bébés. En Pologne et au Royaume-Uni, des programmes ont été lancés pour offrir aux personnes des zones et/ou groupes socio-économiques peu aisés des soins prénataux et postnataux adéquats, et ainsi réduire les écarts de mortalité néonatale et infantile. Un programme semblable a été mis en place aux Pays-Bas en faveur des migrants. Les programmes de ce type fonctionnent avec les médecins de famille et les hôpitaux et comprennent des visites au domicile des mères vulnérables, qui sont ainsi aidées depuis le début de la grossesse et jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de deux ans.

4. Actions au niveau de l'UE

4.1. Communication de la Commission sur les inégalités de santé

Le 20 octobre 2009, la Commission a adopté la communication «Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne»^(*). L'élaboration de cette communication a été dirigée conjointement par les commissaires à la santé et à la politique sociale. La communication, qui repose sur les travaux préexistants décrits ci-dessous, définit les domaines qui nécessitent une intensification de l'action.

Les actions clés exposées dans la communication sont notamment:

- l'intégration d'une répartition équitable des richesses dans le développement économique et social général. Il conviendrait de déterminer si une surveillance cohérente des indicateurs des inégalités de santé pourrait aussi contribuer au suivi de la dimension sociale de la future stratégie de Lisbonne (Europe 2020);
- l'amélioration des façons de travailler avec les États membres, les parties prenantes et les régions;
- le renforcement du soutien de l'UE à la recherche sur les inégalités de santé;
- les audits des politiques pour déterminer leur effet de réduction des inégalités de santé;
- l'encouragement des États membres à mieux exploiter les possibilités offertes au titre de la politique de cohésion de l'UE, de ses Fonds structurels et de la politique de développement rural de la politique agricole commune (PAC), afin d'agir sur les déterminants des inégalités de santé;

(*) COM(2009) 567, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=fr&newsId=619&furtherNews=yes>

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm

- les activités ciblées sur certains groupes vulnérables, tels que les minorités ethniques, les migrants et les Roms;
- l'exploration des possibilités de synergies entre l'aide au développement de la Commission et les travaux menés sur les inégalités de santé;
- l'amélioration des mesures et du suivi des inégalités de santé, le premier rapport en la matière devant être publié en 2012.

4.2. Stratégie européenne pour l'emploi

L'importance de l'emploi pour la santé a été mise en évidence dans plusieurs lignes directrices de l'UE:

La ligne directrice pour l'emploi n° 17 est centrée sur l'amélioration de la qualité et de la productivité au travail ainsi que sur la modernisation des systèmes de protection sociale. La santé et la sécurité au travail forment l'un des principaux facteurs à activer pour assurer de bonnes conditions de travail. Elles sont également cruciales pour attirer un plus grand nombre de personnes sur le marché du travail, surtout face au vieillissement de la population européenne. Cette ligne directrice a donc une contribution concrète à apporter à la réduction des inégalités de santé.

La ligne directrice pour l'emploi n° 18 favorise une approche fondée sur le cycle de vie et les mesures d'aide au vieillissement actif, notamment l'adoption de conditions de travail appropriées et un meilleur état de santé, facteurs propices à la prolongation de la vie professionnelle des citoyens. Cette ligne directrice appelle aussi à promouvoir des systèmes modernes de protection sociale, y compris en matière de soins de santé. Elle souligne en outre le fait



que l'amélioration de la santé au travail aura pour effet de réduire la charge des maladies et donc d'accroître la productivité du travail.

La ligne directrice pour l'emploi n° 21 favorise la promotion et la diffusion des formes innovatrices et adaptables d'organisation du travail, en vue d'améliorer la qualité et la productivité du travail, y compris la santé et la sécurité au travail. Elle encourage la mise en œuvre d'approches de flexicurité intégrée afin d'aider les travailleurs, y compris ceux qui ont un emploi peu qualifié ou qui se trouvent en marge du marché du travail, à gérer une vie professionnelle plus complexe, diversifiée et irrégulière, donc plus exigeante.

La ligne directrice pour l'emploi n° 23 souligne la nécessité de privilégier de nouvelles compétences pour de nouveaux emplois, en vue de promouvoir l'accès pour tous au marché du travail et d'assurer l'innovation et la qualité au travail.

4.3. Coopération avec les États membres

L'UE soutient les initiatives des États membres qui visent à relever les défis communs en facilitant le dialogue, en échangeant des bonnes pratiques et en facilitant la coordination politique avec et entre les États membres et les organisations des parties prenantes. Les mécanismes mis en place pour permettre cette coopération sont notamment la méthode ouverte de coordination, le comité de la protection sociale et le groupe d'experts de l'UE sur les déterminants sociaux et les inégalités de santé. En 2010, le Conseil a adopté des conclusions en matière d'équité et de santé ⁽⁴⁾ qui encouragent les États membres à développer davantage leurs politiques et initiatives visant à réduire les inégalités de santé et à participer activement au partage des bonnes pratiques.

4.4. Stratégie de l'UE en matière de santé

Une meilleure équité dans le domaine de la santé constitue un élément clé de la stratégie de l'UE en matière de santé ainsi qu'une dimension importante des politiques et initiatives relatives à des sujets tels que le tabac, l'obésité, l'alcool, les jeunes et la santé mentale. L'UE coopère étroitement avec l'Organisation mondiale de la santé, l'Organisation de coopération et de développement économiques et le Conseil de l'Europe, qui travaillent également sur ces sujets. De même, elle suit l'évolution de la recherche dans ce domaine.

⁽⁴⁾ Conclusions du Conseil sur le thème «Équité et santé dans toutes les politiques: solidarité en matière de santé»; 3019^e réunion du Conseil «Emploi, politiques sociale, santé et consommateurs», Bruxelles, 8 juin 2010
http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/fr/lisa/114995.pdf

4.5. Fonds de l'UE

L'UE apporte un soutien financier aux initiatives de lutte contre les inégalités de santé par le biais d'une série de programmes et d'instruments.

La **politique de cohésion** fournit une aide financière aux États membres dans leurs efforts pour corriger les déséquilibres régionaux. Récemment, la santé a été définie comme l'un des domaines à soutenir par l'intermédiaire du Fonds européen de développement régional (FEDER) et du Fonds social européen (FSE), en accord avec les orientations stratégiques communautaires en matière de cohésion 2007-2013 ⁽⁵⁾. La promotion de la santé, la prévention des maladies, le transfert des connaissances, la formation et la disponibilité d'une main-d'œuvre hautement qualifiée et les infrastructures dans les régions de «convergence» figurent parmi les domaines éligibles à cette aide de la politique de cohésion. Selon ces orientations, «[I]es écarts entre régions d'Europe en matière de santé sont importants. Il est donc important que la (...) cohésion apporte un soutien aux infrastructures de soins (...) Les interventions communautaires en matière d'amélioration de la santé et de prévention ont un rôle important à jouer dans la réduction des inégalités en matière de santé».

La **politique agricole commune** n'est en soi pas une politique sociale, mais elle comporte des éléments qui peuvent contribuer à réduire les inégalités de santé, par exemple le fait d'assurer des moyens d'existence équitables pour les agriculteurs, la disponibilité des approvisionnements alimentaires et des prix raisonnables pour les consommateurs. La PAC soutient le programme de consommation de lait à l'école et la distribution de produits agricoles aux groupes défavorisés. Plus récemment, les instances compétentes ont étudié les contributions possibles de la PAC à la promotion d'une alimentation plus saine basée sur une consommation accrue de fruits et de légumes. De plus, la politique de développement rural de l'UE soutient l'investissement et le développement en matière de services, de technologies et d'infrastructures de services sociaux et de soins de santé dans les zones rurales, ainsi que les initiatives de formation et d'information sur la santé et les questions sociales.

⁽⁵⁾ http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/osc/l_29120061021fr00110032.pdf

Le programme de santé de l'UE finance des réseaux d'action, des initiatives locales, des analyses effectuées par des experts, des conférences et des innovations politiques dans le domaine de la santé publique.

Dans le cadre de Progress (le programme de l'UE pour l'emploi et la solidarité sociale 2007-2013), un appel à propositions spécifique a été lancé en mars 2010 afin de promouvoir les actions exposées dans la communication de la Commission, en particulier en aidant les autorités nationales ou régionales des pays participant à Progress à renforcer leurs politiques de lutte contre les inégalités de santé.

Le Fonds européen d'intégration des ressortissants de pays tiers soutient les actions des États membres qui cherchent à faciliter l'intégration des migrants dans les sociétés européennes. Sur un budget total de 825 millions d'euros, 7 % servent à soutenir les projets centrés sur certains aspects de l'intégration, y compris l'accès



aux soins de santé. Avec les 93 % restants du budget, les États membres mettent en œuvre un programme annuel convenu avec la Commission.

Les programmes-cadres de l'UE pour la recherche offrent également des possibilités de lutter contre les inégalités de santé, en particulier au titre du troisième pilier du thème «Santé» du programme de coopération du septième programme-cadre de l'UE. Ce pilier vise à développer des méthodes de recherche et à générer la base scientifique pour étayer les décisions politiques et des stratégies plus efficaces fondées sur des éléments probants dans des domaines comme la promotion de la santé et les grands déterminants de la santé, par exemple le mode de vie ou les facteurs socio-économiques et environnementaux ⁽⁶⁾.

4.6. Législation

L'UE a mis en place une législation dans le domaine de la santé et la sécurité au travail dans le but d'améliorer les conditions de travail. Elle suit la mise en œuvre de cette législation et finance la recherche dans ce domaine.

La population active ayant un emploi représente actuellement 48,3 % du total de la population de l'UE. Par conséquent, en protégeant la santé et la sécurité des travailleurs, on contribue beaucoup à améliorer la santé publique en général et à réduire l'impact de certains des principaux éléments à l'origine des inégalités de santé entre les États membres de l'UE et parmi leurs citoyens. La directive 91/383/CEE vise à faire en sorte que les travailleurs ayant un contrat à durée déterminée ou intérimaire bénéficient du même niveau de protection que les autres travailleurs en matière de sécurité et santé au travail. En 2009, un rapport a été dressé au sujet de la mise en œuvre de cette directive jusqu'en 2007. Ce rapport tente de relever les lacunes éventuelles de la directive afin de réorienter l'action future de la Commission dans ce domaine.

⁽⁶⁾ Décision 2006/971/CE du Conseil du 19 décembre 2006 relative au programme spécifique «Coopération» mettant en œuvre le septième programme-cadre de la Communauté européenne pour des activités de recherche, de développement technologique et de démonstration (2007-2013), JO L 400 du 31.12.2006, p. 127.

L'évaluation d'impact de la stratégie communautaire pour la santé et la sécurité au travail 2007-2012 a montré que les stratégies de santé au travail réduisent les accidents de travail et aident les victimes d'accidents et les personnes souffrant de maladies chroniques à conserver leur emploi ou à retourner au travail. De plus, ces stratégies constituent une plate-forme pour l'intégration des travailleurs migrants et peuvent réduire l'impact des conditions de travail stressantes et monotones, susceptibles de causer une détérioration prématurée de la santé et, partant, une sortie prématurée de la vie professionnelle.

Depuis 2000, outre les lois relatives à l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes, la législation antidiscrimination de l'UE a été mise en place afin d'assurer un niveau minimal d'égalité de traitement et de protection pour toute personne vivant et travaillant en Europe, quels que soient son origine raciale ou ethnique, sa religion ou ses convictions, son handicap, son orientation sexuelle et son âge. Cette législation recouvre de nombreux aspects de la vie quotidienne: lieu de travail, éducation, soins de santé, accès aux biens et services, etc. En 2008, la Commission a mis sur pied un groupe d'experts gouvernementaux pour l'antidiscrimination et la promotion de l'égalité, qui examine l'impact des mesures de lutte contre la discrimination prises au niveau de l'UE et de ses États membres et valide les bonnes pratiques par le biais d'un processus d'apprentissage par les pairs.

4.7. Marché intérieur

Le travail sur la procédure d'infraction dans le domaine de la santé peut contribuer à réduire les obstacles à l'accès aux soins de santé et à en diminuer les prix, cela au plus grand bénéfice des citoyens appartenant aux groupes socio-économiques défavorisés. Citons comme exemples les législations sur la liberté d'établissement et de prestation de services, sur la restriction de la propriété et la localisation des pharmacies et sur la propriété des laboratoires et leurs heures d'ouverture.

De façon plus générale, toutes les initiatives de la Commission sont désormais soumises à une évaluation de leurs effets économiques, sociaux et environnementaux probables, en particulier sur différents groupes sociaux et économiques et sur les inégalités existantes.

4.8. Éducation et jeunesse

La santé physique et mentale et un mode de vie sain sont valorisés comme des compétences sociales et civiques dans la recommandation sur les compétences clés ⁽⁷⁾, qui invite les États membres à développer ces compétences pour tous dans le cadre de leurs stratégies d'éducation et de formation tout au long de la vie. Par ailleurs, la Commission a proposé une nouvelle stratégie de l'UE pour la jeunesse ⁽⁸⁾ qui souligne la vulnérabilité des jeunes et recense les actions à entreprendre pour améliorer la santé des jeunes, en particulier les jeunes exposés à un risque d'exclusion sociale.



Cette brochure présente un large aperçu des inégalités de santé dans l'UE et présente quelques-unes des politiques de l'UE qui contribuent à réduire ces inégalités.

Pour plus d'informations, voir les liens et références ci-dessous ou contacter la Commission européenne (numéro d'appel gratuit d'Europe Direct **00 800 6 7 8 9 10 11**).

⁽⁷⁾ Recommandation 2006/962/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006 sur les compétences clés pour l'éducation et la formation tout au long de la vie.

⁽⁸⁾ COM(2009) 200 du 27 avril 2009 intitulée «Une stratégie de l'UE pour investir en faveur de la jeunesse et la mobiliser».

Liens et références utiles

Commission européenne:

Communication sur les inégalités de santé

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=fr&newsId=619&furtherNews=yes>

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm

DG Santé consommateurs/Déterminants sociaux de la santé

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_fr.htm

DG Emploi, affaires sociales et inclusion

<http://ec.europa.eu/social/home.jsp?langId=fr>

DG Politique régionale

http://ec.europa.eu/dgs/regional_policy/index_fr.htm

Conseil de l'Union européenne

<http://www.consilium.europa.eu/showPage.aspx?id=&lang=fr>

Conclusions du Conseil sur le thème «Équité et santé dans toutes les politiques: solidarité en matière de santé»

http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/fr/lsa/114995.pdf

Eurostat:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

OMS

<http://www.who.int/fr/>

Commission de l'OMS des déterminants sociaux de la santé

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/fr/index.html

Autres sites internet cités dans le présent document (information/liste non exhaustive)

<http://www.health-inequalities.eu>

<http://www.marmot-review.org.uk/>

<http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/earlyyears/surestart/whatsurestartdoes/>

<http://www.gib.nrw.de>

Brève bibliographie

Eurohealthnet, «Closing the Gap — Strategies for Action to tackle Health Inequalities. Taking Action on Health Equity», 2007

Mackenbach, J. P., *Health Inequalities: Europe in Profile*, rapport d'expert indépendant commandé par la présidence britannique de l'UE, 2006

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf

Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., Kunst, A. E., *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*, Erasmus MC, département de la santé publique, Pays-Bas, pour la Commission européenne, 2006

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf

OMS, *Comblant le fossé en une génération*, Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE): Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., et Weber, G. (éd.), *Health, Ageing and Retirement in Europe — First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), Mannheim, 2005

http://www.share-project.org/t3/share/index.php?id=books&no_cache=1

Whitehead M., *The concepts and principles of equity and health*, OMS, Comité régional de l'Europe, Copenhague, 1990

Pour des informations et références plus détaillées, veuillez vous référer au document d'information du dossier de presse relatif à la communication COM(2009) 567 de la Commission européenne sur les inégalités de santé:

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_background_en.pdf

Commission européenne

Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne

2011 — 23 p. — 25 × 17,6 cm

ISBN 978-92-79-15038-8

doi:10.2767/96269

Cette publication, intitulée *Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne*, offre des informations actualisées sur les inégalités de santé entre les États membres de l'Union européenne et à l'intérieur de ces pays.

La brochure passe en revue plusieurs aspects de ces disparités dans le domaine de la santé, en particulier l'espérance de vie. Elle analyse aussi le rôle des déterminants de la santé, en mettant l'accent sur le «gradient social», c'est-à-dire la dimension sociale qui existe pour ainsi dire au niveau de tous les facteurs influençant l'état de santé.

Des explications spécifiques sont fournies sur le rôle des politiques européennes et nationales dans ce domaine précis, y compris concernant les possibilités de financement, ainsi que sur la contribution qu'elles peuvent apporter à la réduction des inégalités de santé.

En guise de conclusion, la brochure présente trois études de cas qui permettent de souligner les améliorations atteintes dans des domaines comme la santé des enfants, la santé des demandeurs d'emploi et celle des membres de minorités ethniques.

Cette publication est disponible en version imprimée dans toutes les langues officielles de l'Union européenne.

COMMENT VOUS PROCURER LES PUBLICATIONS DE L'UNION EUROPÉENNE?

Publications gratuites:

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- auprès des représentations ou des délégations de l'Union européenne.
Vous pouvez obtenir leurs coordonnées en consultant le site <http://ec.europa.eu>
ou par télécopieur au numéro +352 2929-42758.

Publications payantes:

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Abonnements facturés (par exemple séries annuelles du *Journal officiel de l'Union européenne*, recueils de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne):

- auprès des bureaux de vente de l'Office des publications de l'Union européenne
(http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm).

Les **publications** de la direction générale de l'emploi,
des affaires sociales et de l'inclusion vous intéressent?

Vous pouvez les télécharger ou vous abonner gratuitement:

<http://ec.europa.eu/social/publications>

Vous pouvez également vous abonner gratuitement
au bulletin d'information électronique *L'Europe sociale*
de la Commission européenne:

<http://ec.europa.eu/social/e-newsletter>

<http://ec.europa.eu/social>



Office des publications



www.facebook.com/socialeurope

ISBN 978-92-79-15038-8

