

Conclusions

Nous avons entendu aujourd'hui un certain nombre de points apparemment contradictoires. J'ai commencé par dire que nous avons besoin de regarder le gradient, c'est à dire de regarder l'ensemble des catégories sociales, et ce point a été soutenu par Thierry Lang. D'autres ont dit que nous devrions nous concentrer sur les défavorisés et ne pas réduire à néant ce qu'ils avaient fait tout au long de leur vie. Ils voulaient que l'accent soit mis sur le diabète, les maladies cardiaques et l'alcool. Une analyse précédente des inégalités de santé en Grande Bretagne a conclu que si nous pouvions améliorer la santé des plus démunis, nous éviterions 17 000 décès par an—il y a très peu d'actions qui permettraient d'éviter 17 000 décès par an. Notre rapport va dire que les personnes dont le niveau d'éducation est inférieur au niveau universitaire pourraient potentiellement avoir le même taux de mortalité que les personnes qui bénéficient d'un niveau d'éducation universitaire. Ce postulat semble raisonnable, et cela préviendrait 200 000 décès prématurés chaque année. Voulons-nous vraiment nous focaliser sur les pauvres et ignorer tous les autres ? Est-ce que nous ne voulons pas parvenir à ce que tout le monde ait le niveau de santé et de bien-être de ceux qui ont obtenu un diplôme universitaire ? Cependant, cela ne veut pas dire que nous devrions négliger les exclus. Dans le rapport, nous parlons d'un universalisme progressif et d'avoir des politiques universelles qui s'appliquent à tous. La Grande Bretagne a le National Health Service, qui représente pour certains d'entre nous une expression de la solidarité sociale. En fait, avoir des services de santé qui sont, en principe, accessibles à tous est la meilleure expression que nous ayons eu d'un capital social.

Néanmoins, nous avons besoin de travailler plus intensément sur ceux qui sont socialement exclus. Nous avons appris qu'il y avait 3 millions de personnes dont les conditions d'habitat sont inadéquates et nous devons travailler pour inclure tout le monde dans des politiques universelles. Pour la plupart des pays, il est jugé souhaitable d'avoir un système d'éducation universel. En Grande Bretagne, une petite proportion des gens est dans le secteur privé, et ce que nous voulons vraiment est que les standards soient élevés pour tous dans le secteur public. Nous avons également besoin de travailler plus intensément sur le niveau préscolaire et sur le développement précoce des enfants pour inclure les gens dans le système.

Des oppositions entre les services médicaux et les déterminants plus larges de la santé ont également été évoquées. Comme nous l'avons dit, une réunion sur les inégalités sociales de santé qui rassemble principalement des personnes qui appartiennent au système médical représente un paradoxe. Comme l'a dit le Professeur Houssin, la plupart des actions doivent être menées en dehors du secteur médical. Toutefois, cela ne veut pas dire que ce que nous faisons dans le secteur médical est sans importance, et je voudrais suggérer que nous avons trois rôles.

Dernières remarques

Michael Marmot,

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

We heard a number of apparently opposing points today. I started by saying that we needed to look at the gradient, which means looking across the board, and this was supported by Thierry Lang. Others have said that we should focus on the deprived and not negate everything that they had done throughout their lives. They wanted the focus to be on diabetes, heart disease and alcohol. A previous review of health inequalities in Britain said that if you could improve the health of the worst off, you would have 17,000 fewer deaths each year - there are very few things that would save 17,000 lives a year. Our report will say that people who have lower than university degree-level education could potentially have the same mortality rate as people with degree-level education. That does not seem to be a gross assumption and it would prevent 200,000 premature deaths each year. Do we really want to focus on the poor and ignore everyone else? Do we not want everybody to have the health and wellbeing of those with a university degree? However, that does not mean that we should ignore the socially excluded. In the report, we talk about progressive universalism and having universal policies that apply to everybody. Britain has a National Health Service, which for some of us is an expression of social solidarity. In fact, having a health service that, in principle, applies to everyone is the best expression that we have had of social capital.

However, we need to work harder on the socially excluded. We heard that there were 3 million people whose housing is inadequate and we need to work to bring everyone into universal policies. For most countries, a universal education system is the right thing to have. In Britain, a small proportion of people are in the private sector and what we really want is for standards in the public sector to be high for everybody. We also need to work harder in the area of pre-school and early child development to bring people into the system.

There was also the opposition between medical care and the wider determinants of health. As was said, having a meeting on social inequalities in health with mainly just medical people present is a paradox. As Professor Houssin said, most of the action needs to be outside the medical sector. However, that does not mean that what we do in the medical sector is unimportant, and I would suggest that we have three roles.

Premièrement, nous devons mettre notre propre maison en ordre, garantir un accès universel, et mettre plus l'accent sur la prévention et la promotion de la santé. En second lieu, nous, dans le secteur de la santé, sommes ceux qui nous préoccupons le plus de la santé, mais de façon paradoxale nous n'avons pas la main sur les leviers qui affectent la santé et l'équité en santé. Nous devons donc défendre la nécessité de mener des actions dans les autres secteurs, que ce soit au niveau des ministres au sein du gouvernement, au niveau des administrations centrales ou au premier niveau des services de santé. En troisième lieu, il y a l'importance de la connaissance et de la compréhension. Connaître l'importance du problème est un outil extrêmement puissant—les connaissances ont réellement un impact. Suivre l'évolution de la situation et mener les recherches nécessaires est donc vraiment important.

J'étais à Bangkok avant Noël pour l'Assemblée Nationale de la Santé Thai, qui rassemble 140 organisations. Ils ont utilisé une phrase merveilleuse, qui évoquait « le triangle qui déplace la montagne ». L'un des coins du triangle représente la politique et le gouvernement, et le Premier Ministre était présent pour faire l'ouverture du colloque. Une des questions posées aujourd'hui portait sur la place respective du niveau central et du niveau local. Nous avons besoin du centre, et de la politique et du gouvernement. C'est une partie du triangle. La deuxième partie représente les gens—l'action sociale et ce qui se passe au niveau local en ce qui concerne ce que les gens souhaitent, le travail avec les communautés, et le renforcement des capacités autonomes. Lors de cette Assemblée, un philosophe provenant d'un village est intervenu sur le sujet de l'action sociale. La troisième partie du triangle représente la connaissance—le secteur universitaire, la recherche, et la surveillance/le suivi de la situation. Si nous réunissons ces trois composantes, nous pouvons déplacer les montagnes.

Bien sûr, nous n'en savons pas assez et nous avons besoin de continuer à mener des travaux de recherche. Néanmoins, ce que nous avons essayé de faire dans le rapport de la Commission consistait à rassembler les connaissances dont nous disposons et dont nous pensons qu'elles donnent des bases claires pour agir. Dans l'analyse des inégalités de santé au Royaume Uni, nous avons demandé aux meilleurs universitaires que nous avons pu trouver de rassembler des connaissances dont nous pensons qu'elles donnent une base suffisante pour agir. Dans les six domaines que j'ai présentés ce matin, nous pensons que nous pouvons dire que si des actions étaient mises en œuvre, cela produirait une différence réelle, que ce soit dans le domaine du développement des jeunes enfants, de l'éducation, des conditions de travail, des conditions de vie pour les plus désavantagés ou le développement des communautés et de l'habitat.

Enfin, les conclusions de la Commission et de l'analyse des inégalités en Angleterre sont que si nous voulons réduire les inégalités de santé, nous devons construire une société plus équitable, bâtie sur les principes de justice. Les trois principes de justice qui pourraient être pris en compte sont les suivants. Premièrement, il y a la maximisation du bien-être pour tous. Toutefois, je ne suis pas très satisfait de ce premier point, parce que les principes utilitaristes ne prennent pas toujours en compte la distribution de l'utilité dans la société. Ensuite, il y a la garantie des libertés individuelles pour tous, et j'ai parlé de la création des conditions qui permettent aux gens de prendre le contrôle de leur propre vie. Le troisième principe remonte à Aristote et fait référence au type de société que nous voulons. De mon point de vue, si nous pouvions créer les conditions permettant à chacun de mener une vie épanouie, je peux garantir, en m'appuyant sur les connaissances disponibles, que les inégalités de santé diminueraient.

Firstly, we need to put our own house in order and guarantee universal access, and have more emphasis on prevention and health promotion. Secondly, we, in the health sector, are the people who care most about health, but paradoxically we do not have our hands on the levers that affect health and health equity. We therefore need to be advocates for action across other sectors, whether it be at Ministerial level in the Cabinet, at senior civil servant level or at primary care level. Thirdly, there is the importance of knowledge and understanding. Knowing the magnitude of the problem is extremely radical – evidence really matters. Monitoring and doing the research is therefore very important.

I was in Bangkok before Christmas for the Thai National Health Assembly, which brings together 140 organisations. They had a wonderful phrase there, which went ‘the triangle that moves the mountain’. One corner of the triangle is politics and Government, and the Prime Minister was there to open the session. We had the question today of how much should be central and how much local. We need the centre and politics and Government. That is one part of the triangle. The second part is people – social action and what happens locally as regards what people want, working with communities, and empowerment. At the Assembly, they had a philosopher from a village talking about social action. The third part of the triangle is knowledge – the academic sector, research and monitoring. If we get those three parts together, we can move mountains.

We do not, of course, know enough and we have to continue to do research. However, what we have attempted to do in the Commission’s report has been to bring together the knowledge we have that we feel provides a clear basis for action. In the inequalities review in the UK, we asked the best academics we could find to bring together the knowledge that we think is a sufficient basis for action. In the six areas that I laid out this morning, we think that we can say that if action were to be taken, it would make a real difference, be it in early child development, education, working conditions, living standards for the worse off or the development of communities and housing.

Finally, the view of the Commission and of the review of inequalities in England is that if we want to reduce health inequalities, we have to create a fairer society, built on principles of justice. The three principles of justice that could be considered are as follows. Firstly, there is maximised well-being for everyone. However, I do not feel very happy with that because there are utilitarian principles that do not look at distribution. Secondly, there is the guarantee of freedoms for everyone, and I talked about creating the conditions for people to take control of their own lives. The third principle goes back to Aristotle and relates to the sort of society that we want. In my view, if we could create the conditions for everyone to lead flourishing lives, I guarantee, based on evidence, that health inequalities would diminish.



Conclusion

Fadela Amara, Secrétaire d'Etat chargée de la politique de la ville, auprès du ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique



Madame la Ministre, Monsieur le Professeur,
Madame, Monsieur, les Directeurs et Directrices
Madame, Monsieur,

Je suis très heureuse d'être parmi vous.

Ma présence à vos côtés, au sein du ministère de la santé, prouve l'importance que j'accorde à la santé et à l'enjeu qui nous rassemble, aujourd'hui. Cet enjeu est de taille, car la réduction des inégalités de santé nécessite une mobilisation de grande ampleur.

La route est longue et pourtant la fracture sanitaire dans les ZUS, elle, est là.

On retrouve des différences dans pratiquement tous les domaines de la morbidité, qu'il s'agisse des maladies cardio-vasculaires ou du cancer, en passant par les accidents, les problèmes dentaires et la santé mentale.

Tout cela n'est plus acceptable aujourd'hui dans notre pays.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique n'avait que trop faiblement abordé la question de la santé publique de proximité. C'est un écueil que la loi HPST a évité en proposant des dispositifs de santé de proximité dans le corps même de son texte : maisons de santé pluridisciplinaires, pôle de santé, contrat local de santé, autant de mesures susceptibles de réduire les inégalités de santé.

Le temps législatif étant aujourd'hui fini, le temps de l'action et de la mise en place des dispositifs de santé de proximité doit commencer.

Le Secrétariat d'Etat à la ville ne peut plus aujourd'hui, porter seul cet enjeu fondamental pour la cohésion nationale. Il est temps que l'interministérialité et le retour du droit commun deviennent une réalité pour l'avenir de la santé de nos concitoyens.

C'est dans cette perspective qu'un partenariat solide entre le Ministère de la Santé et le Secrétariat d'Etat à la Ville doit être pérennisé.

Nous allons travailler avec Roselyne BACHELOT et son cabinet à accélérer la réduction des inégalités de santé pour l'année 2010 et à déployer les dispositifs de proximité que sont les maisons de santé pluridisciplinaires et les ateliers santé ville.

Notre champ d'action doit se situer à la fois au niveau du soin et au niveau de la prévention.

Concernant le soin

Dans les quartiers prioritaires, les maisons de santé pluridisciplinaires permettront de réduire la fracture sanitaire des ZUS en offrant des soins de proximité de premier recours. Leur déploiement permettra de traiter plus vite et plus globalement les pathologies du quotidien, en évitant le recours systématique aux urgences des hôpitaux.

Nous allons travailler avec le Ministère de la Santé à lever les deux points bloquants de cette mesure essentielle pour la santé de proximité à savoir : le financement de l'investissement et le recrutement des professionnels de santé.

Concernant la prévention

Le maillage du territoire par les ASV peut constituer un vrai support pour le contact avec les populations en situation précaire et les habitants des ZUS. Le positionnement des ASV sera complémentaire aux maisons de santé.

Les ASV, par leur proximité du citoyen en situation précaire, par leur capacité à répondre concrètement aux exigences socio-culturelles et par leur maillage national, peuvent contribuer à assurer un vrai relais pour atteindre les objectifs fixés par le Président de la République en matière d'égalité des chances en général et de santé en particulier.

Nous allons travailler avec le Ministère de la Santé à rendre plus efficace le dispositif des ASV en matière de prévention et de dépistage. Pour cela il serait sans doute souhaitable d'assurer un pilotage ou une coordination nationale des ASV.

Enfin il est nécessaire que la santé de proximité soit intégrée dans la mise en place des Agences Régionales de Santé pour que les approches hospitalières et ambulatoires convergent et deviennent une réalité au service de tous nos concitoyens.

Sachez que je ferai tout pour que la politique régionale de santé ne soit pas déconnectée de la politique de santé menée au niveau local. Je souhaite que les futures agences régionales de santé soient signataires des contrats urbains de cohésion sociale, et que la réduction des inégalités de santé soit un objectif inscrit à leur feuille de route.

Je ferai également tout pour pérenniser la collaboration entre l'Etat et les collectivités territoriales dans le domaine de la santé.

Parce que la santé pour tous est un pilier incontournable de la cohésion sociale, nous ne pouvons plus nous satisfaire d'objectifs car c'est de résultats dont ont besoin les quartiers prioritaires aujourd'hui.

Vous l'aurez compris, la santé est l'une de mes priorités, et je compte sur vous pour qu'ensemble nous réduisions les inégalités sociales et territoriales de santé.

Je vous remercie.



Conclusion

Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports



Madame la ministre, chère Fadela,

Monsieur le directeur général de la santé, cher Didier Houssin,

Monsieur le directeur de l'institut de recherches en santé publique, cher Alfred Spira,

Monsieur le président du haut conseil de la santé publique, cher Roger Salamon,

Mesdames et messieurs, chers amis,

Je voudrais tout d'abord remercier la DGS qui a organisé, à ma demande, pour ouvrir l'année, ce colloque, ainsi que l'institut de recherche en santé publique pour son précieux concours.

Je remercie l'ensemble des experts mobilisés pour cette journée de travail, mais aussi les membres de la table ronde, haut commissaire, élus nationaux et territoriaux, responsables associatifs et institutionnels, invités à exprimer leurs attentes.

Merci à tous, très chaleureusement, d'avoir ainsi accepté de participer à ces travaux.

Le temps n'est plus simplement au constat mais à l'action.

Nos politiques de santé doivent désormais se définir comme des politiques de justice.

Les objectifs de la prochaine loi de santé publique, en ce sens, ne devraient pas simplement intégrer, parmi d'autres impératifs, la nécessité de réduire les inégalités de santé. Ces objectifs reformulés devront être déterminés par une ambition structurante : modifier les déterminants de l'accès aux soins, à la prévention, au dépistage.

Cependant, énoncer un principe ne suffit pas. Pour agir efficacement, il faut disposer de moyens appropriés. Quels sont-ils ?

Comme vous l'avez souligné, il nous est d'abord nécessaire de disposer d'indicateurs de santé qui tiennent compte des inégalités sociales et territoriales. L'heure n'est plus, en effet, à la formulation d'objectifs généraux visant indifféremment l'ensemble de la population. Les politiques de santé à spectre large, s'adressant à tous, parce qu'elles atteignent toujours en priorité les personnes les mieux informées et les mieux formées, ont démontré leurs limites. Pour être plus justes dans leurs effets, les actions engagées doivent être mieux ciblées. L'excès de généralité est toujours un défaut de justice. L'imprécision de nos indicateurs constitue en ce sens une carence préjudiciable, occultant l'inégal partage du progrès accompli en matière de bien-être et d'espérance de vie.

Ainsi, je partage le souci exprimé par le haut conseil de santé publique de combler les carences de l'information statistique dans notre pays. Comment mettre en œuvre les moyens appropriés pour réduire les inégalités sans disposer, par exemple, de l'indispensable préalable de données organisées par professions et catégories socioprofessionnelles ? Comment lutter contre les inégalités territoriales de santé sans l'appui d'indicateurs permettant leur identification et la compréhension de leurs déterminants ?

Le développement de la recherche en santé publique, adossé à une évaluation rigoureuse, doit être ici le support d'une action concrète qui, pour être efficace, requiert d'être mené au plus près des personnes, de leurs besoins et de leurs attentes.

Ainsi, les politiques de santé ne sauraient se réduire à des politiques d'offre, comme l'expérience nous l'a appris. Leur efficacité suppose même une compréhension fine des déterminants, collectifs aussi bien qu'individuels, de la demande de soins et de prévention. L'égalité d'accès aux soins n'assure pas à elle-seule l'égalité de santé.

Pour réaliser l'objectif de justice poursuivi, il est sans doute nécessaire de mener une politique explicite de réductions des inégalités sociales de santé. Cette volonté doit s'afficher clairement.

La lutte contre l'inégalité constitue d'ores et déjà un impératif cardinal du plan cancer ou encore, par exemple, du plan santé environnement récemment mis en œuvre par le gouvernement : elle a tout naturellement vocation à devenir le principe général d'une prochaine loi de santé publique.

Bien entendu, il conviendra en ce sens d'infléchir les modalités d'intervention de la puissance publique, en s'inspirant notamment de l'expérience acquise par les associations de patients.

Pour mieux comprendre les déterminants de la demande sociale, et pouvoir ainsi engager, en contact direct avec les populations, des actions locales adaptées, l'appui des sciences humaines, faut-il encore le souligner, paraît également essentiel. La transversalité des enjeux impliqués implique ici une approche transdisciplinaire. L'intersectorialité des politiques de santé suppose le préalable d'une vision globale permettant de fédérer toutes les énergies.

Dans cette perspective, le ministère de la santé n'a pas vocation à imposer aux autres ministères des priorités qui seraient les siennes, mais plutôt à faire valoir les répercussions sanitaires des politiques engagées par ailleurs. Les causes qui font qu'un si grand nombre d'inégalités de santé subsistent dans notre pays sont bien loin d'être toutes sanitaires. Les leviers qui permettront d'agir sur ces causes pour en réduire l'effet ne sont pas seulement sanitaires. Les politiques

d'emploi, d'éducation, de transport ou encore d'urbanisme, ont des effets considérables sur les déterminants sociaux de santé, comme l'a d'ailleurs montré la commission de l'OMS présidé par Sir Michael Marmot.

Ainsi, le ministère de la santé doit-il être en la matière l'aiguillon d'une prise de conscience partagée et le promoteur d'un effort global. Vous pouvez compter sur mon implication dans cette voie.

L'évaluation de l'impact sur la santé de toutes les politiques est aujourd'hui une nécessité. Parce qu'elle est l'affaire de tous, la santé ne saurait rester le domaine réservé d'experts spécialisés, ni même la préoccupation exclusive d'un secteur dédié. Les objectifs de santé publique, pour être effectivement atteints, doivent être intégrés à toutes les politiques. Il apparaît, à cet égard, nécessaire d'évaluer désormais autrement l'indice de développement des nations. Les seuls critères de croissance et d'enrichissement global ne suffisent plus. En intégrant la mesure du bien-être et de l'espérance de vie aux indices du développement humain, c'est une conception plus exacte et plus juste du progrès qui s'imposerait à tous. Ce changement de paradigme serait alors susceptible de stimuler l'action publique et d'infléchir durablement le sens de nos politiques de santé.

Faire de la réduction des inégalités de santé une priorité partagée, c'est faire prévaloir une approche moins cloisonnée, plus dynamique mais aussi plus interactive des questions de santé.

Les experts, par leurs compétences agrégées, et les associations de patients, par leur engagement historique, ont établi les conditions d'une évolution qu'il convient désormais d'accélérer.

J'attends, à cet égard, avec impatience, le rapport final du haut conseil de santé publique qui sera remis en mars. La prochaine loi devrait ainsi tirer sa substance de l'analyse précise de recommandations dont un premier pré-rapport donne d'ores et déjà l'avant-goût.

Ainsi, il apparaît nécessaire d'élargir les problématiques des inégalités sociales de santé au gradient qui traverse la société dans son ensemble, sans pour autant détourner notre attention des problèmes de santé spécifiques que rencontrent les plus fragiles. Reprenant les propositions pertinentes des experts, et pour mieux répondre aux attentes des patients, nous saurons aussi, bien entendu, nous inspirer des actions initiées dans d'autres pays européens.

Il apparaît ainsi globalement, quelles que soient les spécificités nationales de chacun, que la réduction des inégalités de santé suppose sans doute de lever les obstacles financiers à l'accès aux soins, mais que cette condition nécessaire n'est pourtant pas suffisante.

En effet, l'inégalité d'information n'est pas le moindre déterminant des inégalités de santé. C'est pourquoi il conviendra d'accorder une attention scrupuleuse non seulement aux modalités du « faire-savoir » mais aussi à la formation des individus qu'il faut préparer dès l'enfance à prendre en main leur santé, de manière à éviter la reproduction sociale des inégalités d'une génération à l'autre. La demande de soins, de prévention et de dépistage, comme le désir de savoir, ne se présuppose pas. Elle se construit pas à pas et se forge dans un rapport à soi, de son propre corps, qui relève de l'acquis. L'égalité de droit dans l'accès aux soins ne suffit pas à établir, en effet, une égalité de santé effective. C'est pourquoi il paraît urgent aujourd'hui d'agir en se donnant les moyens de promouvoir aussi une plus grande égalité des chances.

Cette nouvelle approche des questions de santé emprunte beaucoup aux théories de la justice qui inspirent d'ores et déjà un certain nombre de réformes, notamment en matière d'éducation.

L'analogie ici établie n'est pas un pur exercice de style. La santé, comme l'éducation, ne sont pas tout à fait des politiques comme les autres. Elles supposent un investissement au long cours et s'inscrivent par destination dans une logique de prévention contre les inégalités.

L'enjeu est de taille. Il s'agit, en effet, d'éviter un risque réel d'emballlement des inégalités.

L'objectif initial de l'Etat providence était de protéger nos concitoyens contre les risques de l'existence. Il convient désormais de réduire les inégalités là où elles se créent, là où elles se creusent. Il s'agit non plus seulement de corriger après-coup les inégalités produites, mais de les empêcher de se forger en amont.

Ce programme ambitieux dont votre réflexion a permis d'esquisser les grandes lignes, requiert sans doute une « réinvention de l'intervention publique », nous invitant d'un côté à concentrer nos moyens d'action là où les inégalités se forment, et, de l'autre, à s'appuyer toujours davantage sur l'engagement associatif au plus près des personnes dont le capital santé est le plus faible.

C'est bien, en effet, en faveur de l'égalité des chances devant la santé qu'il convient désormais d'agir, tout en sachant emprunter des méthodes innovantes, délestées de toute forme de paternalisme sanitaire, pour relever ce nouveau défi. Votre expertise, tout comme l'implication active des associations de patients, devraient utilement éclairer les pouvoirs publics pour avancer dans cette voie.

Soyez assurés que je saurai, pour ma part, me laisser inspirer par vos recommandations.

Je vous remercie.

Annexes

Références (liens internet)

Comité Scientifique



Références (liens internet)

Présentation du colloque sur le site de l'IReSP :

<http://www.iresp.net/index.php?goto=valorisation&rub=cs>

[Dernière consultation le 05/04/10]

Commission de l'organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008.

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

[Dernière consultation le 05/04/10]

Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010 (Marmot Review) :

En ligne : <http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview>

[Dernière consultation le 05/04/10]

European Portal for Action on Health Equity [documents des projets européens DETERMINE]

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

[Dernière consultation le 05/04/10]

Basset B. (ed.). *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : INPES, Coll. Dossiers Varia. 2009 : 203 p

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>

[Dernière consultation le 05/04/10]

Diaporama «Pourquoi inscrire la question des inégalités sociales de santé (ISS) à l'agenda régional ?»

En ligne : http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/2009/pdf/iss_ars.ppt

[Dernière consultation le 05/04/10]

Haut Conseil de la santé publique : *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Décembre 2009

En ligne : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf

[Dernière consultation le 05/04/10]

Inpes : Journées de la prévention 2008. Session 2, Stratégies d'action pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

En ligne : <http://jp08.inpes.sante.fr/thm-session02-1.php>

[Dernière consultation le 05/04/10]

Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé - Québec 17-18 Novembre 2008.

Education Santé N°245 (Mai 2009)

En ligne : <http://www.educationsante.be/es/sommaire.php?dem=245>

[Dernière consultation le 05/04/10]



Comité Scientifique

Pierre Arwidson - Chef du service, Etudes et Evaluations de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Martine Bungener - Directrice du Centre de recherche médecine, sciences, santé et société unité mixte Inserm/CNRS/EHESS et co-directrice de l'Institut Santé Publique

Chantal Cases - Directrice de l'Institut National d'études démographiques, membre du Haut Conseil de la santé publique

Pierre Chauvin - Directeur de recherche, Université Pierre et Marie Curie, UMRS Inserm 707 « Epidémiologie, système d'information et modélisation », membre du Haut Conseil de la santé publique

Alain Fontaine - Mission Stratégie et Recherche, Direction générale de la santé

Marcel Goldberg - Professeur de Santé Publique, Université de Versailles-Saint Quentin, UMR Inserm 687 « Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé », membre du Haut Conseil de la santé publique

Isabelle Grémy - Directrice de l'Observatoire Régional Ile de France, membre du Haut Conseil de la santé publique

Thierry Lang - Professeur de Santé Publique, Université Toulouse III, UMR Inserm 558, Directeur de l'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société, membre du groupe WHO/OMS Scientific Resource Group on Equity Analysis and Research et Président du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du Haut Conseil de la santé publique

Annette Leclerc - Directrice de recherche à l'UMR Inserm 687 à Villejuif, « Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé », membre du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du Haut Conseil de la santé publique

Nicole Maestracci - Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale

Marc Morel - Directeur du Collectif inter associatif sur la santé

Christian Saout - Président de la Conférence Nationale de Santé

Alfred Spira - Professeur de Santé Publique et d'épidémiologie, Université Paris Sud, Directeur de l'Institut de Recherche en Santé Publique

COORDINATION

Hélène Lacroix - Chargée de mission à l'Institut de Recherche en Santé Publique

SOINS **SANTÉ** RISQUES
ÉGALITÉ FACE À LA MALADIE **PRÉCARITÉ**
HANDICAP PRÉVENTION
MALADIE DÉPISTAGE **FRAGILITÉ** VIEILLESSE
ACCIDENT **JEUNES SOLIDARITÉ**
SANTÉ PRÉVENTION **RISQUES** ENVIRONNEMENT
MALADIE CHRONIQUE EXCLUSION **FRAGILITÉ**
VIE SOCIÉTÉ MALADIE
GENRE MÉDECIN TERRITOIRES
PRISE EN CHARGE PROXIMITÉ
HANDICAP ACCOMPAGNEMENT MODE DE VIE
TRAITEMENT PRÉVENTION
SYSTÈME DE SANTÉ
INTERSECTORIALITÉ