

Closing the gap in a generation

Comblent le fossé en une génération

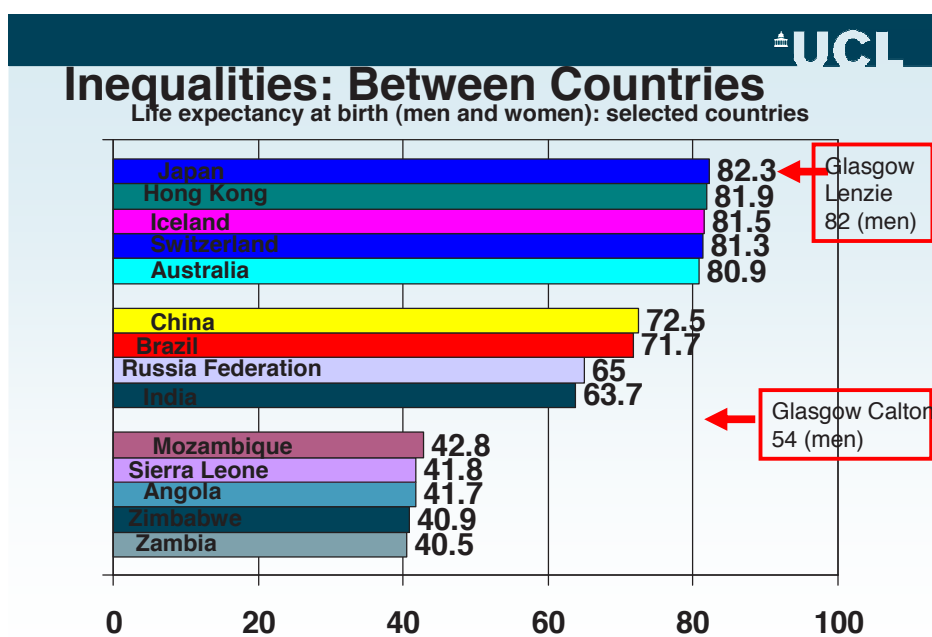
Michael Marmot, Président de la Commission « Déterminants sociaux de la Santé » de l'OMS



Professor Sir Michael G. Marmot MBBS, MPH, PhD, FRCP, FFPHM, FMedSci, FBA
 Directeur de l'International Institute for Society and Health
 Professeur titulaire de la Chaire de recherche en épidémiologie et santé publique du Medical Research Council, University College de Londres
 Michael Marmot dirige un groupe de recherche sur les inégalités de santé depuis 30 ans. Il est l'investigateur principal des études de cohortes de fonctionnaires britanniques (Whitehall Studies), dont les recherches portent sur les explications du gradient négatif associant de façon marquée la classe sociale à la morbidité et à la mortalité. Il dirige l'étude britannique longitudinale du vieillissement (English Longitudinal Study of Ageing-ELSA) et participe activement à plusieurs efforts internationaux de recherche sur les déterminants sociaux de la santé. Il préside le Groupe Scientifique de Référence sur la lutte contre les inégalités sociales du Ministère de la santé (Department of Health). Il a été membre de la Commission Royale sur la pollution environnementale pendant six ans et est membre honoraire de la British Academy. En 2000, il a été annobli par Sa Majesté la Reine d'Angleterre pour services rendus en épidémiologie et dans la compréhension des inégalités de santé. Reconnu pour l'éminence de ses travaux au niveau international, le Professeur Marmot est l'un des Vice-Présidents de l'Academia Europaea et est Membre associé à titre étranger de l'Institute of Medicine (IOM) ; il a présidé la Commission sur les déterminants sociaux de la santé mise en place par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2005. Il a reçu le prix Balzan pour l'épidémiologie en 2004, a prononcé en 2006 le discours annuel du Royal College of Physicians of London dédié à William Harvey (Harveian Oration), et a remporté le Prix William B. Graham pour la recherche sur les services de santé en 2008. Il réalise actuellement une étude systématique des inégalités de santé à la demande du gouvernement britannique.

L'espérance de vie à la naissance pour la population de Zambie est de 40,5 ans, alors qu'elle est de 82,3 ans au Japon. Pour les femmes du Zimbabwe, l'espérance de vie est environ de 34 ans, alors qu'elle est de 86 ans pour les femmes du Japon. Il n'existe pas de raison biologique pour cet écart d'espérance de vie de 50 ans entre les plus privilégiés et les plus désavantagés dans le monde. Il est apparu pour des raisons politiques, sociales et économiques.

Toutefois, ce problème ne concerne pas que les pays pauvres. Le rapport de la Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé a mis en évidence que l'espérance de vie des hommes vivant dans les quartiers les plus pauvres de Glasgow est de 54 ans, alors qu'elle est de 82 ans dans la partie la plus riche de la ville. Etant donné que l'espérance de vie des hommes est de 62 ans en Inde, les hommes des quartiers les plus pauvres de Glasgow ont donc une espérance de vie 8 ans plus courte qu'en Inde ; 75% de la population en Inde vit avec 2 US\$ par jour ou moins, ce qui n'est pas le cas de Glasgow, et les gens n'y meurent pas de diarrhée, de manque de nourriture ou de paludisme, mais de maladies cardiaques, de cancers, et de problèmes liés à l'alcool. Ce sont les mêmes causes que celles qui touchent le reste de la population du Royaume Uni, mais à Glasgow les gens meurent simplement plus vite.

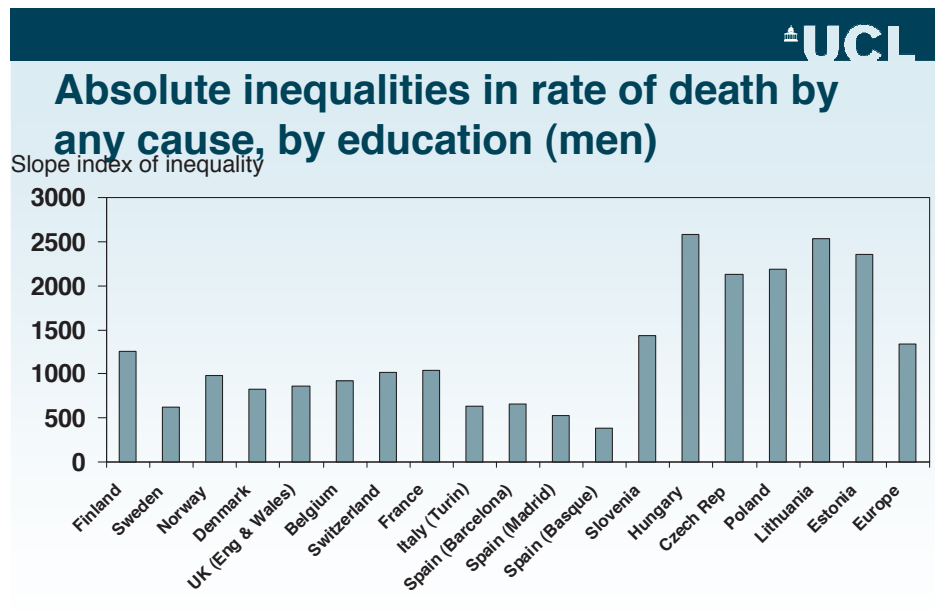


National LE data HDP 2007/2008, Glasgow data: Hanlon et al. 2006

Life expectancy at birth for people in Zambia is 40.5 years, whereas for Japan, it is 82.3. For women in Zimbabwe, life expectancy is about 34, while it is 86 for women in Japan. There is no biological reason for this 50 year difference in life expectancy between the best off and the worst off in the world. It has arisen for political, social and economic reasons.

However, this is not just an issue for poor countries. The report of the Commission on Social Determinants of Health highlighted that life expectancy for men in the poorest part of Glasgow is 54, whereas for men in the richest part of the city it is 82. As life expectancy for men in India is 62, men in the poorest part of Glasgow therefore have a life expectancy that is eight years less than in India. 75% of India's population lives on US\$2 a day or less, which is not the case for Glasgow and people there do not die of diarrhoea, a lack of food or malaria, but of heart disease, cancer and alcohol-related issues. These are the same causes as for people in the rest of the United Kingdom, but in Glasgow they just die at a faster rate.

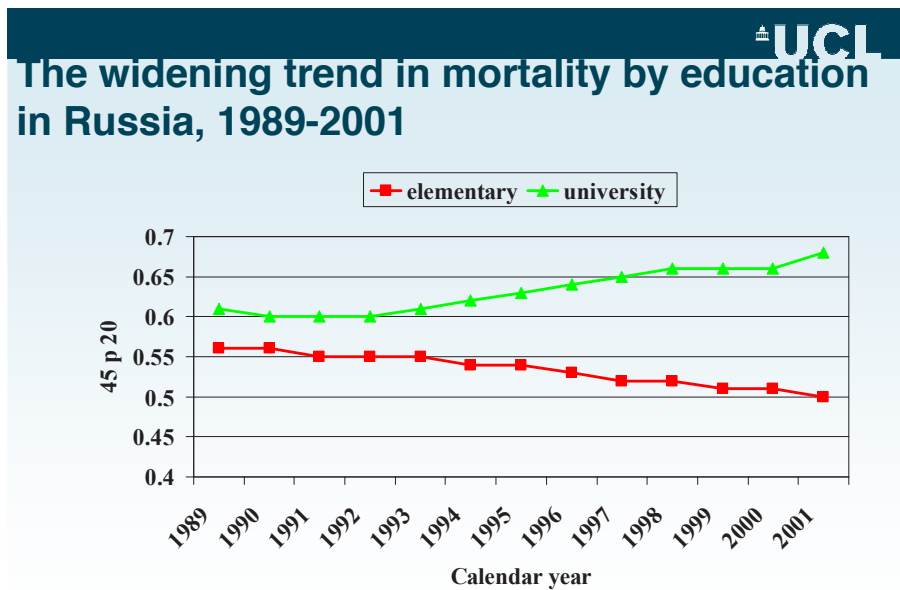
Les problèmes d'inégalités de santé ne sont donc pas confinés aux pays pauvres et l'importance de la situation est effrayante. Johan Mackenbach et collègues ont regardé les inégalités de santé en Europe : cette analyse nous montre que l'importance des inégalités en France est analogue à celle observée au Royaume Uni, mais supérieure à celle de la Suède. Nous pouvons également constater à quel point les inégalités sont plus fortes en Europe Centrale et en Europe de l'Est, et les données disponibles suggèrent qu'il s'agit d'un phénomène relativement récent, apparu dans les suites de l'effondrement des régimes communistes. Il semble que les deux dernières décades des régimes ex communistes ont été très défavorables pour la santé dans ces pays, qui sont restés en retard par rapport aux améliorations observées en Europe de l'Ouest. Selon une plaisanterie en vogue, le pire aspect du communisme a été le post-communisme, et son effondrement a entraîné ces accroissements importants des inégalités.



Mackenbach et al 2008

The problems of inequalities in health are therefore not confined to poor countries and the magnitude of the situation is frightening. Johan Mackenbach and colleagues looked at inequalities in health across Europe and from this we can see that France has a similar magnitude of inequalities as the UK, but more than in Sweden. We can also see how much bigger the inequalities are in Central and Eastern Europe and the evidence suggests that this is a relatively recent phenomenon, happening after the collapse of communism. It appears that the last two decades under communism were very bad for health in those countries, where it lagged behind improvements in Western Europe. As the joke goes, the worst thing about communism was post-communism, and its collapse led to these big increases in inequalities.

Dans de nombreux pays, les différentiels se sont accrus. Nos propres données sur la Russie montrent que la probabilité qu'une personne de 20 ans survive jusqu'à l'âge de 65 ans a diminué pour les personnes de niveau d'éducation primaire et a augmenté pour celle de niveau d'éducation universitaire, et nous pouvons observer cet écart croissant dans de nombreux pays. Je pars du postulat que si l'écart peut augmenter, il peut aussi se réduire, et que notre défi est d'avoir des politiques qui permettront à cette réduction de se produire.

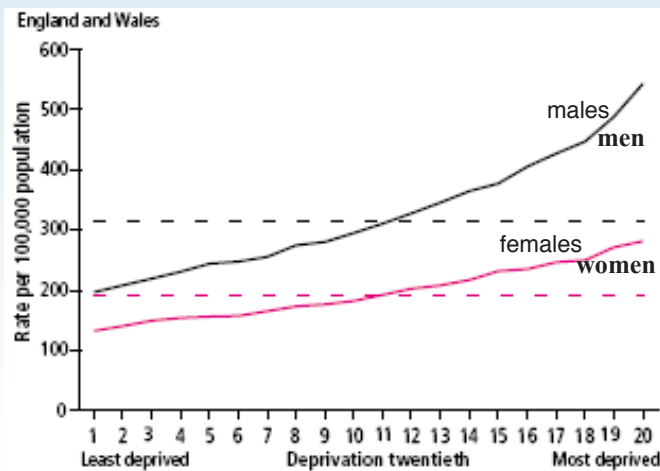


Source: Murphy et al, AJP, 96, 1293-9, 2006

In many countries, the differentials have been increasing. Our own data from Russia show that the probability of a 20-year-old person surviving to the age of 65 has been going down for those with elementary education and rising for those with university education, and we can see this increasing gap in many countries. I start from the assumption that if the gap can get bigger, it can also get smaller and our challenge is to have policies that will allow that to happen.

L'un des éléments nouveaux de l'analyse systématique des inégalités de santé que je suis en train de réaliser pour le gouvernement Britannique est l'accent que nous mettons sur le gradient. Le Professeur Houssin a évoqué les plus désavantagés, mais il a également dit que nous devons penser à ce gradient. Si nous regardons les taux de mortalité en Angleterre en relation avec la distribution de l'indice de défavorisation, nous pouvons constater que ceux qui sont dans le deuxième groupe le plus favorisé ont une mortalité plus élevée que ceux qui sont dans le groupe le plus favorisé, ceux dans le troisième groupe une mortalité plus élevée que ceux dans le deuxième groupe, que ceci se poursuit tout au long de l'échelle, et que les inégalités entre la moyenne et les plus favorisés sont presque aussi importantes qu'entre la moyenne et les moins favorisés. Les données disponibles pour la ville de Strasbourg montrent également qu'il y a un gradient social net en termes d'incidence de l'infarctus du myocarde, par exemple.

Deaths rates (age standardized) for all causes of death by deprivation twentieth, ages 15-64, 1999-2003, England and Wales



The dashed lines are average mortality rates for men and women in England and Wales
Romeri et al 2006

One of the things that is new about the review that I am doing for the British Government on health inequalities is the focus on the gradient. Professor Houssin talked earlier about the worst off, but he also said that we must think about the gradient. If we look at death rates in England in terms of the distribution of deprivation, we can see that the second most affluent have higher mortality than the most affluent, the third most affluent have higher mortality than the second most affluent and that this goes on right across the scale, and that the inequalities from the average up are almost as big as the inequalities from the average down. Data for Strasbourg also show that there are clear gradients in terms of myocardial infarction, for example.

Distribution of myocardial infarction event rates according to area deprivation class: Strasbourg

	Deprivation classes					p trend
	Least deprived C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	Most deprived C ₅	
Event rates men ^a	227	232	249	260	281	0.09
35-54 ^b	111	134	146	178	148	0.01
55-74 ^b	433	405	431	401	518	0.37
Event rates women ^a	50	50	61	77	121	<0.01
35-54 ^b	9	16	22	28	81	<0.01
55-74 ^b	122	109	129	165	192	<0.01

^a Age standardised annual rates (per 100,000 inhabitants), using the direct method and the world standard population.

^b Annual specific rates (per 100,000 inhabitants) by age and sex.

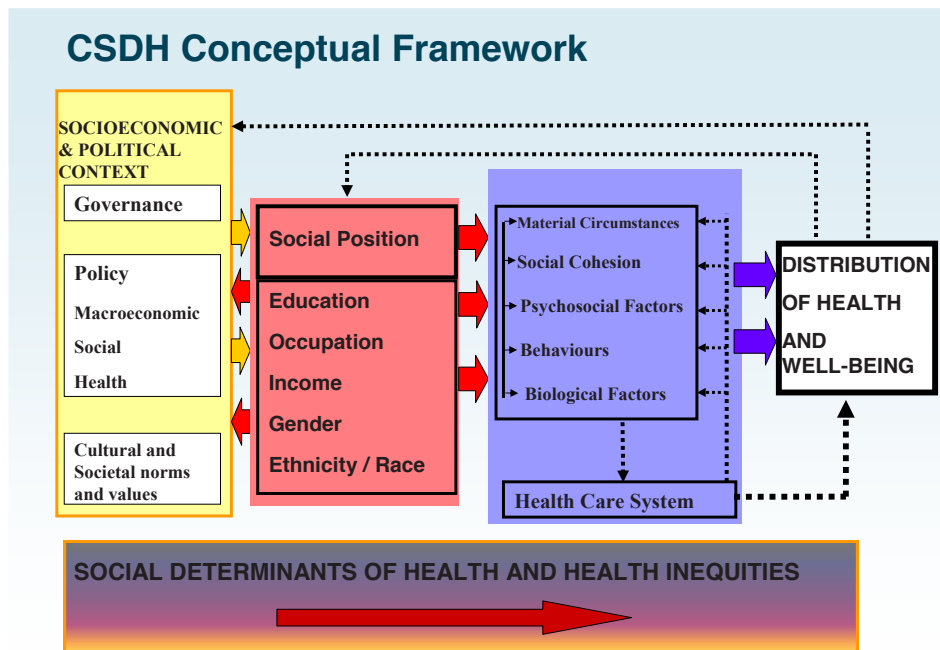
Havard et al 2008

En Grande Bretagne, les politiques sociales tendent à se polariser sur les plus défavorisés, et les responsables politiques veulent dépenser l'argent là où le besoin est le plus important. Toutefois, il faut intéresser les responsables politiques à réduire les taux de mortalité pour tous. Ces taux de mortalité peuvent évoluer, et le défi posé aux politiques publiques est de s'attaquer au gradient, ce qui est assez différent de s'adresser aux plus défavorisés, où il s'agit d'éliminer les conséquences de la pauvreté pour la santé. Mais la réduction des inégalités nécessite d'agir sur l'ensemble de la société, et les politiques en Grande Bretagne n'ont pas été orientées dans ce sens.

Le modèle conceptuel de la Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé est parti de la distribution de la santé et du bien-être, en examinant les conditions matérielles, la cohésion sociale, les facteurs psychosociaux, les comportements, les facteurs biologiques et les services de santé. Il est alors apparu important de reconnaître que ces « expositions » sont distribuées de façon différente dans la société en relation avec les mesures de position sociale en termes d'éducation, de revenu, de genre, d'ethnicité et de race. Toutefois, ces caractéristiques sont toutes situées dans un contexte socioéconomique et politique, et nous avons en conséquence également examiné la gouvernance, les politiques macroéconomiques, les politiques sociales et les politiques de santé, ainsi que les normes et les valeurs culturelles et sociales. C'est cela que nous appelons les déterminants sociaux des inégalités de santé.

Le rapport a été intitulé « Comblé le fossé en une génération ». Mais plus qu'une prédiction, c'est une affirmation de ce que nous pensons possible. Nous avons les connaissances et les moyens de combler le fossé en une génération, mais la question est de savoir si nous avons la volonté de le faire. Je ne crois pas, bien sûr, que le fossé sera comblé en une génération, parce que, simplement, cela ne se produira pas.

In Britain, social policy tends to focus on the most deprived, and politicians want to spend money where it is needed most. However, politicians need to be interested in reducing mortality rates for everyone. These mortality rates can change and the challenge for public policy is to deal with the gradient, which is quite different from dealing with the most deprived, which is about getting rid of the health consequences of poverty. However, addressing inequality requires action across the whole of society and policies in Britain have not been oriented that way.



Source: CSDH Final Report, WHO 2008, adapted from Solar & Irwin, 2007

The conceptual framework of the Commission on Social Determinants of Health was to start with the distribution of health and wellbeing, looking at the material circumstances, social cohesion, psychosocial factors, behaviour, biological factors and the healthcare system. It was then important to recognise that these so-called exposures are differentially distributed in society according to the measures of social position of education, income, gender, ethnicity and race. However, these are all situated within a socioeconomic and political context and we therefore also looked at governance, macroeconomic, social and health policies, and cultural and societal norms and values. That is what we mean by the social determinants of health inequalities.

The report was entitled, Closing the Gap in a Generation. However, rather than a prediction, this is a statement of what we think is possible. We have the knowledge and means to be able to close the gap in a generation, but the question is whether we have the will to do so. I do not, of course, believe that the gap will close in a generation because it is simply not going to be done.

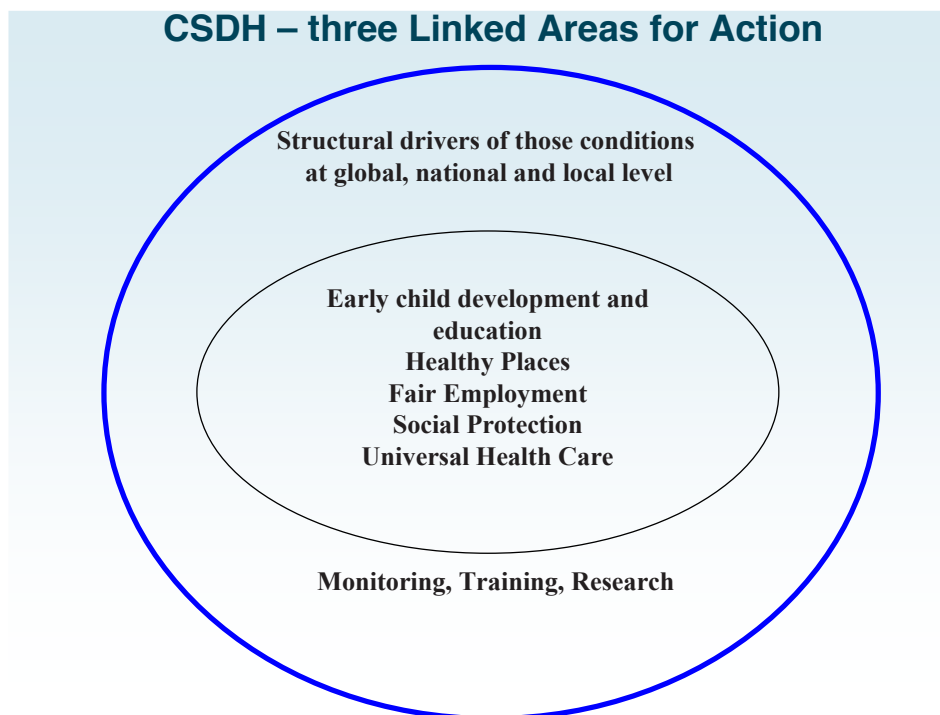
Une des questions clés soulevées porte sur les considérations économiques, et les Gouvernements, en particulier, demandent combien cela va coûter. J'insiste sur le fait que nous devons faire face à ces inégalités de santé évitables pour des raisons de justice sociale et parce que c'est ce qu'il est juste de faire. En fait, j'ai inclus des estimations dans mon analyse, mais j'ai aussi regardé le coût de « ne rien faire », et ce coût est astronomique. Par exemple, notre rapport estime qu'il coûterait 100 milliards de \$US de réhabiliter les bidonvilles de la planète. Certains peuvent penser qu'il est stupide d'imaginer que quiconque pourrait mobiliser 100 milliards de \$US pour quoi que ce soit. Néanmoins, nous avons dépensé 9 000 milliards de \$US pour sauver les banques. Ne serait-il donc pas possible de trouver 100 milliards pour que tout le monde dans le monde ait accès à de l'eau courante propre ?

Nous avons donc placé la justice sociale tout en haut de nos valeurs, et l'importance du renforcement des capacités (empowerment) parcourt l'ensemble du rapport de la Commission. Nous avons considéré que ce concept avait comme dimensions le bien-être matériel, la capacité psychosociale—avoir le contrôle de sa propre vie--, et la capacité politique--avoir son mot à dire. Il est important d'avoir le contrôle. Quand nous avons publié le rapport, certains hommes politiques Britanniques ont demandé où se trouvait la responsabilité individuelle. Pour moi, la responsabilité individuelle est absolument au centre. Nous devons créer les conditions qui permettent aux individus de prendre le contrôle de leur propre vie. Toutefois, nous ne devons pas vivre dans l'illusion que la liberté est accessible à tous dans le cadre de notre organisation économique et sociale actuelle. Le renforcement des capacités psychosociales est donc essentiel.

Nous avons trois principes d'action dans les travaux de la Commission. Ce sont : les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ; les déterminants structurels de ces conditions au niveau global, national et local ; et l'importance du suivi, de la formation et de la recherche. Nous avons examiné le développement et l'éducation des jeunes enfants, la qualité du cadre de vie, le caractère équitable des conditions d'emploi, la protection sociale et l'accès universel aux services de santé.

One of the key issues that come up is economic considerations, and Governments, in particular, ask how much it will cost. I insist that we should deal with these avoidable health inequalities for reasons of social justice and because it is the right thing to do. In fact, I have included some figures in my review, but I have also looked at the cost of doing nothing, which is astronomical. For example, our report set out that it would cost US\$100 billion to upgrade the world's slums. People might think that it is stupid to believe that anyone would find US\$100 billion for anything. However, we have spent US\$9 trillion on bailing out the banks. Could we not therefore find US\$ 100 billion so that everyone in the world has clean running water?

We therefore put social justice right at the top, and running through the Commission report was the importance of empowerment, which we saw as having the dimensions of material wellbeing; the psychosocial, where you have control of your life; and the political, which is having a voice. It is important to have control. When we published the report, some British politicians asked where personal responsibility was to be found. For me, personal responsibility is absolutely at the centre. We have to create the conditions that allow people to take control of their own lives. However, we must not live under the delusion that freedom is available to everyone under our present set of economic and social arrangements. Psychosocial empowerment is therefore central.



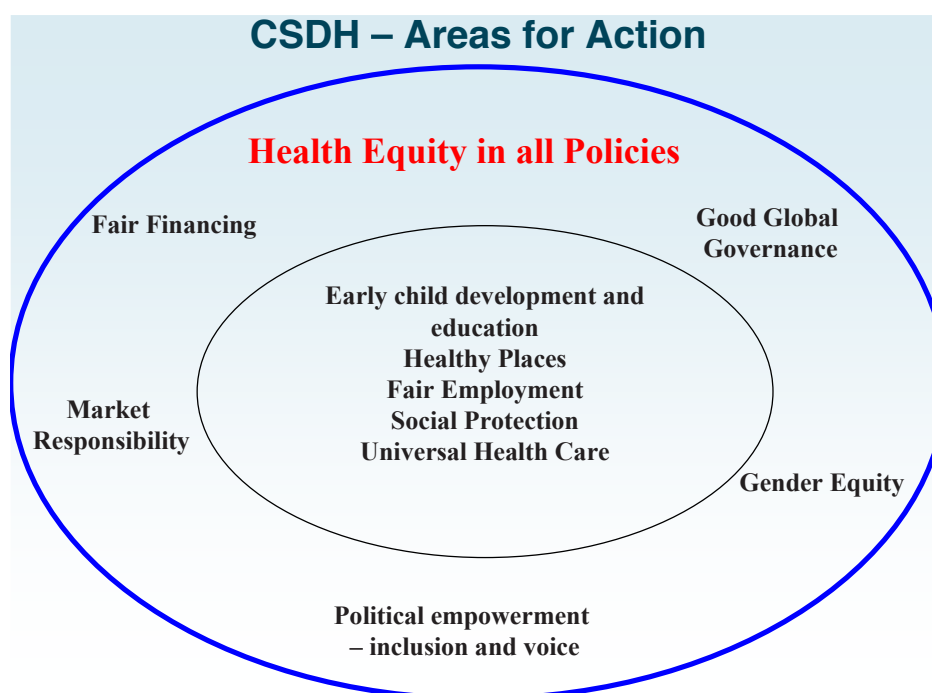
We had three principles of action in the Commission. These are: the conditions in which people are born, grow, live, work and age; the structural drivers of those conditions at global, national and local level; and the importance of monitoring, training and research. We looked at early child development and education, healthy places, fair employment, social protection and universal healthcare.

Le Professeur Houssin a évoqué la santé dans toutes les politiques : pour nous, cela concernait l'équité en santé, la bonne gouvernance globale, l'équité vis-à-vis des femmes et entre genres, le renforcement des capacités politiques, la responsabilité des marchés et le caractère équitable des dispositifs de financement.

Mon cauchemar était que le destin du rapport de la Commission serait celui de la plupart des rapports. Toutefois, je ne crois pas que cela ait été tout à fait le cas. Le rapport a été publié en Août 2008, la Conférence Globale s'est tenue ensuite à Londres, avec 80 pays représentés, et il y a eu des colloques dans toutes les régions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le Brésil a eu sa propre Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé et cela fait partie de leur politique sociale nationale. Le Chili, l'Angleterre, le Canada, la Slovénie, plusieurs pays Nordiques, l'Argentine et l'Inde ont également inscrit ce point sur leur agenda. Il constitue maintenant une part importante du Centre OMS de Kobe, où les villes sont encouragées à entreprendre une analyse de l'équité en santé et à agir. La présidence Espagnole de l'Union Européenne fait de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé une priorité.

L'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté une résolution en 2009, le Conseil Economique et Social des Nations Unies (ECOSOC) l'a reprise, et la question figure également sur différents agendas de recherche. La résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé dit que tous les États Membres devraient s'attaquer aux inéquités de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé et évaluer l'impact des politiques et des programmes sur la santé ainsi que sur les buts de développement global.

Margaret Chan, le Directeur Général, a déclaré : « la Santé Publique peut être reconnaissante de l'apport de la Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé. Une part importante de la responsabilité du fait que notre monde fonctionne de façon essentiellement injuste se situe au niveau des politiques menées. » Elle, au moins, a intégré le message de la Commission.



Professor Houssin talked earlier about health in all policies: for us, it was about health equity, good global governance, women and gender equity, political empowerment, market responsibility and fair financing.

My nightmare was that the fate of the Commission's report would be the fate of most reports. However, I do not think that that has been quite the case. The report was published in August 2008, the Global Conference took place later in London, where 80 countries were represented, and there have been meetings in all the regions of the World Health Organisation (WHO). Brazil has had its own Commission on Social Determinants of Health and it is part of their national social policies. Chile, England, Canada, Slovenia, several Nordic countries, Argentina and India have also taken it on board. It is now a major part of the WHO Kobe Centre, where cities are being encouraged to take up analysis of health equity and action. The Spanish Presidency of the European Union is making health equity and the social determinants of health a priority.

There was a resolution at the World Health Assembly (WHA) in 2009 and the Economic and Social Council (ECOSOC) of the United Nations has taken it on, and it is also on various research agendas. The World Health Assembly resolution said that all member states should tackle health inequities through action on the social determinants of health and look at the impact of policies and programmes and in global development goals.

Margaret Chan, the Director General, said, 'Public health can be grateful for backing from the Commission on Social Determinants of Health. Much of the blame for the essentially unfair way our world works rests at the policy level. She, at least, has taken on board the Commission's message.'

Lors de la réunion du Conseil Economique et Social des Nations Unies, Ban Ki Moon, le Secrétaire Général, a déclaré : « Il existe des inéquités de santé persistantes et la majeure partie de l'écart est attribuable aux conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ». Il était clair que Ban Ki Moon, et beaucoup d'autres, étaient au fait du contenu de notre rapport.

Je me suis demandé si la santé de qui que ce soit serait améliorée du fait d'une résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé ou parce que ECOSOC avait repris cette résolution. Mais même un pas de nourrisson est un pas. Tous les différents groupes d'intérêts veulent maintenant entendre parler des déterminants sociaux de la santé. Je suis intervenu devant la Société de l'Hypertension Artérielle et dans des réunions sur la violence, la santé mentale, l'alcool, l'obésité, le développement urbain, le régime Méditerranéen, la crise économique, le développement international et la recherche. Cette question est donc sur de nombreux agendas, et même si cela peut prendre du temps pour que la santé d'une seule personne s'améliore grâce à cela, ce sont des pas dans la bonne direction.

Lors de la Conférence de présentation du rapport, le Premier Ministre Gordon Brown a annoncé que j'allais entreprendre une nouvelle analyse systématique des inégalités de santé en Angleterre, analyse au cours de laquelle nous apprendrions des autres pays.

Alan Johnson, qui était alors Secrétaire d'État pour la Santé, a déclaré que cette analyse systématique s'appuierait sur les travaux de la Commission OMS sur les Déterminants Sociaux de la Santé. J'en suis vraiment heureux. Tout d'abord, cela signifie que l'analyse Anglaise est une affirmation du fait que le gouvernement Britannique prend le rapport de la Commission au sérieux. Ensuite, j'ai l'espoir que cela aura un impact sur la politique sociale et sur la politique de santé en Grande Bretagne. Troisièmement, d'autres pays pourraient également faire quelque chose de semblable. Ce serait merveilleux si la Commission globale et l'analyse conduite en Angleterre stimulaient d'autres pays pour qu'ils deviennent actifs dans ce domaine. Un collègue Danois m'a dit que son Ministre de la Santé lui avait demandé de réaliser une analyse systématique des inégalités de santé, et c'est ce dont nous avons besoin. Les actions que la France mettra en oeuvre ne seront pas les mêmes que celles mises en oeuvre en Grande Bretagne, au Danemark ou au Brésil, même si je suggèrerais que les principes seront semblables. Mais la façon dont cela se traduira dans les actions nationales, régionales et locales pourrait être différente, d'où l'importance de transposer le rapport de la Commission dans un contexte national.

Cette question est posée depuis le 19ème siècle. Plus récemment, il y a eu la Commission d'Enquête Acheson en Grande Bretagne en 1998, l'analyse transversale du Ministère des Finances sur les inégalités de santé en 2002, et un programme d'action. Cependant, ce programme était principalement centré sur l'amélioration des conditions de vie des plus défavorisés et n'a pas du tout porté sur le gradient social.

Les termes de référence de l'analyse, dont le titre officiel est « Analyse Stratégique des Inégalités de Santé en Angleterre après 2010 », étaient d'identifier les données disponibles pouvant être le support de la politique et des actions à mener dans le futur, de faire des recommandations sur des objectifs et des actions envisageables, et de publier un rapport après 2010.

Nous avons commencé nos travaux en Janvier 2009 et soumis notre rapport au Ministère de la Santé le 23 Décembre. Nous publierons le rapport le 11 Février et nous tiendrons une conférence à Londres le jour suivant.

At the Economic and Social Council of the United Nations, Ban Ki-moon, the Secretary General said, 'There are persisting health inequities and most of the difference is attributable to the conditions in which people are born, grow, live, work and age'. It was clear that Ban Ki-moon and many others were aware of what was in our report.

I asked myself whether anyone's health would improve because we had a resolution at the World Health Assembly or because ECOSOC had taken it on. However, even a baby step is a step. All the different interest groups now want to hear about the social determinants of health. I have spoken to the Hypertension Society and at meetings on violence, mental health, alcohol, obesity, urban development, the Mediterranean diet, the economic crisis, international development and research. This is therefore on people's agendas and while it may take a while for the health of a single person to improve because of it, these are steps in the right direction.

At the Closing the Gap conference, Prime Minister Gordon Brown announced that I would be undertaking a new review of health inequalities in England, where we will learn from other countries along the way.

Alan Johnson, then Secretary of State for Health, said that the review should be in the light of the WHO Commission on Social Determinants of Health. I am really pleased by this. Firstly, it means that the English review is a statement that the British Government is taking the Commission's report seriously. Secondly, I am hopeful that it will have an impact on social and health policy in Britain. Thirdly, other countries might also do something similar. It would be wonderful if the global Commission and the review in England stimulated other countries to become active. A colleague in Denmark told me that his Minister of Health had asked him to conduct a review of health inequalities, and that is what we need. The actions that France will take will not be identical to those taken in Britain, Denmark or Brazil, although I would suggest that the principles will be similar. However, how that translates into national, regional and local action might be different, hence the importance of translating the Commission's report into a national context.

This issue goes right back to the 19th Century. More recently, there was the Acheson Inquiry in Britain in 1998, Her Majesty's Treasury's cross-cutting review on health inequalities in 2002 and a programme for action. However, that programme was largely focused on improving the lives of the worst off and did nothing at all about gradient.

The terms of reference for the review, whose formal title is Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010, were to identify evidence to underpin future policy and action; show how the evidence could be translated into practice; advise on possible objectives and measures; and publish a report post-2010.

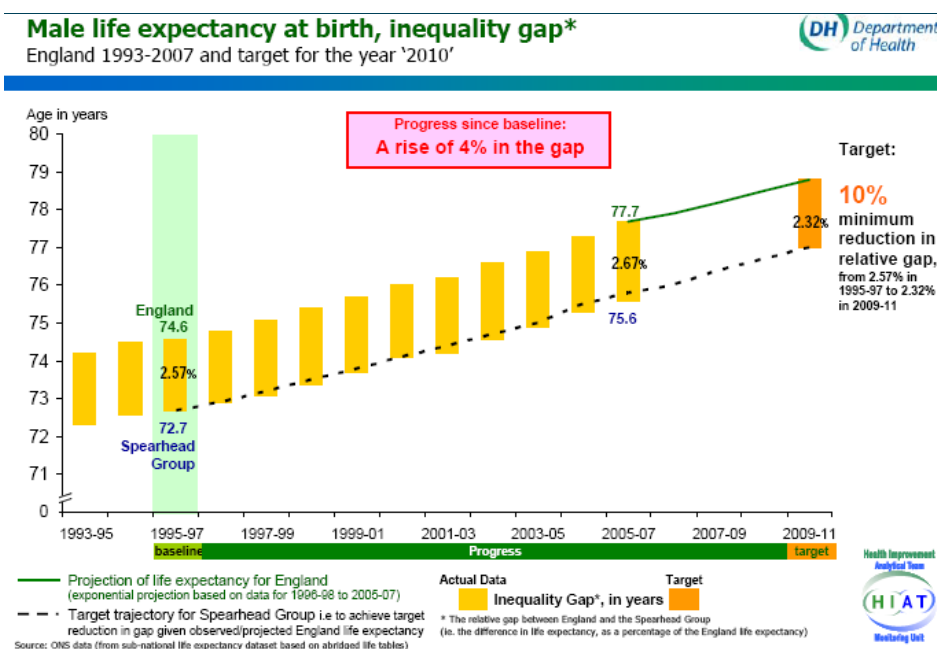
We started in January 2009 and submitted our report to the Department of Health on 23 December. We will publish the report on 11 February and hold a conference in London on the following day.

En Grande Bretagne, nous nous sommes concentrés sur les plus désavantagés—ceux que l'on a appelé le groupe « de pointe »--et sur les 10% des quartiers (Local Authorities) les plus défavorisés. La période de référence pour le programme d'action était 1995-1997 et l'espérance de vie des hommes dans le groupe de pointe était de 72,7 ans. Au cours des dix années suivantes, l'espérance de vie dans ce groupe a augmenté de 2,9 ans. Ce point est important parce que certains ont dit que les inégalités de santé avaient augmenté en Grande Bretagne malgré la présence d'un gouvernement travailliste.

Toutefois, il faut replacer ce constat dans son contexte. Premièrement, la santé des plus défavorisés s'est améliorée de façon substantielle. L'espérance de vie des plus défavorisés est meilleure actuellement que l'espérance de vie moyenne il y a dix ans, et ceci donne une nouvelle illustration des raisons pour lesquelles nous ne devrions pas accepter les choses comme elles sont. Nous pouvons constater avec quelle rapidité l'espérance de vie des plus défavorisés peut s'améliorer. Cependant, l'espérance de vie moyenne a augmenté de 3,1 ans, et l'écart a donc en fait augmenté.

Nous devons donc avoir les deux buts d'améliorer la santé de tous et de réduire l'écart. Il y aura toujours des gens qui voudront réduire les inégalités en réduisant le niveau de santé des plus favorisés. Mais nous ne voulons pas, bien sûr, que la santé de qui que ce soit se détériore. Néanmoins, nous pensons que l'état de santé des plus défavorisés pourrait s'améliorer plus rapidement si nous prêtions attention aux conditions dans lesquelles ils naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

La grande question porte sur le type de société que nous voulons, et je pense que c'est seulement maintenant que nous arrivons finalement à poser cette question. Nous avons tenu pour acquis que c'était une bonne chose d'avoir un secteur financier vivace, mais voici que la crise économique est survenue, causée par la City de Londres. Nous nous demandons maintenant si c'était vraiment une si bonne chose et nous nous demandons quel type de société nous voulons.



DH 2008

We have been focusing in Britain on the worst off – the so-called spearhead group – and the lowest 10% of Local Authorities. The baseline for the programme for action was 1995-1997 and life expectancy for males in the spearhead group was 72.7 years. Over the next 10 years, life expectancy in the spearhead group improved by 2.9 years. That is important because people have been saying that health inequalities in Britain have increased, despite there being a Labour Government.

However, you need to put this in context. Firstly, health for the worst off has improved substantially. Life expectancy for the worst off is now better than the average for 10 years ago, and that is another illustration of why we should not accept things as they are. We can see how quickly life expectancy for the worst off can improve. However, the average went up by 3.1 years, so the gap is in fact bigger.

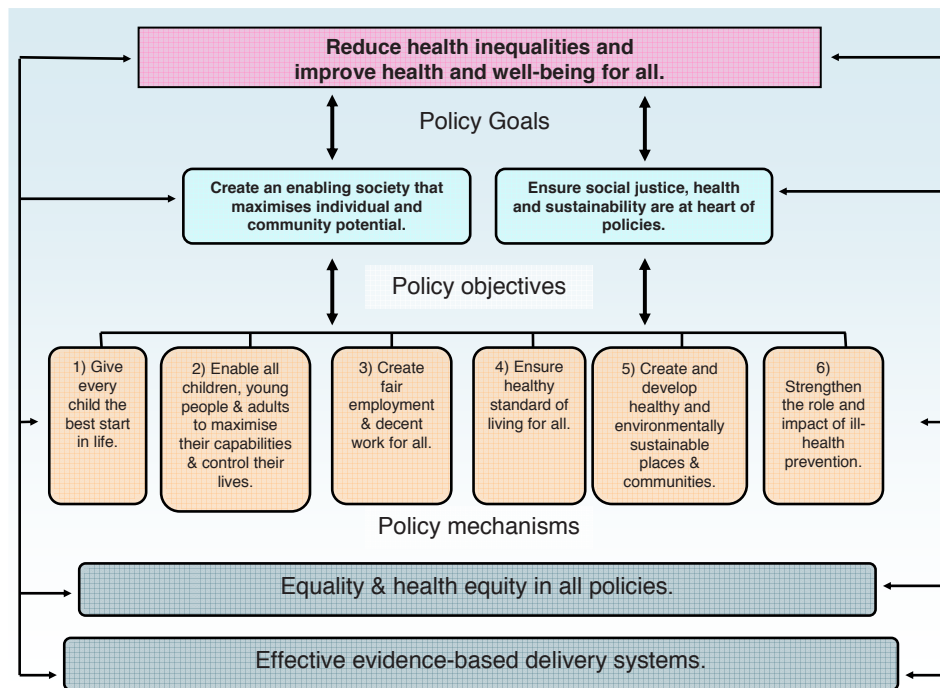
We therefore need to have the two goals of improving health for everyone and closing the gap. There will always be people who want to make inequalities smaller through the best off having worse health. However, we do not, of course, want anyone to become worse off. Nevertheless, we believe that the worst off could improve more rapidly if we paid attention to the conditions in which they are born, grow, live, work and age.

The big question is to consider what sort of society we want, and I think that it is only now that we are finally starting to ask that question. We assumed that having a vibrant financial sector was a good thing, but then came the economic crisis. We are now wondering if that was such a good thing and asking what sort of society we want.

Nos deux buts fondamentaux sont de réduire les inégalités de santé et d'améliorer la santé et le bien-être pour tous. En soutien de ces buts, nous voulons créer une société qui rende possible l'exercice des capacités, qui maximise le potentiel des individus et des communautés, et faire en sorte que la justice sociale, la santé et la durabilité sont au cœur de toutes les politiques. Nos six objectifs de politiques sont les suivants : donner à chaque enfant le meilleur départ dans la vie ; permettre à tous les enfants, jeunes gens et adultes de développer les aptitudes leur permettant de maximiser leurs capacités et de contrôler leurs vies ; créer des conditions d'emploi équitables pour tous ; assurer à tous un niveau de vie en bonne santé ; créer et développer des lieux de vie et des communautés propices à la santé et durables sur le plan environnemental ; et renforcer le rôle et l'impact de la prévention de la mauvaise santé. En soutien de ces objectifs, il y a les deux mécanismes de mise en œuvre des politiques : l'égalité et l'équité en santé dans toutes les politiques ; des systèmes de services efficaces basés sur les meilleures connaissances disponibles.

Le contexte est important.

La part de leur revenu total, y compris les avantages sociaux, dont peuvent disposer les 20% des ménages les plus aisés a augmenté de façon marquée de 37% à 42% au cours des années 1980, en raison de la politique gouvernementale. La politique était que les riches deviennent plus riches et les pauvres plus pauvres. John Kenneth Galbraith a dit de la période Thatcher/Reagan que le dogme central des années 1980 était que les riches ne travaillaient pas parce qu'ils n'avaient pas assez d'argent, et que les pauvres ne travaillaient pas parce qu'ils en avaient trop, et que nous devions en conséquence rendre les riches plus riches et les pauvres plus pauvres, afin que les riches travaillent plus et que les pauvres travaillent également plus. Malheureusement, bien que l'écart ait cessé d'augmenter, la situation a peu changé malgré tous les changements de politiques après 1997.

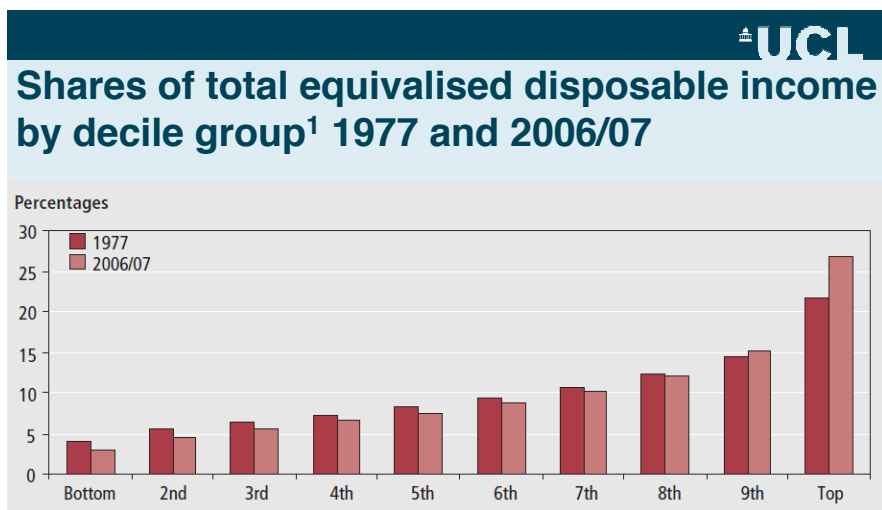


Our two overarching goals are to reduce health inequalities and improve health and wellbeing for all. Underpinning this, we want to create an enabling society that maximises individual and community potential, and ensure that social justice, health and sustainability are at the heart of all policies. Our six policy objectives are to give every child the best start in life; enable all children, young people and adults to maximise their capabilities and to control their lives; create fair employment for all; ensure a healthy standard of living for all; create and develop healthy and environmentally sustainable places and communities; and strengthen the role and impact of ill-health prevention. Underpinning that are the two policy mechanisms of equality and health equity in all policies, and effective evidence-based delivery systems.

The context matters.

The share of total household income, including benefits, enjoyed by the top fifth increased markedly from about 37% to 42% during the 1980s, due to Government policy. The policy was for the rich to get richer and the poor get poorer. John Kenneth Galbraith said of the Thatcher/Reagan period that the central dogma of the 1980s was that the rich were not working because they did not have enough money and that the poor were not working because they had too much and that we should therefore make the rich richer and the poor poorer, so that the rich will work harder and the poor will also work harder. Regrettably, although the gap has stopped increasing, not much has changed, despite all the policy changes post-1997.

Si nous examinons le revenu disponible ajusté après prélèvements fiscaux, nous pouvons constater que le système fiscal n'a rien fait du tout pour redistribuer les revenus. Je pensais naïvement que nous avons un système d'imposition progressif et que les finalités du système étaient de lever des ressources pour le Gouvernement et de redistribuer les revenus. Mais nous avons un système d'imposition proportionnel, et non pas progressif. Une fois les avantages sociaux pris en compte, l'effet du système d'imposition n'a pas du tout été de redistribuer les revenus. En fait, les transferts sociaux ont un effet redistributif, mais pas les impôts. Certaines personnes en Grande Bretagne disent qu'ils émigreront en France si le taux d'imposition maximum atteint 50%, mais ils ne semblent pas connaître le système Français. Entre 1997 et 2006, le revenu réel a diminué pour les 10% des revenus les plus faibles, ce qui signifie que les effets de redistribution que nous avons eu ont été au bénéfice des plus favorisés. Si l'importance des inégalités de revenu et les conditions de vie des plus défavorisés jouent un rôle, la raison pour laquelle les inégalités de santé ne se sont pas réduites ne constitue pas un mystère.



¹Note: Households are ranked by equivalised disposable income.

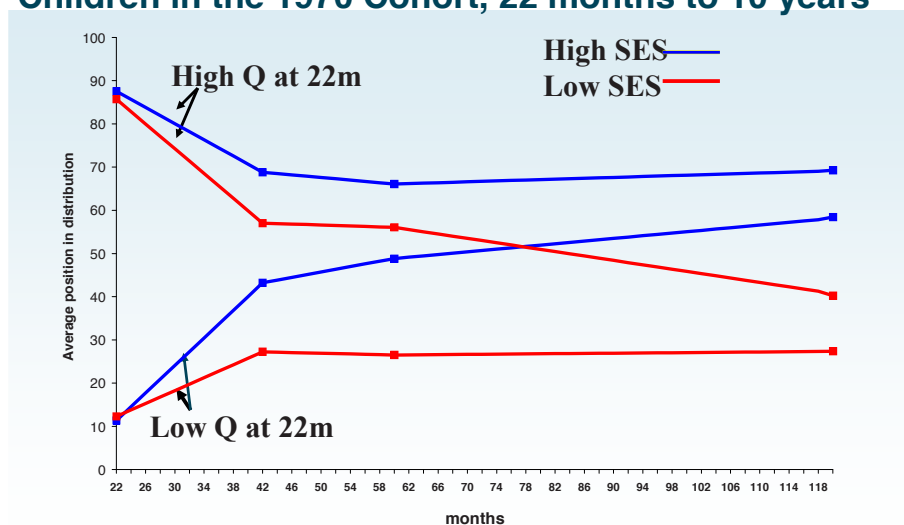
Source: Jones et al 2008, ONS, Employment and Labour Market Review

If we look at equivalised post-tax income, we can see what the taxation system did nothing at all to redistribute income. I had naively thought that we had a progressive taxation system and that the purposes of the system were to raise revenue for the Government and to redistribute income. However, we have a proportional, not progressive taxation system. Once you take benefits into account, the effect of the taxation system has not been to redistribute income at all. In fact, the benefits are redistributive, but not the taxation system. Some people in Britain say that they will move to France if the top rate of tax goes up to 50%, but they do not seem to know what France's system is like. From 1997 to 2006 real income went down for the bottom decile, which means that the redistribution we have had has been to the benefit of the better off. If the magnitude of income inequality and the living standards of the worst off matter, it is not a mystery why health inequalities may not have narrowed.

Nous avons regardé une étude de Leon Feinstein sur la cohorte d'enfants suivis depuis leur naissance en 1970 en Angleterre, en termes de scores et de rangs relatifs de développement cognitif précoce à 22 mois, pour des enfants suivis jusqu'à l'âge de 10 ans. Pour les enfants dont les scores étaient relativement faibles à 22 mois : lorsqu'ils grandissent dans des familles de faible niveau socio-économique, leurs scores restent faibles, avec un phénomène statistique de régression vers la moyenne ; lorsqu'ils grandissent dans des familles dont le niveau socio-économique est élevé, ils rattrapent leur retard. Si les enfants dont les scores à 22 mois étaient parmi les 10% les plus élevés grandissent dans des familles de niveau socio-économique élevé, leurs scores restent élevés, alors qu'ils déclinent dans des familles de niveau socio-économique faible.

Si nous faisons l'hypothèse que toutes les différences observées à l'âge de 22 mois sont déterminées par des facteurs biologiques, l'environnement social dans lequel vous êtes élevé ensuite est plus important pour le développement cognitif que les déterminants biologiques. En fait, les scores à 22 mois ne sont pas uniquement déterminés par des facteurs biologiques, mais sont influencés par ce qui se passe avant la grossesse, les conditions de vie des filles qui vont devenir des femmes et des mères, par le déroulement de la grossesse, et par la prise en charge de l'enfant dans les premiers mois de vie, et par la façon dont il est choyé, nourri et dont on lui parle. Le développement cognitif, le développement linguistique et le développement social et émotionnel dans les premières années de vie sont tous cruciaux pour ce qui se passe ensuite en termes d'éducation, de maladie mentale et pour le type d'emploi que vous aurez.

Inequality in Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort, 22 months to 10 years



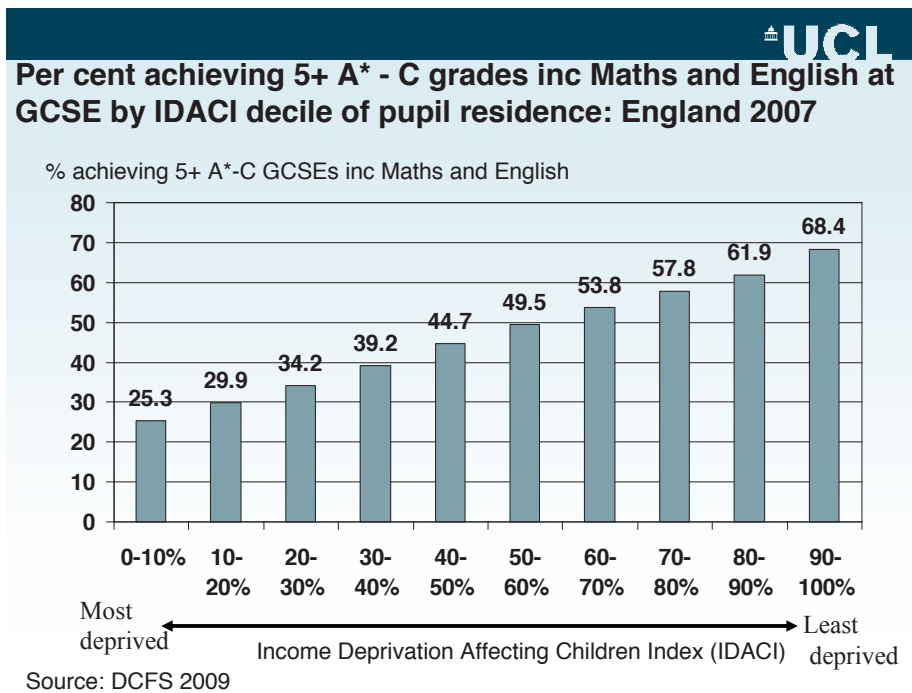
Source: Feinstein, L. (2003) 'Inequality in the Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort', *Economica* (70) 277, 73-97

We looked at a study by Leon Feinstein on the 1970 birth cohort in England, in terms of early cognitive development scores and relative rankings at 22 months, with children followed until the age of 10. For children with relatively low scores at 22 months: if they grow up in families of low socioeconomic status, their scores remain low and there is regression to the mean; if they grow up in families of high socioeconomic status, they catch up. If those in the 90th centile at 22 months are in families of high socioeconomic status, their scores remain high, whereas in families of low socioeconomic status they decline.

If we assume that all the differences at 22 months are biologically Determined, the social environment in which you are raised afterwards is more important for cognitive development than the biological determinants. In fact, the scores at 22 months are not all biologically determined, but are affected by what happens pre-pregnancy, the circumstances of girls who will become women and mothers, during pregnancy, and the treatment of the child in the early months of life and whether they are cuddled, nurtured and talked to. Cognitive development, linguistic development and social and emotional development in the early years of life are all key to what happens subsequently as regards education, mental illness and the sort of job you will have.

En Grande Bretagne, tous les enfants passent les examens du General Certificate of Secondary Education (GCSE) à l'âge de 15 ou 16 ans, et les résultats sont exprimés en fonction du nombre de notes C, B, A ou A que vous obtenez. Pour la population dont le revenu est parmi les 10% les plus faibles, seulement 25% des enfants atteignent un score de 5 C.*

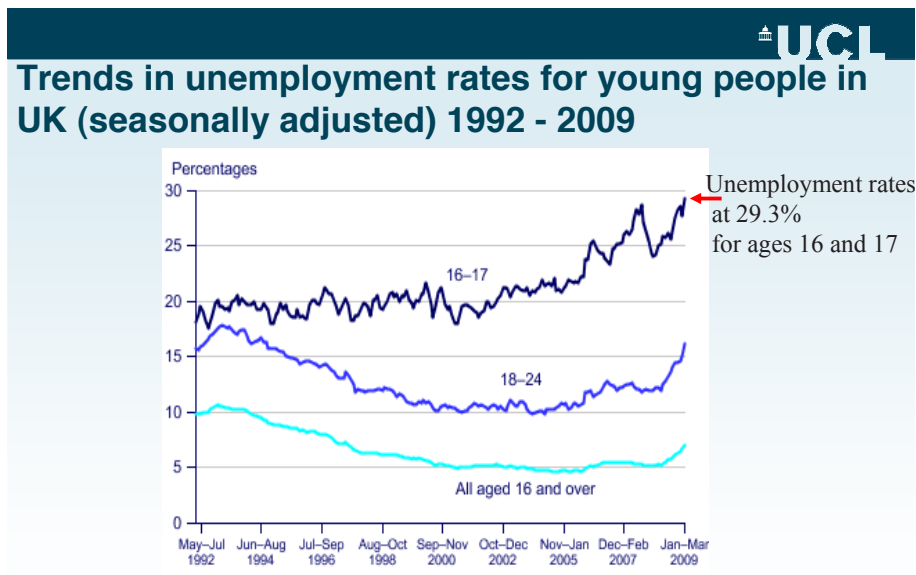
J'ai essayé d'expliquer aux hommes politiques des deux principaux partis en Grande Bretagne que si les efforts se concentrent uniquement sur les plus défavorisés, il reste la question de ce qui arrive aux personnes du 3ème décile de revenus, où seulement 34% des enfants atteignent un score de 5 C. En fait, seulement 68% des enfant du décile dont les revenus sont les plus élevés atteignent un score de 5 C. Nous faisons massivement défaut à nos enfants. Cela commence avec le développement et l'éducation précoces des enfants et avec ce qui arrive avant l'âge scolaire. Si vous voulez vous attaquer aux inégalités du développement et de l'éducation des jeunes enfants, vous devez vous attaquer aux inégalités sociales. Ce n'est pas parce que les écoles font défaut aux enfants, mais parce que la société leur fait défaut.



In Britain, all children take General Certificate of Secondary Education (GCSE) exams at the age of 15 or 16 and the benchmark is how many C, B, A or A star grades you achieve. In the bottom decile of income, only 25% of children achieve five Cs.

I have tried to explain to politicians in both major parties in Britain that if the focus is only on the most deprived, there is the question of what happens with the third decile, where only 34% of children are getting five Cs. In fact, only 68% of children in the top decile get five Cs. We are failing our children massively. This starts with early child development and what happens before school. If you want to deal with inequalities in early child development and education, you have to deal with inequalities in society. This is not because the schools are failing the children, but because society is failing them.

Avec la crise économique, le taux d'inactivité des jeunes âgés de 16 et 17 ans—le groupe que l'on désigne sous le terme « ni employés ni scolarisés ni en formation » (NEET)—était de 29% au début de l'année 2009. Il s'agit de ceux qui avaient des scores cognitifs faibles dans la petite enfance, et qui n'ont pas obtenu un score de 5 C. L'économie les rejette ensuite, et ils deviennent chômeurs. Nous avons travaillé à Liverpool, où ils parlent de la génération perdue des jeunes pendant la récession dans les années 1980—des gens qui n'ont jamais pu trouver un emploi qui ait un sens. Les deux seuls gros employeurs à Liverpool en dehors du secteur public sont le Liverpool Football Club et la compagnie qui gère les docks. En conséquence, avec tout ce qui est dit concernant la réduction du secteur public, il n'existe pas d'autre possibilité d'emploi à Liverpool et nous allons avoir une autre génération perdue. Je me demande si ces propos font écho pour vous si vous pensez aux banlieues et aux problèmes à l'extérieur de Paris et à qui est touché par les problèmes de l'économie.



Office for National Statistics

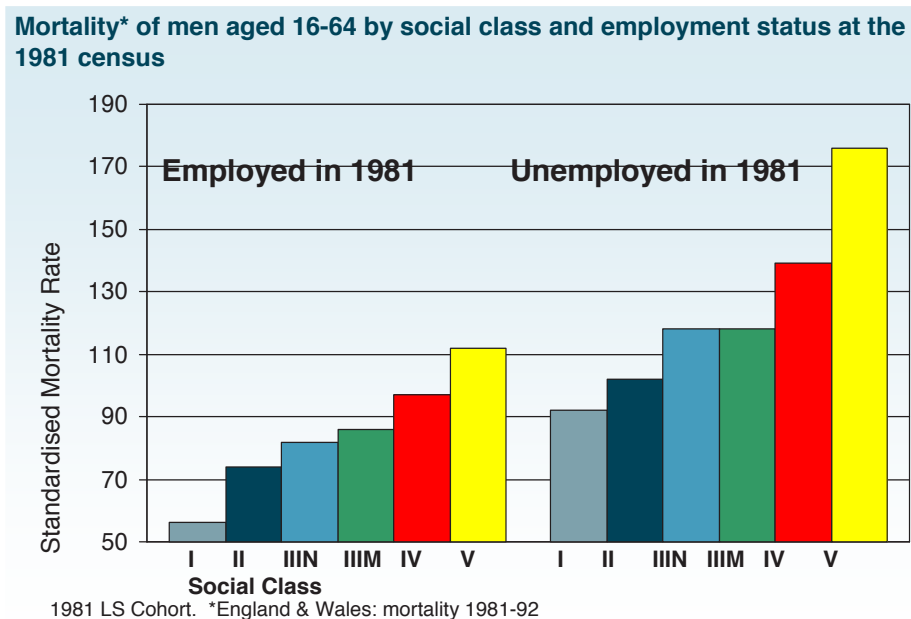
With the economic crisis, the unemployment level for young people aged 16 and 17 – the so-called “not in employment education or training” (NEETs) – was 29% at the beginning of 2009. These are the people with low cognitive scores in early childhood, who did not achieve five Cs. The economy then turns down and they become unemployed. We have been doing work in Liverpool, where they talk about the lost generation of the young people in the recession in the 1980s - people who never found meaningful work. The only two big employers in Liverpool outside the public sector are the Liverpool Football Club and the company that runs the docks. Therefore, with all the talk about cutting the public sector, there is no other employment in Liverpool and we are going to have another lost generation. I wonder if any of this resonates with you as you think about the banlieues and the issues outside Paris and who is affected by the economic downturn.

Après avoir mis l'accent sur les plus défavorisés, comme je l'ai dit, il s'agit d'un gradient, et nous pouvons observer les effets du chômage sur la santé pendant la récession des années 1980 : pour chaque classe sociale, les personnes sans emploi ont une mortalité plus élevée que celles qui ont un emploi.

Pour ce qui concerne le système fiscal et d'avantages sociaux, le Professeur Jerry Morris, qui est décédé il y a quelques mois à l'âge de 99 ans, a publié un article sur le revenu minimum pour une vie en bonne santé des personnes âgées. Il a regardé l'alimentation, les chaussures, les relations psychosociales, les déplacements d'un endroit à un autre, les services médicaux, l'hygiène et le logement.

En termes de relations psychosociales, il a regardé le coût des téléphones, de la papeterie, des timbres, des cadeaux, du cinéma et des sports. Une partie de ce qui constitue une vie en bonne santé lorsque vous êtes une personne âgée est de donner des cadeaux à vos petits-enfants. Nous ne parlons plus d'avoir un abri ou assez à manger ; nous pensons que la possibilité de tenir votre rôle en public sans honte est un élément important. En tant que société, en conséquence, nous devrions essayer de faire en sorte que les personnes âgées aient assez d'argent pour donner des cadeaux à leurs petits-enfants, rencontrer des amis, lire un journal et prendre des vacances. Le Professeur Morris a calculé que les personnes qui n'ont pas d'autre ressource que la retraite versée par l'État ne reçoivent qu'environ les deux tiers de ce dont ils ont besoin pour vivre en bonne santé. En tant que société, nous avons décidé de ne pas donner aux gens assez d'argent.

Une des recommandations de l'analyse que je suis en train de réaliser sera donc que les personnes aient assez d'argent pour vivre. Toutefois, nous ne sommes pas favorable à ce que les gens vivent de transferts sociaux plutôt que de travailler, et il y aura de nombreuses mesures incitatives pour amener les personnes à travailler. Une part de nos recommandations sera donc que nous devrions arrêter les incitations négatives à travailler qui existent dans le système de transferts sociaux. Néanmoins, ceux qui dépendent des transferts sociaux devraient avoir assez pour vivre, comme le devraient ceux qui travaillent.



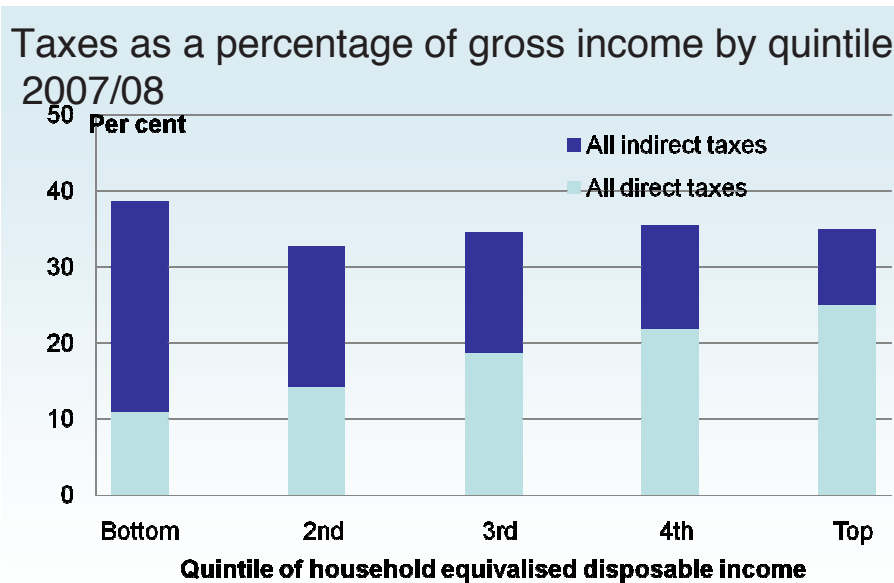
Having emphasised the worst off, as I have been saying, it is a gradient, and we can see the effect of unemployment on health in the recession in the 1980s, where, for each social class, the unemployed have higher mortality than the employed. The social gradient is therefore reproduced amongst the unemployed.

As regards the tax and benefits system, Professor Jerry Morris, who died a few months ago, aged 99, published a paper on the minimum income for healthy living for older people. He looked at diet, footwear, psychosocial relations, getting from place to place, medical care, hygiene and housing.

In terms of psychosocial relations, he looked at the cost of telephones, stationery, stamps, gifts, cinema and sports. Part of leading a healthy life when you are an older person is giving gifts to your grandchildren. We are no longer talking about having shelter or enough to eat; we think that taking your place in public without shame is important. As a society, therefore, we should try to ensure that older people have enough money to give gifts to their grandchildren, meet friends, read a newspaper and have a holiday at home. Professor Morris calculated that people who are dependent on the state pension only receive about two-thirds of what they need to have a healthy life. As a society, we have decided not to give people enough money.

One of my review's recommendations will therefore be that people should have enough money to live on. However, we are not in favour of people living on benefits rather than working and there will be many incentives to get people into work. Part of the recommendations will therefore be that we should stop the disincentives to work which the benefit system has. Nevertheless, those dependent on benefits should have enough to live on, as should people who work.

Le système d'imposition sur le revenu est progressif, alors que les taxes sur la consommation sont régressives de façon marquée. Ces taxes portent notamment sur le tabac, et un élu local du parti Conservateur m'a dit un jour que c'était de la faute des gens eux-mêmes parce qu'ils n'avaient pas à fumer. Toutefois, il est curieux qu'il y ait un gradient social pour le tabagisme : si vous voulez blâmer les fumeurs, comment expliquer ce gradient ? Même si certains responsables politiques peuvent ne pas vouloir supprimer les taxes sur l'alcool et le tabac, le système de taxes et de transferts sociaux devrait être utilisé pour améliorer les conditions de vie des plus défavorisés. Les 20% dont le revenu est le plus faible paient 38% de leur revenu en taxes, une part plus importante que celle des 20% dont le revenu est le plus élevé. Je ne pense pas que ceci est équitable. Nous pourrions changer cela assez facilement et cela ferait certainement une différence en termes d'inégalités de santé.



Source: ONS

Strategic Review of Health Inequalities
in England post-2010

The income tax system is progressive, while consumption tax is steeply regressive. This includes smoking, and a Conservative Local Councillor said to me once that it was people's own fault because they did not have to smoke. However, it is curious that there is the social gradient in smoking: if you are going to blame people for smoking, how do you explain that gradient? While some politicians may not want to remove the tax on alcohol and tobacco, the tax and benefits system should be used to improve the living standards of the worst off. The bottom quintile pay 38% of their income in tax, whereas it is less for the top quintile. I do not think that that is fair. We could change this quite easily and it would certainly make a difference to health inequalities.

Le nombre de logements classés comme habitat indigne a diminué au cours des années écoulées, mais la probabilité d'être classé comme habitat indigne pour les logements dans le secteur du logement social et dans le secteur locatif privé, en particulier, est plus élevée que pour les logements occupés par leur propriétaire. La qualité du logement reste donc un problème.

Si nous regardons le cadre de vie—mauvaises conditions de logement, qualité de l'air et accidents de la circulation routière—nous constatons que les 10% les plus riches ont le meilleur cadre de vie, les 10% les plus pauvres le pire, et qu'il y a une progression entre ces deux extrêmes. Nous pourrions aussi faire quelque chose à ce sujet.



Proportion of homes measured as non-decent by tenure: England



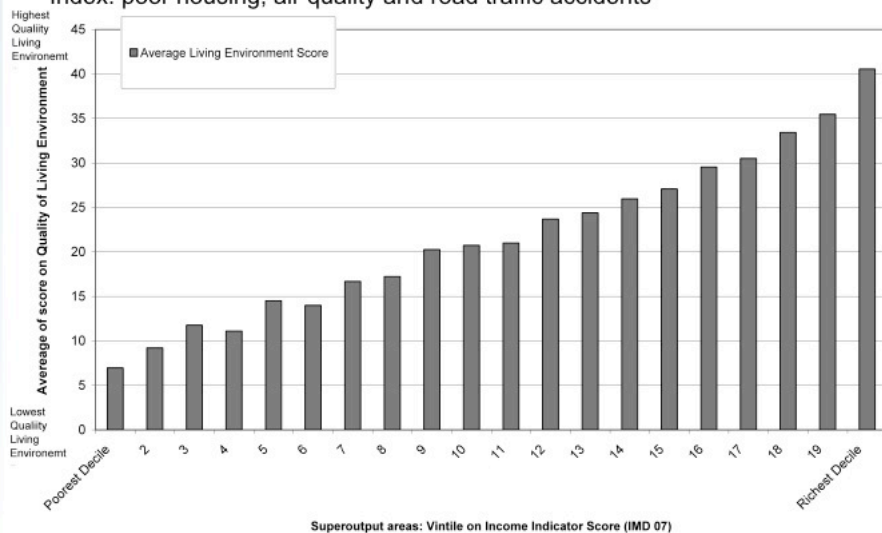
Source: www.poverty.org.uk from English House Condition Survey

The number of what are classified as non-decent homes has been going down over past years, but homes in the socially rented sector and the private rental sector, in particular, are more likely to be classified as non-decent than owner-occupied homes. Housing quality is therefore still an issue.



Living environment by neighbourhood income: England

Index: poor housing, air quality and road traffic accidents



Looking at the living environment - poor housing, air quality and road traffic accidents - we see that the richest decile have the best environment, the poorest decile the worst, and that it is graded. We could also do something about that.

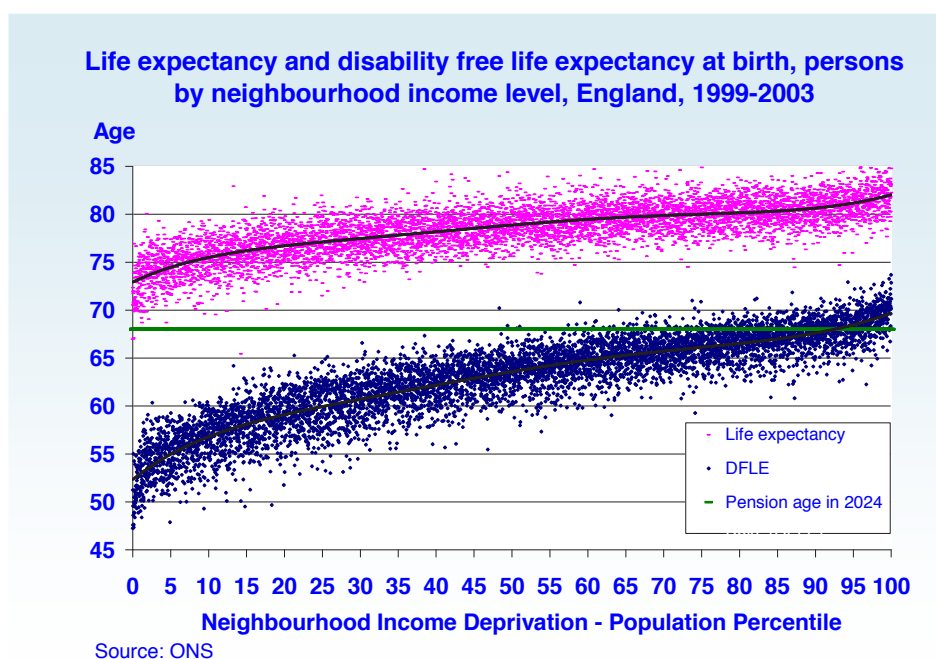
Si nous regardons la relation entre l'indice de défavorisation des quartiers et l'espérance de vie, l'écart d'espérance de vie entre le 5ème et le 95ème centile est de 7 ans, et là encore il y a un gradient.

Pour l'espérance de vie sans incapacité, l'écart est de 17 ans au lieu de 7 ans. La politique nationale est de retarder l'âge auquel vous pouvez prendre votre retraite à 68 ans d'ici 2024 : si cela était mis en œuvre aujourd'hui, il y aurait un problème majeur. L'espérance de vie sans incapacité n'atteint pas 68 ans pour environ 90% de la population, et l'effet de retarder l'âge de la retraite pourrait être simplement de remplacer le versement de la retraite par celui des allocations d'incapacité, ce qui n'épargnerait pas beaucoup d'argent.

Les analyses économiques sont extrêmement complexes, mais nous avons néanmoins besoin d'une cohérence du Gouvernement. Il faut s'attaquer au gradient social de l'espérance de vie sans incapacité, car sinon nous serons incapable de mettre en œuvre la politique de prolongation de la durée d'activité professionnelle.

Il est également important de travailler au niveau local, et nous avons pris des contacts avec Liverpool et Manchester et avons formé un partenariat avec la région du Nord-Ouest. De façon similaire à ce que nous avons réalisé avec la Commission globale de l'OMS en termes de pays partenaires, ils voulaient mettre en œuvre nos conclusions en cours d'élaboration. Pour notre part, nous voulions apprendre à partir de ce qu'ils faisaient.

Il s'est révélé très intéressant de parler avec des groupes locaux à Liverpool : le point clé pour eux était que leurs valeurs devaient se traduire dans leurs buts. Alors qu'ils avaient commencé par penser que le problème se situait au niveau de la mauvaise qualité des services et des programmes, ils ont ensuite pris conscience de ce que c'était la nature de la société, et des questions comme l'ampleur des inégalités de revenu, qui posaient problème. Ils estimaient que ce qu'ils mesuraient devrait refléter ce qu'ils essayaient de réaliser, et que la façon dont cela était réalisé était importante, en particulier en termes d'appropriation au niveau local.



If we look at neighbourhood income deprivation in terms of life expectancy, the gap between the fifth centile and the 95th is seven years, and again this is a gradient.

For disability-free life expectancy, that gap is 17 years rather than seven. National policy is to advance the age at which you can take your pension to 68 by 2024 and if that were to be implemented today, there would be a big problem. About 90% of the population does not have disability-free life expectancy for as long as 68 years and the effect of advancing the pension age might simply be to move people from the pension to disability benefits, which will not save a lot of money.

Economic considerations are hugely complicated, but you nevertheless need joined-up Government. You have to deal with the social gradient in disability-free life expectancy because you will otherwise be unable to implement the policy for people to work longer.

It is also important to work at the local level and we have been engaging with Liverpool and Manchester and have formed a partnership with the North-West region. Similar to what we had with the global Commission in terms of country partners, they wanted to implement our emerging findings. For our part, we wanted to learn from what they were doing.

It was very interesting to talk to local groups in Liverpool and key for them was that their values should shape their goals. They began by thinking that the problem was about poor-quality services and programmes, whereas they then realised that the issue was the nature of society and issues such as the magnitude of income inequality. They believed that what they measured should reflect what they wanted to achieve, and how that was done was important, particularly in terms of taking local ownership.

A Londres, la différence d'espérance de vie entre Hampstead, dans le nord du quartier de Camden, et le quartier où se trouve l'University College London (UCL) dans le sud de Londres est de 11 ans. En vélo, vous pouvez aller de Hampstead à UCL en 30 minutes. En fait, en roulant à vélo pendant 60 minutes, vous pouvez aller d'une zone où l'espérance de vie des hommes est de 71 ans à une autre où elle est de 88 ans. Cela ne concerne donc pas que Liverpool.

Le Nord Ouest de l'Angleterre est sous le contrôle des Travailleurs, alors que Londres est sous le contrôle des Conservateurs. C'est un point important pour moi, parce que je veux mobiliser les deux partis : le sujet est trop important pour des politiques partisanes. Sous la direction de Boris Johnson, le Maire de Londres, la Municipalité de Londres a produit une merveilleuse stratégie pour la santé et l'égalité. Ils ont pris des parties du rapport de la Commission et la version préliminaire de l'analyse des inégalités et ont également parlé du gradient.

Ils ont les cinq objectifs stratégiques suivants : renforcer les capacités des individus et des communautés pour améliorer leur santé et leur bien-être ; améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux, en particulier pour ceux dont l'état de santé est le plus mauvais ; pour ce qui concerne le troisième objectif—réduire les inégalités de revenu et minimiser les conséquences néfastes pour la santé de la pauvreté relative--, lorsque j'ai rencontré la conseillère santé du Maire, elle m'a demandé nerveusement ce que je pensais de leur stratégie. Je lui ai dit que je la trouvais merveilleuse, en particulier le troisième objectif. Elle m'a dit que l'objectif ne concernait pas tant les banquiers que sa préoccupation que les pauvres aient assez d'argent pour vivre. Le quatrième objectif est d'augmenter les possibilités que les gens aient accès aux bénéfices potentiels du travail et autres activités constructives, et le cinquième est de développer et de promouvoir Londres comme un lieu de vie favorable à la santé de tous, des logements aux quartiers et à la ville dans son ensemble.

Ce que la Commission sur la mesure de la performance économique et du progrès social présidée par Joseph Stiglitz à la demande du Président Sarkozy a dit n'est pas nouveau, dans un sens, mais c'est néanmoins très important. Ils ont souligné le besoin de mesurer le progrès social d'une autre façon qu'au travers du seul produit national brut. Pour moi, l'équité en santé est une bonne mesure du développement social.

Nous publierons notre rapport le 11 février et il sera accessible en ligne (www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview). Si quelque chose de semblable était fait en France, cela ferait une différence considérable, et cela me rendrait certainement heureux.

In London, the difference in life expectancy between Hampstead in the north of the London Borough of Camden and the area where University College London (UCL) is located in the south is 11 years. You can cycle from Hampstead to UCL in 30 minutes. In fact, in a cycle ride of 60 minutes, you can go from an area where life expectancy for men is 71 to another area where it is 88. This is therefore not just about Liverpool.

The North-West of England is under Labour control, while London is under Conservative control. That is important to me because I want to engage both parties, as this is too important for party politics. Through Boris Johnson, the Mayor of London, London has produced a wonderful health and equality strategy. They have taken parts from the Commission's report and the draft inequality review and have also talked about the gradient.

They have the five strategic objectives of: empowering individuals and their communities to improve health and well being; improve access to health and social care service, particularly those with poorer health outcomes; and as regards the third objective – reducing income inequalities and minimising the negative health consequences of relative poverty - when I met the Mayor's health adviser, she nervously asked me what I thought about their strategy. I told her that it was wonderful, especially the third objective. She told me that rather than being about the bankers, she was concerned that the poor should have enough money to live on. The fourth objective is to increase opportunity for people to access the potential benefits of work and other forms of meaningful activities, and the fifth is to develop and promote London as a healthy place for all, from homes to neighbourhoods and the city as a whole.

What the Commission on the measurement of economic performance and social progress headed by Joseph Stiglitz at the request of President Sarkozy has said is not new, in a sense, but it is nonetheless very important. They stressed the need to measure social progress in ways other than through gross domestic product. For me, health equity is a good measure of social development.

We will publish our report on 11th February and it will be available online (www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview). If something similar were to be done in France, it would make an enormous difference and it would certainly make me happy.