



# **Améliorer l'équité en matière de santé par le biais d'actions tout au long de la vie**

**Résumé de preuves et de recommandations issues du projet DRIVERS**



DRIVERS est coordonné par EuroHealthNet et est financé par le septième programme-cadre de l'Union européenne (FP7/2007-2013) conformément à la convention de subvention n° 278350.

**Éditeurs :**

Peter Goldblatt, Johannes Siegrist, Olle Lundberg, Claudia Marinetti, Linden Farrer, Caroline Costongs

**Contributeurs :**

Monica Åberg Yngwe, Kersti Bergqvist, Rebecca Ford, Stephanie Hagan, Hanno Hoven, Sian Jones, Yoline Kuipers, Mafalda Leal, Michael Marmot, Diego Montano, Joana Morrison, Clive Needle, Hynek Pikhart, Demetris Pillas, Milagros Ruiz, Ola Sjöberg, Anne Willmot

**Publié dans le cadre du projet DRIVERS par :**

UCL Institute of Health Equity [*Institut pour l'équité en matière de santé*]  
1-19 Torrington Place  
Londres  
WC1E 7HB  
UK  
Tél. : +44-20-7679 8351  
Courrier : [p.goldblatt@ucl.ac.uk](mailto:p.goldblatt@ucl.ac.uk)

**Et :**

EuroHealthNet  
Rue de La Loi, 67  
Bruxelles 1040  
Belgique  
Tél. : +32 2 235 0330  
Courrier : [c.marinetti@eurohealthnet.eu](mailto:c.marinetti@eurohealthnet.eu)

**Référence suggérée :**

Goldblatt P, Siegrist J, Lundberg O, Marinetti C, Farrer L & Costongs C (2015). Améliorer l'équité en matière de santé par le biais d'actions tout au long de la vie : Résumé de preuves et de recommandations issues du projet DRIVERS. Rapport produit dans le cadre du projet « DRIVERS for Health Equity » [*MOTEURS pour l'équité en matière de santé*], <http://health-gradient.eu/>.  
Bruxelles : EuroHealthNet.

janvier 2015

Ce document a été traduit de l'anglais. Pour des raisons techniques, seules les versions originales ont été approuvées par le consortium DRIVERS.

Pour consulter le texte de licence complet, veuillez vous rendre sur :  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.



Les recherches menant à ces résultats ont été réalisées dans le cadre du projet DRIVERS (<http://www.health-gradient.eu>) coordonné par EuroHealthNet, et ont été financées par la communauté européenne (FP7 2007-2013) conformément à la convention de subvention n° 278350.

## Contexte

La croissance économique, la démocratisation et les meilleures conditions de vie ont contribué à améliorer la santé et la longévité en Europe, mais des différences profondes et systématiques en matière de santé persistent. Ces différences forment un gradient allant du haut vers le bas de la société, et ce schéma est valable pour tous les pays européens (1, 2). Ces inégalités en matière de santé existent depuis des siècles et l'on en sait à présent énormément sur leurs causes – dont bon nombre peuvent potentiellement être évitées. Cependant, il existe des lacunes dans l'ensemble des preuves sur les moyens efficaces pour les réduire et dans l'application, dans un contexte européen, de ce qui est connu ailleurs.

L'objectif principal du projet DRIVERS est d'approfondir la compréhension des relations existantes dans un contexte européen entre certaines des influences majeures sur la santé tout au long de la vie d'une personne - petite enfance, emploi et protection sociale et du revenu - et de trouver des solutions pour améliorer la santé et réduire les inégalités en matière de santé.

Le présent document offre tout d'abord un aperçu de DRIVERS et de ses découvertes majeures. Il décrit ensuite les principes et les recommandations notables afin d'aider à réduire les inégalités en matière de santé à travers l'Europe. Le lecteur trouvera des recommandations plus détaillées issues du projet dans l'annexe A et des observations faites à partir des études de cas dans l'annexe B. L'objectif de DRIVERS est de laisser une empreinte durable, en apportant des preuves aidant à la mise en œuvre de politiques et de programmes parmi différents secteurs qui soient efficaces pour réduire les inégalités en matière de santé, améliorer la justice sociale et contribuer au progrès économique et sociétal pour tous.

### *Rapports sommaires précédents*

Plusieurs rapports importants ont été publiés ces dernières années et ont rassemblé des preuves et proposé des mesures afin d'améliorer l'équité en matière de santé. *World Health Organization Commission on Social Determinants of Health [la commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé]* (3) au niveau mondial, *Fair society, healthy lives: the Marmot Review [Société juste, vies saines : l'analyse de Marmot]* (4) en Angleterre et *Review of social determinants and the health divide in the WHO European region [L'analyse des facteurs sociaux et le fossé en matière de santé dans la*

*région européenne de l’OMS*] (1) ont tous souligné le rôle des facteurs sociaux de la santé sur les niveaux de santé et les inégalités en matière de santé. Ils ont recommandé des actions afin de les améliorer en se basant sur les preuves disponibles. Un tel défi peut uniquement être relevé au moyen de réponses politiques cohérentes de la part de l’ensemble des gouvernements et de la société. En effet, bon nombre des actions requises dépassent le cadre du secteur de la santé. Cependant, de nombreuses lacunes subsistaient concernant les liens entre les facteurs - étant donné que leurs effets se mélangent et s’accumulent tout au long de la vie - et les effets sur la santé.

La publication de 2009 de la Commission européenne *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU [Solidarité en matière de santé : réduire les inégalités en matière de santé au sein de l’UE]* (5) a représenté un pas important pour relever ce défi au niveau de l’UE et aux niveaux national et infranational. Depuis, la crise financière a eu un effet négatif sur les facteurs sociaux en matière de santé dans de nombreux pays européens. Un rapport récent, *Health inequalities in the EU [Les inégalités en matière de santé au sein de l’UE]* (2), a montré que la crise financière de 2007-2009 et les mesures fiscales qui ont suivi avaient réduit les efforts pour lutter contre les inégalités en matière de santé. Le rapport a montré que seule une minorité de pays semblait lutter contre les inégalités en matière de santé au niveau national par le biais de plans d’action intergouvernementaux explicites, alors que la majorité des Etats avait des politiques isolées qui agissaient sur les facteurs sociaux en matière de santé mais de manière non-coordonnée, voire qui ne semblaient pas du tout lutter contre ces problèmes. Des initiatives paneuropéennes, comme « Equity Action », ont exploré les actions politiques possibles, ce qui a permis le développement d’une série d’outils et d’informations sur la façon dont les politiques aux niveaux national et régional peuvent prendre l’équité en compte. Cependant, les découvertes des rapports et autres projets n’ont pas été largement mises en œuvre dans l’élaboration des politiques.

## **Projet DRIVERS**

DRIVERS (2012-2015) est un projet de recherche financé par le septième programme-cadre de l’Union européenne visant à identifier et à combler les lacunes relatives aux facteurs dirigeant les trois déterminants sociaux d’inégalités en matière de santé susmentionnés ainsi que l’impact qu’ils ont sur les inégalités évitables en matière de santé. Le projet avait également pour objectif d’analyser les méthodes utilisées pour évaluer ces effets, afin de

pouvoir les améliorer ou pour développer de nouvelles méthodes, afin de mieux déterminer les effets différentiels des politiques et des programmes sur l'équité en matière de santé.

DRIVERS a :

- Rassemblé les connaissances existantes et les théories testées sur la manière dont les différentes influences tout au long de la vie affectent les inégalités en matière de santé en utilisant des analyses systématiques, des méta-analyses et des analyses de données comparatives parmi les États membres de l'UE.
- Évalué les méthodologies de recherche existantes et a développé des méthodologies plus efficaces afin de déterminer les effets différentiels des actions menées pour lutter contre les inégalités en matière de santé à l'aide d'ensembles de données longitudinales.
- Mis en œuvre diverses méthodologies dans des études de cas à travers l'Europe, afin de compléter et d'éclairer davantage les découvertes issues des recherches.
- Activement cherché l'implication d'une série d'acteurs, afin de bénéficier des perspectives des citoyens, des professionnels et de la société civile.
- Publié de nombreux articles académiques et rapports publics (6), organisé divers ateliers et événements finaux et a activement diffusé les résultats parmi une grande variété d'acteurs.
- Développé une série de principes globaux et de recommandations pratiques plus détaillées pour la politique et la pratique, allant d'interventions au niveau individuel à des politiques au niveau européen, afin de réduire les inégalités et d'améliorer l'équité en matière de santé.

## **Découvertes majeures**

### *Développement de la petite enfance (7)*

La petite enfance est un moteur décisif d'inégalités en matière de santé. En effet, les difficultés à ce stade précoce de la vie ont tendance à avoir un effet négatif sur tous les aspects du développement de l'enfant – les capacités cognitives, de communication et de langage ainsi que les capacités sociales et émotionnelles. Un développement inadéquat de ces

capacités a un impact important sur le restant de la vie. Cependant les preuves de ce constat proviennent essentiellement d'un petit nombre de pays européens et de pays hors de l'Europe. Comparativement, on en sait peu sur les différences d'ampleur des inégalités sociales sur le développement et la santé de l'enfant à travers l'Europe, sur la façon dont les mécanismes expliquant ces inégalités opèrent dans différents contextes ou sur l'impact des programmes et politiques visant à mettre fin aux inégalités sociales au cours de la petite enfance dans différents contextes.

Pour combler ce manque de preuves, une analyse systématique des inégalités sociales sur le développement et la santé de la petite enfance a été menée (8). Cette analyse a montré que l'absence de quartier propre, des richesses/revenus parentaux faibles, un niveau d'instruction et une classe sociale professionnelle inférieurs, un stress lié au travail des parents plus élevé, le chômage des parents, l'absence de logement et de biens personnels constituaient des facteurs essentiels associés à une grande variété d'effets négatifs sur la santé et sur le développement de l'enfant. La direction de ces associations était similaire parmi la plupart des pays européens, avec seulement quelques différences mineures au niveau des pays. De plus, les effets devenaient de plus en plus clairs avec l'âge.

Deuxièmement, une analyse systématique a été effectuée afin d'identifier les interventions qui amélioreraient la santé au cours de la petite enfance (9). Elle a examiné des interventions au sein des États membres de l'UE entre 1999 et 2013 et a constaté que la plupart des interventions détaillées dans la littérature scientifique avaient été menées au Royaume-Uni et en République d'Irlande. La majorité cherchait à améliorer les capacités parentales en soutenant les deux parents et certaines présentaient des éléments supplémentaires, comme une offre de garderie, l'amélioration des conditions de logement ou des thérapies psychologiques pour les enfants. Les programmes offrant un soutien intensif, des informations et des visites à domicile à l'aide d'une approche psycho-éducatrice et qui cherchaient à développer les capacités des parents et des enfants ont montré des effets plus favorables. Seules deux des études identifiées ont été menées parmi des groupes sociaux. Toutes les autres visaient des enfants et familles vivant dans des régions défavorisées.

Des analyses longitudinales ont donc été menées afin d'étudier ces découvertes plus en détail au moyen des données de cohortes de naissance de 12 pays à travers l'Europe (10). Les résultats obtenus de la plupart des cohortes suggéraient que les enfants nés de mères ayant un

faible niveau d'éducation voyaient leur santé affectée, bien que l'ampleur des effets était soumis à des variations. Les résultats des plus grandes cohortes suggéraient également que plusieurs facteurs sociaux influencent l'apparition de problèmes de santé. Par exemple, les revenus du ménage et l'absence de quartier propre se sont avérés être des facteurs importants d'asthme chez l'enfant, même après l'ajustement d'autres facteurs de risques individuels précédemment établis. De même, il s'est avéré que la détresse psychologique et la position socio-économique maternelles défavorables au cours des premières années de vie influençaient négativement le bien-être et la santé mentale des enfants.

Pour résumer, ces découvertes suggèrent l'importance de fournir un accès à une gamme complète de services de qualité pour les premières années de vie afin de réduire les inégalités au cours des premières années du développement des enfants, plus particulièrement pour ceux issus de milieux défavorisés. Pour être rendus de manière efficace, les services devraient être universels mais adaptés aux besoins économiques et sociaux. Ils devraient également reconnaître les connaissances et capacités des parents concernant le développement de leurs enfants.

#### *Conditions de travail & d'emploi (11)*

Les conditions de travail et d'emploi sont d'une importance capitale pour la plupart des personnes. Elles affectent la santé à la fois directement (par exemple par le biais de bonnes ou mauvaises conditions) et indirectement (par exemple par le biais du niveau des revenus). Les deux effets suivent un gradient social. Les personnes moins qualifiées ou ayant une position socio-économique moins élevée sont davantage susceptibles d'être exposées à des conditions de travail néfastes, qu'elles soient de nature physiques ou psychosociales, que celles qui sont davantage qualifiées ou issues d'un milieu socio-économique plus élevé.

Plusieurs analyses systématiques ont été menées afin d'établir une base de connaissances globale et mise à jour. Deux analyses ont prouvé que les employés moins qualifiés sont davantage exposés aux dangers chimiques et biologiques et présentent plus fréquemment des troubles musculo-squelettiques. Une autre analyse de 26 études prospectives de cohortes a été menée afin d'évaluer l'impact de conditions psychosociales stressantes dans l'environnement de travail sur les inégalités sociales en matière de santé. Les résultats ont suggéré que les emplois caractérisés par une forte demande et peu de contrôle et ceux caractérisés par un déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses reçues expliquaient dans une certaine

mesure la relation entre une position professionnelle peu élevée et un risque plus élevé de problèmes de santé (12).

Des analyses de données secondaires d'ensembles de données récentes récoltées dans toute l'Europe ont ensuite été menées afin d'étayer davantage les associations entre le travail et les inégalités en matière de santé. Une découverte majeure fut celle de la relation quasi linéaire entre le pourcentage du PIB dépensé par un pays pour des politiques actives en faveur du marché du travail visant à intégrer les groupes de population défavorisés, et le niveau moyen de travail stressant dans la main-d'œuvre employée du pays. Cela montre que des politiques en faveur du marché du travail plus développées sont associées à des niveaux moins élevés de travail stressant. Ces politiques sont moins développées dans les pays du Sud et de l'Est, et la quantité de maladies liées au travail y est plus élevée que dans les pays de l'Ouest et du Nord (13).

Quelle est l'efficacité des interventions visant à réduire le gradient social de la santé en luttant contre les difficultés au travail ? Les réponses à cette question ont été fournies par deux analyses systématiques et méta-analyses, l'une basée sur 39 études d'interventions au niveau des organisations et l'autre, sur 36 essais contrôlés randomisés. Elles ont démontré que les effets d'interventions à des niveaux individuel et organisationnel sont généralement faibles et constants, et que les groupes d'emplois présentant le plus grand risque de facteurs de stress psychosocial et physique sont sous-représentés dans les recherches standards en matière d'interventions sur le lieu de travail (14).

En résumé, DRIVERS souligne la nécessité d'améliorer la qualité du travail et de l'emploi à l'aide de mesures structurelles à différents niveaux politiques. De telles mesures offrent des points d'entrée prometteurs pour une réduction des inégalités en matière de santé parmi les populations d'Europe employées.

#### *Protection sociale & du revenu (15)*

Les conditions de vie matérielles et les revenus sont importants pour la santé et varient considérablement d'un groupe social à l'autre. Des politiques de protection sociale et des arrangements de l'État-providence plus larges peuvent réduire les conséquences d'une perte de revenus et peuvent donc également s'avérer importants pour réduire les inégalités en matière de santé. Cependant, une grande partie des recherches examinant les associations



entre les systèmes de protection sociale et les inégalités en matière de santé se base sur des analyses réunissant les pays en prétendus types de régimes de protection sociale, c'est-à-dire qu'elles se basent sur un résumé de la façon dont la protection sociale est organisée. En rassemblant les données issues des recherches, DRIVERS a montré que cette approche fournissait des résultats divergents et peu clairs. De plus, la pertinence politique de telles analyses peut être mise en doute, car ce qui mène à une meilleure santé ou à des niveaux moins élevés d'inégalités dans un groupe de pays n'est pas très clair. À la place, il est plus utile d'étudier des aspects spécifiques des politiques sociales (16).

Cette approche a été suivie par une série d'analyses empiriques faisant appel à des ensembles de données de toute l'Europe, comme l'enquête sociale européenne et EU-SILC [*les statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie*], afin d'explorer les liens entre les inégalités en matière de santé et les aspects spécifiques de la protection sociale et d'approfondir les connaissances en ce sens. Un important travail a dénoué deux aspects centraux des programmes de prestations de chômage, notamment la part de main-d'œuvre couverte (*couverture*) et le niveau des prestations par rapport aux revenus (*remplacement*). Il a été montré que des taux de remplacement élevés sont liés à une meilleure santé, et que cette relation est plus forte parmi ceux ayant un niveau d'éducation plus faible. Cependant, cette relation n'est vraie que lorsque les taux de couverture sont élevés, et pas dans les pays où ils sont faibles ou moyens. Cela suggère que les taux de remplacement ne sont importants pour la santé et les inégalités en matière de santé que si les programmes de protection sociale en question couvrent presque toute la population – par exemple, dans le cas des prestations de chômage, 90 pour cent ou plus. Il est intéressant de voir que ces effets positifs ne se limitent pas aux personnes sans emploi vu que leur existence semble également améliorer la qualité de vie des personnes qui ne doivent pas y avoir recours (17).

Dans une autre étude, des politiques en faveur du marché du travail distinctes et des niveaux plus élevés de prestations de chômage ont montré un effet positif sur la santé auto-évaluée de jeunes adultes. Cependant, ils n'ont pas permis de réduire de manière significative le gradient social de la santé.

Étant donné la forte influence de la pauvreté sur une mauvaise santé, des prestations de revenu minimum constituent une autre composante importante des politiques nationales en matière de bien-être. Une analyse basée sur l'OCDE et d'autres données a montré que des

pays offrant des niveaux plus élevés de prestations de revenu minimum présentent des taux de mortalité inférieurs (18). Une analyse distincte, faisant appel à des données longitudinales, a montré que des politiques liées au revenu sont pertinentes dans le cas d'une sortie prématurée du marché du travail, par exemple, à la suite d'un handicap ou d'une maladie grave.

Dans l'ensemble, ces découvertes soulignent l'importante contribution aux niveaux de la santé et des inégalités en matière de santé faite par les taux de couverture *et* de remplacement associés à des politiques de protection sociale ainsi qu'à des politiques actives en faveur du marché du travail destinées à (ré)insérer les personnes sur le marché du travail.

### *Études de cas*

Dix-neuf études de cas ont été menées à travers l'Europe dans le cadre du projet DRIVERS (19). 14 d'entre-elles étaient destinées à éclairer davantage les découvertes expliquées ci-dessus et cinq d'entre-elles ont contribué à mieux comprendre l'ensemble des preuves pour promouvoir l'équité en matière de santé, un autre domaine étudié en profondeur au cours du projet. Elles ont été menées en étroite collaboration avec des partenaires représentant le secteur de la santé publique, la société civile et le monde des affaires et ont contribué à fournir des informations sur le contexte et la façon dont les interventions et les politiques sont vécues par ceux qui sont le plus affectés. Elles ont de plus développé des recommandations réalisables sur la façon dont les trois « moteurs » peuvent contribuer à atteindre une meilleure équité en matière de santé.

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- Identifier et décrire les interventions au cours de la petite enfance pouvant réduire les inégalités en matière de santé et de développement parmi les enfants.
- Évaluer les bénéfices potentiels sur la santé et au niveau psychosocial des programmes de réhabilitation professionnelle et de retour au travail en Suisse et au Royaume-Uni.
- Explorer les perceptions et expériences des systèmes de protection sociale parmi les personnes y ayant accès et l'impact de ces systèmes sur les inégalités en matière de santé.

Les observations principales furent les suivantes :

- Offrir des services flexibles, des activités éducatives et des jeux structurés supervisés par une équipe multidisciplinaire adaptée aux enfants au début de leur vie et à leurs familles améliore le développement de la santé, plus particulièrement dans les

situations où il y a peu d'offre de ce genre de services. Une gamme complète de services pour les premières années de vie devrait être offerte à tous les parents et enfants, avec un niveau de soutien adapté aux besoins, et ce, dès la grossesse. Le soutien adapté supplémentaire devrait pouvoir réduire les inégalités sociales au cours de la petite enfance.

- Les politiques sociales et en faveur du marché du travail et les programmes d'agences spécialisées peuvent améliorer avec succès les chances des groupes socialement défavorisés et à risque de trouver un travail qui réalise leur plein potentiel. Les employeurs peuvent jouer un rôle important, soit par auto-motivation, soit par réglementations législatives. Parvenir à ces améliorations devrait réduire les inégalités sociales et en matière de santé vécues par ces groupes.
- Les systèmes de protection sociale sont des ressources vitales et les taux de couverture et de remplacement peu élevés risquent d'affecter les personnes moins favorisées et leur santé. Les personnes présentant des besoins complexes peuvent nécessiter un soutien adapté et personnalisé pour accéder aux services. Les personnes doivent savoir qu'elles peuvent compter sur la protection sociale pour les aider à maintenir un niveau de vie sain, si et lorsqu'elles se retrouvent face à des difficultés. L'« interface » entre les personnes accédant à la protection sociale et le personnel de première ligne délivrant cette protection semble cruciale pour augmenter la prise en compte et réduire les barrières à la prise en compte.

### **Similitudes et synergies méthodologiques**

*Premièrement*, les trois équipes de recherche ont utilisé des données comparatives couvrant un grand nombre de pays européens. Par ce fait, elles ont élargi les connaissances des facteurs sociaux de santé au-delà des quelques pays européens qui avaient jusqu'ici fourni preuves empiriques les plus fortes (6). Ces nouvelles preuves ont une influence politique directe aux niveaux national et européen car les difficultés sociales sont généralement plus prononcées dans les pays où les données et les analyses sont moins bien développées.

*Deuxièmement*, en tirant profit des récentes avancées en matière d'analyse statistique (par exemple la modélisation multi-niveaux), les équipes de recherche ont révélé l'impact important d'un contexte social plus large sur la santé individuelle, indépendamment de - et en plus de - circonstances plus « proches » qui ont été principalement analysées lors de

recherches traditionnelles sur la santé en matière d'inégalités. Étendre le cadre des analyses à des contextes sociaux plus vastes comporte des implications d'une portée considérable pour le développement de politiques intersectorielles et transversales. Plus particulièrement, cela met l'accent sur le besoin d'approches et d'interventions transversales et multisectorielles afin d'améliorer l'équité en matière de santé.

*Troisièmement*, chaque équipe de recherche a appliqué une combinaison d'analyses systématiques et d'analyses de données pour générer une base de connaissances mise à jour. Cela a permis aux équipes d'identifier les lacunes pertinentes en matière de connaissances et de recherche, de mettre au point des recommandations sur la façon d'améliorer et de poursuivre les recherches et, enfin, de générer des découvertes scientifiques innovantes. Par exemple, de nouveaux aspects des politiques de l'État-providence et des conditions psychosociales stressantes dans l'environnement de travail ont été identifiés et leurs liens avec des inégalités en matière de santé ont été établis.

*Quatrièmement*, il est devenu évident, grâce aux analyses systématiques d'interventions, que les essais contrôlés randomisés (ECR) ont seulement un rôle limité dans l'évaluation des interventions majeures en matière de santé publique portant sur la santé de la population et ses facteurs. Cela ressort également clairement de cadres d'évaluation de politiques plus larges. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre ou de développer des approches complémentaires pour construire un ensemble de preuves scientifiques en plus des ECR. Certaines de ces approches complémentaires destinées à évaluer le rôle des facteurs et l'efficacité des interventions ont été explorées en analysant les données longitudinales et par le biais d'études de cas, qui faisaient appel à des méthodes qualitatives comme les groupes de réflexion et les entretiens.

Dans l'ensemble, les équipes de recherche ont apporté de nouvelles preuves de gradients sociaux de la santé généralisés à travers l'Europe. Ces gradients sont visibles tout au long de la vie, dès la conception, pendant l'enfance, la vie professionnelle et la construction d'une famille et jusqu'à la retraite. Ils montrent que les personnes vivant dans des conditions moins privilégiées ont une bien moins bonne santé que celles vivant dans des conditions plus privilégiées. En plus des gradients sociaux de la santé à travers l'ensemble d'une société, certains groupes de population hautement vulnérables et sujets à des désavantages multiples et cumulatifs ont été identifiés comme ayant une santé particulièrement mauvaise et un besoin particulièrement élevé de soutien.

## Conclusions

DRIVERS a approfondi et a évalué de manière critique l'ensemble des preuves existantes au moyen d'une série d'analyses systématiques et de nouvelles analyses de données. En se basant sur les analyses soulignées ci-dessus, il a été possible de s'appuyer sur des recherches et des recommandations d'analyses politiques précédentes. Les recommandations de WHO European Review [*Analyse européenne de l'OMS*] (1) sont particulièrement importantes en ce sens. Certaines de ces recommandations concernent directement les trois domaines de DRIVERS et ont documenté les recommandations ci-dessous. Pour plus de clarté et afin de faciliter les références, celles-ci sont détaillées à l'annexe C.

Une conclusion globale des recherches dans les trois domaines de DRIVERS est que, pour améliorer la santé et réduire les inégalités en matière de santé, tout le monde devrait avoir accès à une protection sociale et à des services de qualité. L'objectif serait d'atteindre des conditions de vie et de travail ainsi que des conditions, au cours des premières années, qui soient de qualité pour tout le monde à travers l'Europe. Les politiques, les pratiques et les services devraient être fournis universellement et à un niveau d'intensité en accord avec les besoins sociaux et les besoins en matière de santé. Cela inclut un soutien personnalisé pour ceux qui en ont besoin. En résumé, ils doivent être adaptés à l'objectif poursuivi. Des actions préventives précoces devraient être prises à chaque étape de la vie afin de permettre aux personnes de s'épanouir grâce à une santé et un bien-être accrus à travers tous les segments de la société, par le biais de politiques appropriées au contexte et reposant sur des acquis sociaux. Dans l'ensemble, les offres de services devraient avoir pour objectif d'être adéquates dès la première fois, afin d'éviter la nécessité d'autres interventions coûteuses à l'avenir. Des approches intersectorielles et interorganismes sont nécessaires pour utiliser au mieux les ressources.

DRIVERS renforce la compréhension du fait que de nombreuses causes d'inégalités en matière de santé peuvent potentiellement être évitées. Et ce, car elles sont liées à la fois aux conditions de vie quotidienne - les circonstances dans lesquelles les personnes sont nées, ont grandi, vivent, travaillent et vieillissent - et aux conditions structurelles de la société, qui mènent à des conditions de vie inégales et affectent les chances de vivre une vie saine (3). Ces facteurs contribuent également à la transmission intergénérationnelle d'inégalités et de modes

de vie et de comportements qui influencent la santé. En plus de lutter directement contre ces structures et conditions de vie quotidienne, une réponse politique adéquate doit également lutter contre leurs conséquences différentielles parmi les groupes sociaux et tout au long de la vie. DRIVERS suggère que cette réponse doit impliquer une universalité d'accès et lutter contre les diverses formes d'inégalités.

## **Recommandations**

Seules des réponses politiques cohérentes parmi l'ensemble de la société et du gouvernement peuvent permettre de relever le défi des inégalités en matière de santé (20). Comme mentionné ci-dessus, jusqu'à présent, seule une minorité d'États membres de l'UE s'est attaquée aux inégalités en matière de santé par le biais d'une action intergouvernementale claire (2). DRIVERS a approfondi la compréhension des relations entre les trois domaines principaux examinés au cours du projet et a identifié des solutions cohérentes qui en sont ressorties pour mettre en place des politiques et des pratiques. Il a également permis d'étudier la façon d'améliorer l'efficacité de la promotion de l'équité en matière de santé afin de s'assurer que les preuves scientifiques documentent mieux le développement et la mise en œuvre de politiques.

Les recommandations s'organisent sous la forme de quatre grands principes :

1. L'universalité d'accès
2. La lutte contre les inégalités
3. La prise en compte du contexte et le respect des droits
4. Les politiques fondées sur les faits

Les deux premiers principes reflètent la nécessité de lutter contre différents types de risques associés à deux différents aspects d'inégalités en matière de santé - le gradient social général et les multiples inégalités subies par une plus petite partie de la population. L'universalité proportionnelle a donc plus de chance d'être atteinte au moyen d'un ensemble de programmes différents couvrant ces deux dimensions en même temps. Les deux derniers principes luttent contre des problèmes liés à la mise en œuvre de politiques et de programmes et aux connaissances utilisées à cette fin. Dans l'ensemble, l'objectif est de souligner la façon dont des actions dans plusieurs domaines sont liées entre elles et produiront les meilleurs effets à

long terme tout au long de la vie si elles sont mises en œuvre ensemble dans le cadre d'une stratégie cohérente à l'échelle de toute la société.

### ***Universalité d'accès***

L'universalité d'accès au bien-être et à des services de qualité au cours des premières années et en matière d'emploi permet de prévenir les inégalités et de promouvoir la santé. Par exemple, investir dans des politiques en faveur du marché du travail devrait améliorer les perspectives d'emploi pour tous, par le biais de programmes actifs en faveur du marché du travail et de la promotion d'un travail de qualité. Au contraire, des services ciblés sont insuffisants pour réduire les inégalités en matière de santé et peuvent facilement devenir des services de piètre qualité réservés aux pauvres, et socialement stigmatisants.

Nous recommandons :

- De promouvoir une offre prénatale et au cours des premières années qui soit de qualité et abordable, ainsi que des politiques de soutien en matière d'emploi et des services de soutien aux parents et familles, afin d'aider les parents à combiner travail et responsabilités parentales.
- D'établir un ensemble complet de mesures destinées à promouvoir l'emploi juste en s'attaquant aux difficultés liées au travail et à l'emploi, aux conditions psychosociales stressantes sur le lieu de travail et aux risques professionnels traditionnels.
- D'assurer la disponibilité du travail et de veiller à ce que les salaires fournissent un revenu suffisant pour avoir une qualité de vie décente.
- De donner la priorité à un soutien approprié à la protection sociale pour les individus et les familles par le biais des dotations budgétaires et de la taxation.
- D'améliorer la couverture et la variété des paquets de protection sociale et des politiques actives en faveur du marché du travail afin que tout le monde, et surtout les plus vulnérables et les moins aisés, puisse en bénéficier.

### ***Lutte contre les inégalités***

L'exposition aux difficultés et l'accumulation de facteurs de protection (compétences, argent et autres ressources) au cours de la vie suivent un gradient social. Par exemple, l'avantage social est associé à une exposition moindre aux difficultés et à une plus grande accumulation de facteurs de protection au cours de la vie. La transmission intergénérationnelle de l'inégalité aux enfants est un facteur clé de ces inégalités. Les individus et groupes qui font face à de

multiples difficultés et processus d'exclusion dans leurs vies deviennent particulièrement vulnérables aux problèmes de santé. Au plus le niveau de difficultés subies est élevé, au plus l'effort requis à la fois pour relever ses chances dans la vie au niveau de celles expérimentées par les groupes plus favorisés et pour lutter contre les risques spécifiques mal gérés par les systèmes universels est élevé. Les conditions des programmes universels créent souvent des barrières en empêchant l'accès aux groupes plus vulnérables.

Nous recommandons :

- De veiller à ce que les soins et l'éducation au cours des premières années soient universels et fournis à des niveaux adaptés aux besoins sociaux, afin de réduire les inégalités sociales en matière de santé et de développement des enfants. Cela inclut l'offre d'un soutien et de services personnalisés lorsque cela s'avère nécessaire.
- D'identifier très tôt les familles présentant des risques de mauvaise santé, de les diriger vers des services appropriés et de faire des efforts particuliers pour favoriser l'inclusion sociale des enfants les plus vulnérables et exposés à un risque d'exclusion.
- D'augmenter l'intensité des interventions faites sur le lieu de travail en vue de l'amélioration des déséquilibres effort/récompense et demande/contrôle et de les concentrer sur les catégories professionnelles plus faibles, qui sont les plus susceptibles de souffrir de stress sur le lieu de travail au sein des économies modernes.
- De mettre en place des services en matière de santé professionnelle financés publiquement qui donneraient la priorité aux groupes professionnels défavorisés et seraient indépendants des employeurs. Cela inclut d'augmenter l'intégration des travailleurs malades et handicapés sur le marché du travail en faisant appel à des modèles fondés sur les faits.
- De s'assurer qu'au sein d'un système universel de couverture de protection sociale, différents types de supports sont offerts aux personnes selon le type et le niveau de risque qu'elles subissent. Cela inclut les programmes de transferts monétaires de différentes sortes - les prestations contributives et de revenu minimum - ainsi que l'accès à des services sociaux et des programmes actifs approfondis en faveur du marché du travail de qualité.
- D'encourager l'accès à la protection sociale et sa prise en compte. Cela inclut de fournir un soutien aux individus et aux groupes présentant des besoins complexes ou d'importantes difficultés, afin qu'ils accèdent à la protection sociale à laquelle ils ont



droit. Cela implique aussi de s'assurer que le personnel de première ligne a la formation nécessaire pour traiter ses clients de manière appropriée et professionnelle.

### ***Prise en compte du contexte et respect des droits***

L'Europe est un continent présentant des contextes sensiblement différents. Ils sont notamment liés aux cultures et aux normes, aux structures sociales, à la géographie, à la gouvernance et à l'offre de soins et de soutien. Les personnes sont exposées à toute une série de conditions et leurs chances dans la vie sont déterminées par des facteurs allant bien au-delà des ressources qu'ils contrôlent directement – la communauté, la société au sens large et le niveau transnational. Elles agissent, réagissent et s'adaptent à ces contextes de différentes manières. Les preuves récoltées au cours du projet DRIVERS suggèrent que la mise en œuvre de politiques et d'interventions doit être adaptée à ces différents contextes tout en s'assurant de maintenir les principes dérivés de l'ensemble des preuves (en particulier ceux d'universalité et de lutte contre les inégalités). De plus, il est important de tenir compte des droits et des besoins de chaque individu, afin qu'ils soient traités avec respect.

Nous recommandons :

- De mettre en œuvre des interventions ayant prouvé leur efficacité dans d'autres pays, adaptées contextuellement aux conditions locales ; cela nécessite un développement et une évaluation systématiques afin de s'assurer que l'efficacité ne sera pas compromise par ces adaptations.
- De s'assurer que les interventions au niveau organisationnel adoptent une approche participative impliquant tous les acteurs pertinents afin que les voix de ceux qui sont le plus concernés soient entendues. Cela inclut d'officialiser la collaboration entre les acteurs, de mettre en œuvre des accords volontaires et d'entreprendre différentes formes de dialogues sociaux. Un style dirigeant basé sur la participation et le dialogue est un prérequis à cette fin.
- De développer et de mettre en œuvre des plans politiques à différents niveaux, notamment aux niveaux organisationnel et national, en utilisant les outils d'orientation disponibles, les preuves accumulées et les expériences des personnes concernées.

### *Politiques fondées sur les faits*

S'assurer de la qualité pour tous requiert des politiques faisant appel à des preuves issues de nombreuses sources et à différents types de recherches, d'évaluations et de contrôles. Cela requiert une approche pluraliste de recherches scientifiques de qualité spécifiques au contexte européen, le rassemblement de données nationales intereuropéennes comparables, une évaluation rigoureuse de l'efficacité des nouvelles politiques et initiatives et un contrôle et une analyse sur base régulière des politiques et pratiques habituelles.

Nous recommandons :

#### *Concentration des recherches*

- D'augmenter la capacité à mener des recherches sur les inégalités en matière de santé là où les preuves actuelles sont peu nombreuses (mais où la nécessité d'agir est criante) ou là où elles doivent être mises à jour pour refléter l'évolution de la société. Actuellement les pays et groupes sociaux où la nécessité d'agir est la plus importante sont ceux pour lesquels le nombre de preuves est le moins élevé.
- D'augmenter le financement des recherches comparatives entre pays, particulièrement au niveau européen.
- D'explorer, dans le contexte des facteurs sociaux de cadres de santé, comment les personnes utilisent leurs ressources pour gérer leurs conditions de vie.
- D'étendre les critères des preuves de santé publique à une approche pluraliste, incluant une série de modèles d'étude appropriés aux interventions et de politiques de grande ampleur menées à l'échelle de la population, plus particulièrement les études de cohortes basées sur la population et les analyses à plusieurs niveaux.

#### *Harmonisation des données, méthodes et évaluations*

- De s'assurer que la conception, le rapport et l'évaluation des interventions sont conformes aux meilleures procédures disponibles en matière de projets et statistiques de recherche en sciences sociales.
- D'augmenter les investissements pour maintenir les études harmonisées sur les cohortes de naissance sur le long terme afin de mieux comprendre les variations - entre les pays et régions de l'Union européenne - des effets tout au long de la vie des conditions de la petite enfance sur la santé et le développement. Cet investissement

serait similaire à l'investissement actuel fait pour les enquêtes sur la main-d'œuvre et les enquêtes sur les revenus et modes de vie.

- De rendre possible une approche combinée de l'analyse de la protection sociale en s'assurant de la disponibilité de bonnes données sur les accords institutionnels, les dépenses sociales et l'ensemble des conditions de vie individuelles constituant les facteurs sociaux de santé au niveau individuel.

#### *Contrôle et analyse*

- De contrôler les conditions sociales et de travail difficiles et leurs effets sur la santé à l'aide d'outils fiables. Ces contrôles devraient être effectués par tous les acteurs concernés.
- De contrôler et d'analyser régulièrement les interventions et politiques mises en œuvre pour réduire les difficultés et améliorer la santé. Cela devrait inclure une évaluation de l'utilisation des modèles disponibles de bonnes pratiques et des informations sur le rendement des investissements en termes d'avantages économiques et sociaux, afin de renforcer le dossier pour mettre en œuvre des politiques équitables.
- De considérer l'équité dans toutes les activités de contrôle et d'analyse.

#### **Augmenter la prise en compte des recommandations**

Au cours du projet, DRIVERS a examiné la façon dont les preuves pouvaient être prises en compte plus facilement pour servir à la conception et à la mise en œuvre de politiques (21, 22). Les défenseurs devraient :

- Utiliser différentes sortes de preuves, à la fois qualitatives et quantitatives, susceptibles d'attirer différents publics cibles (par exemple les médias, le public général, divers secteurs politiques...) ou de répondre à des questions de recherche différentes (par exemple des associations, la causalité, des éléments pratiques liés à la mise en œuvre de politiques et de services) liées à l'amélioration de l'équité en matière de santé.
- Utiliser des bonnes pratiques qui ont fait leur preuve dans le cadre du transfert et de la traduction de connaissances, comme la simplification du langage et des concepts, la concentration sur les solutions plutôt que sur les problèmes et limites et l'encouragement de contacts entre les responsables politiques et les chercheurs afin d'améliorer l'efficacité des efforts de sensibilisation.

- Reconnaître les rôles de conseil potentiels pouvant être joués par une grande variété d'acteurs, notamment des scientifiques, des professionnels, la société civile et les personnes concernées, les organisations de sensibilisation, les responsables politiques soutenant la cause, les employeurs et les médias.
- Trouver des objectifs « gagnant-gagnant » ou offrant un compromis en ce qui concerne les facteurs sociaux de santé en discutant avec les secteurs concernés. Cela est nécessaire pour parvenir à une coopération intersectorielle réussie. Cela signifie que l'objectif sera vraisemblablement l'amélioration d'un facteur social de santé, plutôt que la santé *en elle-même*.
- Adapter les messages utilisés lors des efforts de sensibilisation selon la cible et le contexte. Ces messages peuvent inclure la santé en tant que valeur en elle-même, la justice sociale, le développement durable, les droits de l'homme, différents arguments économiques voire même faire appel à l'intérêt propre de groupes particuliers.
- Adopter une vision davantage axée sur le long terme, travailler à dépasser les barrières empêchant la mise en œuvre de politiques qui amélioreraient l'équité en matière de santé. Cela pourrait inclure une formation à la sensibilisation et à la communication pour les professions liées à la santé, des recherches parmi les communautés défavorisées dans les syllabus académiques et l'augmentation de la compréhension et de la prise de conscience du public des facteurs sociaux en matière de santé.

À partir de ces points, DRIVERS a préparé plusieurs résumés politiques ciblés, destinés à être utilisés par les acteurs-conseils, afin de faire avancer l'agenda politique dans les trois domaines d'intérêt principaux. Ils sont disponibles sur le site web (6), qui propose également des liens vers tous les articles publiés dans des revues évaluées par des pairs, vers des rapports de synthèse des cas d'études et vers les rapports publics finaux des travaux scientifiques menés sur le développement de la petite enfance, les conditions d'emploi & de travail et la protection sociale & du revenu.

## Références

1. WHO. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. 2014.
2. Marmot M et al. Health inequalities in the EU: final report of a consortium. Brussels: European Commission, 2013.
3. Commission on Social Determinants of Health WHO. Closing the gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report. Geneva: 2008.
4. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, Geddes I. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London: 2010.
5. European Commission. Social determinants and health inequalities. Available from: [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/commission\\_communication/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm).
6. DRIVERS website. Available from: <http://health-gradient.eu/home/publications/>.
7. Pikhart H, Ruiz M, Morrison J, Goldblatt P, Marmot M. DRIVERS final scientific report: Social inequalities in early childhood health and development, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Department of Epidemiology and Public Health, University College London. London: 2014. Available from: <http://health-gradient.eu/>.
8. Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatr Res*. 2014;76(5):418-424.
9. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*. 2014;14:1040.
10. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, et al. Maternal education and early childhood health: A DRIVERS meta-analysis in 12 European cohorts. Submitted to *J Epidemiol Community Health*.
11. Siegrist J, Montano D, Hoven H. DRIVERS final scientific report: Working conditions and health inequalities, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Centre of Health and Society, Faculty of Medicine, University of Düsseldorf. Düsseldorf: 2014. Available from: <http://health-gradient.eu/>.
12. Hoven H, Siegrist J. Work characteristics, socioeconomic position and health: a systematic review of mediation and moderation effects in prospective studies. *Occup Environ Med*. 2013;70:663-9.
13. Wahrendorf M, Siegrist J. Proximal and distal determinants of stressful work: framework and analysis of retrospective European data. *BMC Public Health*. 2014;14:849.
14. Montano D, Hoven H, Siegrist J. A meta-analysis of health effects of randomized controlled worksite interventions: Does social stratification matter? *Scand J Work Environ Health*. 2014;40:230-4.

- 15.** Lundberg O, Åberg Yngwe M, Bergqvist K, Sjöberg O. DRIVERS final scientific report: The role of income and social protection for inequalities in health, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Centre for Health Equity Studies. Stockholm: 2014. Available from: <http://health-gradient.eu/>.
- 16.** Bergqvist K, Åberg Yngwe M, Lundberg O. Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities - an analytical review. BMC Public Health. 2013;13:1234.
- 17.** Ferrarini T, Nelson K, Sjöberg O. Decomposing the effect of social policies on population health and inequalities: an empirical example of unemployment benefits. Scand J Public Health. 2014;42(7):635-42.
- 18.** Nelson K, Fritzell J. Welfare states and public health: The role of minimum income benefits for mortality. Soc Sci Med. 2014(112):63-71.
- 19.** Morrison J et al. DRIVERS Final case studies report. Department of Epidemiology and Public Health, University College London. London: 2014.
- 20.** WHO. Governance for health in the 21st Century. Geneva: 2013.
- 21.** Farrer L, Marinetti C, Kuipers Y, Costongs C. Advocacy for health equity: A synthesis review Submitted to Milbank Q. 2015.
- 22.** Farrer L, Marinetti C. Advocacy for Health Equity: Case Studies Synthesis Report. EuroHealthNet. Brussels: 2015.

DRIVERS (2012-2015) est un projet de recherche financé par le septième programme-cadre de l'Union européenne. Il vise à approfondir la compréhension des relations entre certaines des influences majeures de la santé tout au long de la vie d'une personne - petite enfance, emploi et protection sociale et du revenu - et à trouver des solutions pour améliorer la santé et réduire les inégalités en matière de santé.

Les recherches sont entreprises par un consortium constitué notamment de centres de recherche de pointe et d'organisations représentant le secteur de la santé publique, la société civile et le monde des affaires. Le projet est coordonné par EuroHealthNet.

