

Inégalités de santé : quel rôle pour l'Union européenne ?

Estelle Huchet

Mai 2014

Avec le soutien de _____



L'Europe pour
les citoyens



Wallonie



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES



RÉGION DE
BRUXELLES-
CAPITALE

Pour la Solidarité – PLS

Fondé à Bruxelles en 2002, ***Pour La Solidarité – PLS*** est un laboratoire d'idées indépendant qui œuvre en faveur de l'Europe solidaire et durable. Engagé à penser et à construire l'amélioration sociétale, ***Pour la Solidarité – PLS*** met au service des décideurs ses réflexions et actions centrées sur la valeur de solidarité.

MISSIONS

En tant que think & do tank spécialisé en matières européennes, ***Pour la Solidarité*** se consacre à la formulation de propositions et recommandations de politiques publiques, à l'accompagnement personnalisé d'acteurs publics et privés sous forme de conseil et de formation et à la gestion d'espaces pluriels d'information et de dialogue.

FAIRE RÉSEAU

Animé par la volonté de créer des liens de coopération, ***PLS*** conseille les acteurs clés (pouvoirs publics, entreprises et organisations de la société civile) et les fédère en un vaste réseau ouvert de partenaires européens. Grâce à cette communauté d'alliances, ***Pour la Solidarité – PLS*** développe de nombreux projets transnationaux.

COLLECTION ÉDITORIALE

Pour la Solidarité – PLS édite une série de publications périodiques, disponibles en version papier et digitale sur son portail web. Les Cahiers Pour la Solidarité présentent les résultats de recherches comparatives européennes, les Working Papers donnent un éclairage sur des enjeux d'actualité, les Études & Dossiers apportent analyse et réflexion sur des sujets innovants. Le Télex Pour la Solidarité, lettre électronique mensuelle, permet de suivre l'actualité européenne.

VEILLE EUROPÉENNE

Quatre Observatoires européens et leurs newsletters consultables en ligne, recensent de façon thématique les bonnes pratiques et l'actualité en matière d'Économie sociale, de Diversité, de Participation citoyenne et de Logement durable.

FAVORISER LE DIALOGUE

PLS organise et participe à de nombreuses rencontres et conférences au niveau européen. Sa présence à Bruxelles et son réseau de partenaires dans les États membres lui permettent d'être présent dans des lieux de discussion pour échanger et débattre de l'avenir de l'Europe solidaire et durable.

DE L'IDÉE AU PROJET

Fort de son expérience décennale en matière d'accès aux financements européens, ***Pour la Solidarité*** multiplie les initiatives sur le terrain et accompagne les acteurs politiques, économiques et sociaux en délivrant de façon dédiée des services de conseil, de formation et de veille spécialisée.

Pour la Solidarité – PLS concentre ses activités sur cinq axes directeurs :

- Affaires sociales
- Économie sociale
- Responsabilité sociétale des entreprises (RSE) et Diversité
- Développement durable
- Participation citoyenne

Sommaire

Sommaire	3
Avant-propos	4
Introduction.....	5
I. 20 ANS D'EUROPE DE LA SANTÉ : QUEL BILAN ?.....	6
1. De la santé des travailleurs à la lutte contre les inégalités de santé : l'UE en marche vers une santé inclusive.....	6
1.1 Les programmes communautaires de santé : stratégie globale de santé dans l'UE	7
1.2 Le financement de projets de santé dans le cadre de la stratégie Europe 2020	8
2. Inégalités en matière de santé : reflet des inégalités socio-économiques en Europe	9
2.1 État des lieux et chiffres clés des inégalités en Europe	9
2.2 Les déterminants de la santé : qui sont les publics vulnérables ?.....	11
2.3 L'enjeu communautaire : offrir une santé durable pour tous	12
II. RECOMMANDATIONS : QUELLE SANTÉ POUR DEMAIN ?.....	13
1. Des politiques globales pour une santé durable	13
1.1 Mettre en œuvre le concept de mainstreaming : l'approche intégrée de la santé.	13
1.2 Adapter les politiques de santé à l'évolution démographique de l'UE	14
1.3 Prendre en compte toutes les vulnérabilités : la santé inclusive	15
2. Donner aux acteurs les moyens d'agir contre les inégalités.....	15
2.1 Formaliser le statut des mutuelles	15
2.2 Echanges de bonnes pratiques pour la formation des professionnels de santé.....	16
2.3 Informer pour mieux soigner : l'enjeu de la prévention	17
Conclusion.....	18
Bibliographie	19

Avant-propos

La crise financière de 2008 a non seulement eu des conséquences économiques mais également des conséquences sociales. Alors que l'ensemble des États membres de l'Union européenne mettent en place des politiques d'austérité réduisant les budgets disponibles pour les prestations sociales, ce sont les plus démunis qui font les frais les plus lourds de ces restrictions.

La santé ne fait pas exception : le nombre de lits sont revus à la baisse dans de nombreux hôpitaux européens ; les restes à charge pour les patients augmentent ; les budgets publics en baisse ne permettent pas de véritables politiques de prévention ; les tarifications à l'activité et l'inadaptation des systèmes de complémentaires de santé amplifient les barrières financières pour l'accès aux soins des groupes aux revenus les plus faibles...

Pourtant, les bilans sont unanimes : les publics vulnérables socialement sont les plus malades. Les catégories sociales les plus faibles sont celles dont les comportements individuels s'avèrent les plus dommageables pour la santé et ceux dont les lieux de vie et de travail sont les moins sains. La santé n'est certes pas une compétence de l'Union européenne mais elle est un bien commun dont le caractère transversal en fait un enjeu public et collectif. Dans cette perspective, l'Union européenne a toute sa place, comme incitateur et coordinateur.

Ainsi, les initiatives se multiplient pour appeler l'Union européenne à agir, à l'image du projet de plate-forme « Santé et Solidarité ». Le réseau exige, entre autre, la mise en œuvre d'un programme européen de défense de la santé, de la protection sociale et de l'action sociale et l'arrêt immédiat des négociations sur le partenariat transatlantique, qui menace les systèmes de sécurité sociale. Rassemblant des syndicats et mutualités, associations, ONG et représentants d'universités, le réseau se mobilise pour préserver des politiques de santé et de bien-être en Europe. *Pour la Solidarité* soutient cet engagement et suivra avec attention les actions menées par la plateforme.

Ne faisons pas l'erreur de mettre à mal nos systèmes publics de santé. Faisons en sorte de désigner par les urnes des décideurs politiques, parlementaires et commissaires européens, qui entendront cet appel. À la veille des élections européennes, le vieil adage « mieux vaut prévenir que guérir » prend plus que jamais son sens...

Solidairement vôtre,

Denis Stokkink, Président de *Pour la Solidarité*

Introduction

L'Europe fait partie des régions du monde où la qualité de vie est la meilleure¹. Mais y fait-il encore bon vivre pour tous ? Le classement 2014 des villes selon leur qualité de vie prend en compte des considérations médicales et sanitaires ; malgré une amélioration générale de la santé en Europe, des **écarts importants subsistent** entre territoires et entre groupes sociaux. Les mesures d'austérité mises en place pour répondre à la crise économique de 2008 ont conduit à rogner sur les politiques sociales des États membres, dégradant de ce fait les dispositifs à même d'aider les plus vulnérables.

À l'échelle européenne, la stratégie Europe 2020 a fixé, depuis 2010, plusieurs objectifs sociaux parmi lesquels figure la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Dans ce cadre, l'Union européenne (UE) a notamment valorisé des projets d'**innovation sociale**, proposant des réponses alternatives à celles, insuffisantes, apportées par l'État ou le marché. Réinvesti depuis une vingtaine d'année, ce concept d'innovation sociale a ainsi permis de valoriser des initiatives répondant à des besoins sociaux peu ou mal satisfaits². Les inégalités de santé sont justement la conséquence de ces besoins mal satisfaits : difficulté d'accès à la santé pour les immigrés, taux de mortalité infantile plus ou moins élevé selon les communautés ethniques, pénuries de professionnels de santé en région rurale, etc. Pour répondre à l'enjeu de **justice sociale**, il est indispensable d'adopter des dispositifs selon les publics considérés.

Ainsi, bien que la santé soit une compétence exclusive des États membres³, l'UE semble avoir un rôle à jouer en la matière. Le **caractère éminemment transversal** du secteur le rend indissociable de bien d'autres politiques communautaires. Le récent scandale de Lampedusa est symptomatique de cet impératif de coordination entre les différents échelons. Tous les États membres font pourtant face aux mêmes enjeux : la libre circulation des travailleurs, les enjeux démographiques et migratoires, le vieillissement de la population sont autant de raisons d'apporter une **réponse globale** et communautaire aux défis de la santé en Europe. Lors de la conférence « Santé en Europe : la rendre plus juste » du 18 mars dernier⁴, Tonio Borg, Commissaire à la santé, a ainsi souligné la nécessité de développer, dans tous les États membres, une nouvelle conception de la santé non comme dépense mais comme investissement, **un investissement que tous méritent**.

Cette note d'analyse tâchera de faire un bilan synthétique des discriminations et inégalités en matière de santé. Ce diagnostic sera notre point de départ pour établir les grands enjeux européens relatifs à la santé. Alors que vient d'être voté un nouveau programme pluriannuel pour la santé⁵, le renouvellement du Parlement européen en mai prochain et la nomination d'une nouvelle Commission seront l'occasion de mettre en application les avancées préconisées par ce nouveau programme et de donner corps aux objectifs d'inclusion sociale que l'Union s'est fixée à l'horizon 2020.

¹ MERCER, *Worldwide Quality of Living Survey*, 2014.

² AVISE, *L'innovation sociale en Europe*, Septembre 2009.

³ En matière de santé, l'UE n'intervient que pour compléter l'action des États membres.

⁴ Conférence de la Commission européenne « Health in Europe : making it fairer », 18 mars 2014, Bruxelles.

⁵ « La santé en faveur de la croissance 2014-2020 », voté le 26 février 2014 au Parlement.

I. 20 ANS D'EUROPE DE LA SANTÉ : QUEL BILAN ?

Face à l'intégration économique européenne, le domaine social fait pâle figure en Europe. En matière de santé, les États membres ont une compétence exclusive⁶. Néanmoins, l'Union européenne (UE) a, depuis 20 ans, commencé à prendre en charge ces questions, adaptant progressivement les défis à relever pour lutter contre les inégalités en matière de santé.

1. De la santé des travailleurs à la lutte contre les inégalités de santé : l'UE en marche vers une santé inclusive

Depuis l'instauration du principe de libre circulation des travailleurs en 1957⁷, les premiers pas de l'UE en matière de santé portent principalement sur la santé au travail.

20 ans d'Europe de la santé

- **1989 – Première directive 89/391/CEE** concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.
- **1992 – Traité sur l'Union européenne (TUE)** : il dote l'UE d'une priorité de cohésion économique et sociale. Son article 152 donne une base juridique à l'UE pour intervenir dans le domaine de la santé publique.
- **1999 – Traité d'Amsterdam** : il inscrit la santé dans les politiques européennes de développement durable.
- **2005 – Méthode ouverte de coordination sociale unique** : la MOC est un instrument intergouvernemental instauré en 2000 pour partager les meilleures pratiques nationales dans un domaine. La MOC sociale unique fusionne trois processus de coordination (inclusion sociale, pensions et soins de santé / soins de longue durée) pour leur donner des objectifs communs. La MOC dans le domaine social a été autorisée par les Etats membres en 2001.
- **2009 – Traité sur le Fonctionnement de l'Union européenne (TFUE)** : son article 168 fixe l'ambition d'un niveau élevé de protection de la santé dans toutes les politiques et activités européennes.

⁶ Les compétences de l'UE en matière de santé publique sont définies par l'article 168 du TFUE et visent à « l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale, (...) la lutte contre les grands fléaux, (...) l'information et l'éducation en matière de santé, ainsi que la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé » (article 168).

⁷ La libre circulation des travailleurs est instaurée dès la signature du traité de Rome en 1957 (article 48).

Depuis 2003 pourtant, et tout en préservant un équilibre entre les compétences propres des États membres et le caractère global des enjeux sanitaires, l'UE s'est progressivement dotée de programmes de santé visant à coordonner les politiques nationales :

« La politique européenne de la santé consiste à développer une compétence partagée avec les États membres et à compléter les politiques nationales. Par ailleurs, l'UE et les États membres ont la possibilité de coopérer avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes »⁸.

1.1 Les programmes communautaires de santé : stratégie globale de santé dans l'UE

Le premier programme 2003–2008 pour la santé publique a été renouvelé jusqu'en 2013⁹. Ces cadrages stratégiques en matière de santé publique répondent à l'enjeu de **mise en cohérence des politiques communautaires**, mettent en corrélation des indicateurs socio-économiques et de santé et développent une approche globale de la santé publique. Plateformes d'échanges entre les États membres, ils fournissent un cadre de financement précieux pour la Direction Générale de la santé et des consommateurs (DG SANCO) de la Commission. Il faut néanmoins attendre 2007 pour que la santé soit explicitement intégrée pour la première fois comme domaine de financement dans la politique de financement structurel 2007–2013¹⁰.

Pour 2014–2020, le programme a été renouvelé sous le titre de « Santé en faveur de la croissance »¹¹. Approuvé par le Parlement le 26 février 2014, ce nouveau programme atteste d'innovations encourageantes pour les acteurs de la solidarité actifs dans le domaine de la santé. L'enveloppe de **449,4 millions d'euros** est non seulement supérieure à la proposition de la Commission européenne (446 millions), mais également supérieure aux dotations des précédents programmes¹². Une telle enveloppe a été votée pour répondre à quatre objectifs :

- favoriser la santé et prévenir des maladies ;
- protéger les citoyens des menaces sanitaires transfrontalières ;
- contribuer à des systèmes innovants et viables ;
- et améliorer l'accès à des soins de santé de meilleure qualité et plus sûrs.

Alors que la Commission organisait le 18 mars une conférence sur la santé et la nécessité de la rendre plus juste, la **lutte contre les inégalités en matière de santé** fait également son apparition dans ce nouveau programme. La nécessité de prendre en compte les groupes vulnérables avait déjà été soulignée par le Parlement et le Conseil en 2011 :

« Les personnes à faibles revenus, les personnes socialement exclues et celles qui vivent dans des régions défavorisées ou dans des microrégions peuvent rencontrer des difficultés particulières dans

⁸ Citation extraite du site www.europa.eu, rubrique « santé publique » : <http://bit.ly/1krJktQ>

⁹ Programme « Ensemble pour la santé » 2008–2013, Décision 1786/2002/CE.

¹⁰ POUR LA SOLIDARITÉ, *Agir pour une santé durable*, Cahier n°25, p. 65.

¹¹ Programme « La santé en faveur de la croissance » 2014–2020, COM/2011/0709 final.

¹² Le programme 2008–2013 (321,5 millions d'euros) avait vu son enveloppe baisser par rapport au programme 2003–2008. Plus de détails concernant le financement sur le site www.touteleurope.eu : <http://bit.ly/1jXQmuv>

l'accès aux soins de santé. Les actions (...) du programme devraient contribuer à lutter contre ces inégalités en s'attaquant aux différents facteurs qui les engendrent ou les accentuent »¹³.

Des actions phares du nouveau programme ciblent notamment la prévention des maladies chroniques et maladies graves et le recours à l'innovation en matière de santé comme la e-santé. Bien qu'aucun objectif chiffré n'ait été donné, Caroline Costongs, directrice d'EuroHealthNet, saluait la Commission européenne pour « avoir intégré la question des inégalités en matière de santé comme élément transversal du programme pour la santé »¹⁴.

1.2 Le financement de projets de santé dans le cadre de la stratégie Europe 2020

Le nouveau programme de santé s'inscrit dans la lignée de la stratégie Europe 2020 et de ses objectifs : lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, changement climatique et emploi. La santé constitue un enjeu d'autant plus indissociable de cette stratégie que la réalisation des objectifs fixés à l'horizon 2020 influencera en retour le domaine de la santé :

- La construction d'une **Union de l'innovation** et les **progrès en recherche** et développement devraient permettre l'essor de systèmes de santé innovants. À ce titre, le Parlement européen a voté en janvier 2014 une résolution de soutien au plan d'actions pour la e-santé 2012-2020 afin d'appuyer la mise en place et la généralisation de solutions numériques dans le secteur. Une solution d'autant plus attrayante que le marché mondial de la télémédecine ne souffre pas de la crise¹⁵ ;
- De même, les **objectifs de réduction des gaz à effet de serre** et l'amélioration des conditions de vie et de travail devraient, à long terme, avoir des retombées positives sur l'état de santé des populations.

La télémédecine comme les emplois blancs font ainsi partie des secteurs promus par la Commission depuis plusieurs années. La stratégie Europe 2020 pour une reprise génératrice d'emplois a donné lieu à un document de travail de la Commission sur les possibilités de création d'emplois dans les services aux personnes et aux ménages :

« Les États membres doivent donner la priorité à "[la mise] au point des initiatives qui facilitent le développement de secteurs recelant le potentiel d'emplois le plus important, notamment dans l'économie à faibles émissions de CO₂ et économe en ressources ("emplois verts"), dans le secteur social et celui de la santé ("emplois blancs") et dans l'économie numérique" »¹⁶.

La stratégie Europe 2020 dessine ainsi les priorités de l'UE pour les années à venir, justifiant le financement de différents projets. L'action conjointe « Equity Action »¹⁷ de 2011 à 2014 a

¹³ Proposition de règlement du Parlement et du Conseil établissant le 3^{ème} programme d'action pluriannuel de l'Union dans le domaine de la santé, 2011, 2011/0339 (COD).

¹⁴ Article « EuroHealthNet welcomes the adoption of the Health for Growth Programme and stresses the need for strong action on health inequalities » sur le site eurohealthnet.eu : <http://bit.ly/1myDh8d>

¹⁵ Il est passé de 9,8 milliards en 2010 à 11,6 en 2011. Extrait de www.ticsante.com : <http://bit.ly/1lmV5Dr>

¹⁶ SWD(2012) 95 final.

¹⁷ Site du projet « Equity Action » : <http://www.equityaction-project.eu/>

ainsi permis aux États membres volontaires de développer des outils pour transposer la communication de la Commission européenne sur les inégalités en matière de santé.

Les **fonds structurels 2014–2020**¹⁸ et leur nouvel objectif d'inclusion sociale offrent les conditions propices au financement de projets supportant des initiatives d'entreprises sociales. La politique de cohésion de l'UE passe principalement par deux fonds : le Fonds social européen (FSE), créé en 1960 et le Fonds européen de développement régional (FEDER), créé en 1975¹⁹. Sur la période, le FSE prévoit un soutien accru à l'innovation sociale et 20% de la dotation du fonds sont d'ores et déjà affectés au financement de projets d'inclusion sociale²⁰. Le FEDER, lui, accompagne la transformation économique des territoires par le financement d'infrastructures durables. Pour 2014–2020, il vise au développement d'infrastructures électroniques pour la mise en œuvre de dispositifs de e-santé et au soutien des PME actives dans les services de santé²¹. Pour 2014–2020, l'UE investira 325 milliards d'euros dans sa politique de cohésion²².

2. Inégalités en matière de santé : reflet des inégalités socio-économiques en Europe

L'OCDE a publié pour la troisième fois en 2013 un « Panorama de la santé : Europe »²³ établissant un état des lieux de la santé en Europe. La dernière édition de ce panorama atteste de « progrès considérables » en matière de santé. Des progrès qui malheureusement, ne suffisent pas à réduire les inégalités socio-économiques existantes en matière de santé.

2.1 État des lieux et chiffres clés des inégalités en Europe

Depuis 1980, l'espérance de vie à la naissance a progressé de 6 ans, de même que s'est améliorée l'espérance de vie à 65 ans. La gestion des facteurs de risques a également permis de faire baisser les consommations d'alcool et de tabac dans la plupart des pays de l'UE. Outre la prévention, **la qualité des soins s'est améliorée** : on constate ainsi une réduction du nombre de décès de crises cardiaques et de cancers. Depuis l'an 2000, le nombre de professionnels de santé a augmenté dans quasi tous les États membres. Cette augmentation n'empêche pas le risque de futures pénuries, notamment chez les infirmiers et généralistes.

¹⁸ POUR LA SOLIDARITE, *Le Fonds Social européen (FSE) dans le budget européen 2014–2020 : état des lieux et enjeux pour l'économie sociale*, et *Le Fonds européen de développement régional (FEDER) dans le budget européen 2014–2020 : état des lieux et enjeux pour l'économie sociale*, Working papers, Février 2012.

¹⁹ Pour un aperçu éclairant, voir l'infographie de la Commission sur ec.europa.eu : <http://bit.ly/1g35XSq>

²⁰ Commission européenne, Rubrique « Fonds social européen », ec.europa.eu : <http://bit.ly/1klZ5qz>

²¹ Commission européenne, Rubrique « Politique régionale », ec.europa.eu : <http://bit.ly/1mXO4sU>

²² Commission européenne, Réorientation de la politique de cohésion de l'UE pour 2014–2020, MEMO/13/1011.

²³ OCDE, *Panorama de la santé : Europe*, 2013. Extrait de www.oecd.org : <http://bit.ly/1mXYd8O>

Malgré ces avancées, le bilan souligne **plusieurs points noirs**. D'importantes inégalités entre les États membres et entre les groupes socioéconomiques subsistent en termes d'espérance de vie : les pays avec le revenu national le plus bas sont les pays où l'espérance de vie (en bonne santé) est la plus courte. La part de population en surpoids ou obèse est également en hausse et touche principalement les groupes défavorisés sur le plan social.

Afin de mieux évaluer les inégalités de santé, il existe un **gradient social de l'état de santé** (voir encadré) : les personnes dont le niveau d'éducation, le poste ou le revenu est le plus bas ainsi que les personnes issues de minorités ethniques sont celles avec le plus de problèmes de santé. De manière générale, les **groupes vulnérables** comme les habitants de zones défavorisées, les chômeurs ou travailleurs de l'économie informelle, les sans-abris, les détenus, les personnes handicapées ou souffrant de maladies mentales ou chroniques, les personnes âgées ayant une faible pension et les parents isolés ont tendance à être plus souvent malades et à décéder prématurément. Ces inégalités socio-économiques se retrouvent également entre les ressortissants nationaux et certains groupes de migrants²⁴.

Gradient social de santé : définition

- Un gradient social de santé se définit comme la **corrélation** entre la position socio-économique occupée par un individu et son niveau de santé. En général, **plus on est pauvre, moins on est en bonne santé**.

En outre, la baisse des dépenses de santé publique justifiée par la crise s'est traduite par une **hausse des contributions des ménages**, défavorisant de fait les populations aux plus bas revenus. En France, les différences d'état de santé entre groupes sociaux depuis 40 ans sont de plus en plus importantes : la mortalité des 20% d'individus les plus pauvres est de 40% supérieure à la moyenne, explique Florence Jusot, économiste de la santé. Celle des 20% les plus riches est inférieure de 45% à la moyenne²⁵. Pour Étienne Caniard, président de la Mutualité française, la France est dans une situation paradoxale : alors que le pays présente l'espérance de vie la plus élevée au monde, il enregistre des résultats « très mauvais en termes de mortalité prématurée évitable et d'espérance de vie sans incapacité »²⁶.

Pour contrer cette hausse des inégalités, quelques initiatives font figure de bonnes pratiques. Au Royaume-Uni, le programme local « **Sure Start** » met à disposition, en zones défavorisées, des services de soutien familial (garde d'enfant, enseignement maternel) et de santé pour les ménages dont les enfants ont moins de 5 ans. Grâce à l'aide d'organisations

²⁴ COM(2009) 567 final.

²⁵ « Les inégalités de santé, un mal persistant », *Alternatives Économiques*, n°66, Février 2014, p. 32-38.

²⁶ « Les véritables enjeux relèvent de l'efficacité et de la solidarité », *Alternatives Économiques*, n°66, p. 82-85.

bénévoles et de parents, le secteur public fournit des services sociaux au plus proche des besoins des familles en difficulté. L'évaluation nationale menée sur ce projet a révélé de nombreux progrès en termes de vaccination, blessures accidentelles et développement social chez les enfants et des améliorations non négligeables dans l'éducation parentale.

En Allemagne, l'initiative « **Job Fit Regional** »²⁷ a mis en place des activités promotionnelles de la santé dans les structures publiques de recherche d'emplois. Les chercheurs d'emplois ont été invités à participer à des formations sur les connaissances de santé et à des cours de prévention sanitaire. Les professionnels de l'emploi ont également été formés à l'importance d'une bonne santé pour assurer le retour à l'emploi. L'évaluation du projet a révélé une amélioration des comportements ayant une influence sur la santé (alimentation, activité physique, etc.) et une réduction du stress psychosocial, des progrès non sans effet sur l'employabilité des chômeurs²⁸.

2.2 Les déterminants de la santé : qui sont les publics vulnérables ?

Les travaux de la Commission européenne en matière de santé s'appuient sur différents **indicateurs récents**, ne permettant pas de conclure à une quelconque augmentation ou diminution de ces inégalités de santé. Plusieurs années seront nécessaires avant de mesurer des tendances de manière fiable²⁹. Néanmoins, plusieurs facteurs influents se dégagent déjà.

La pénibilité du travail, la faible qualité de l'environnement, l'isolement social et la mauvaise qualité de logement sont des facteurs aggravants de la qualité de santé des personnes. Les situations de pauvreté sont trop souvent le corollaire d'un renoncement aux soins médicaux. Les personnes en situation de vulnérabilité font face à une véritable **inégalité des chances** de par les comportements à risques qu'elles adoptent : ces comportements, indépendants d'une responsabilité individuelle, sont, pour Florence Jusot, « l'influence à long terme du milieu social et familial d'origine »³⁰.

Ainsi, **les lieux de vie et de travail** sont deux environnements influents sur la santé des personnes : en Europe, 16% de la population vit encore dans un logement sans accès à l'eau courante³¹. Les emplois physiquement exigeants, sans rétribution adaptée et exposant les personnes à des risques physiques et mentaux sont également des menaces pour la santé et le bien-être des personnes concernées.

Les **comportements individuels** peuvent également influencer sur les inégalités de santé : selon les États membres et les groupes socioéconomiques, les comportements alimentaires, le niveau d'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool sont très différents. A titre d'exemple, un peu plus de 20% des personnes n'ayant aucune difficulté à payer leurs

²⁷ BKK, *Linking Health and Employment Promotion*, 2009, téléchargeable à www.gib.nrw.de : <http://bit.ly/1iorsgX>

²⁸ COMMISSION EUROPÉENNE, *Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne*, 2011, p. 14-16.

²⁹ COMMISSION EUROPÉENNE, *Health inequalities in the EU – Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot*, Décembre 2013, p. V.

³⁰ « Les inégalités de santé, un mal persistant », *Alternatives Economiques*, n°66, Février 2014, p. 32-38.

³¹ LAIMÉ, Marc, « L'Europe de l'eau : 100 millions d'européens délaissés », *Le monde diplomatique*, 13 mai 2008.

factures sont fumeurs, contre plus de 45% pour ceux qui ont des difficultés récurrentes à les payer. Par ailleurs, moins de 15% des Suédois de plus de 15 ans fument toutes les semaines contre plus de 40% des plus de 15 ans en Bulgarie, Lituanie et Lettonie³².

De la même manière, les **facteurs psychosociaux** ont une influence : c'est le cas notamment lors de situations de marginalisation ou de stress intense. Elles ont un impact au présent, mais également dans le futur : plusieurs études ont ainsi démontré que les conditions de vie précaires pendant l'enfance pouvaient avoir des répercussions à un stade ultérieur de la vie. Les enfants de famille aisée auraient, une fois adultes, un moindre risque d'être sujets à des accidents vasculaires cérébraux et des cancers de l'estomac³³.

2.3 L'enjeu communautaire : offrir une santé durable pour tous

La santé, par son caractère éminemment transversal, implique de jouer sur l'ensemble des politiques, au premier rang desquelles les trois piliers du développement durable : **l'économique, l'écologique et le social**. Étienne Caniard précisait déjà en 2011 :

« Il ne saurait être question de négliger les liens essentiels entre environnement et santé mais ils ne doivent pas occulter les autres dimensions de la santé durable, notamment la dimension sociale qui concerne les inégalités en premier lieu mais aussi la politique de la ville, la démocratie ou le rapport au travail »³⁴.

Ainsi, Étienne Caniard insiste sur la nécessité de bien identifier ceux qui courent les risques afin de mieux les protéger. Il ne s'agit pas d'opposer la santé des « riches » à la santé des « pauvres » mais bien de **prioriser les objectifs** pour orienter les solidarités vers les plus menacés. La mise en place de dispositifs de santé solidaire est dans l'intérêt de tous :

« Plus le degré d'inégalité est élevé, plus la santé de la population dans son ensemble est médiocre. Il apparaît donc que la réduction des inégalités au sein de chaque État membre pourrait contribuer à réduire les inégalités entre les États membres »³⁵.

Il s'agit donc de prendre en compte la globalité des soins des patients, de la prévention à la santé au travail, en passant par les enjeux sanitaires et médico-sociaux. En matière de santé, une stratégie de long terme est indispensable. Étienne Caniard rappelle à juste titre le principe de justice entre générations mis en évidence par John Rawls. Etant donné la capacité de l'UE à coordonner et à mettre en dialogue, elle est en mesure d'offrir un cadrage stratégique **global et durable** pour la santé en Europe.

³² COMMISSION EUROPÉENNE, *op. cit.*, 2013, p. 48-5.

³³ COMMISSION EUROPÉENNE, *op. cit.*, 2011, p. 9.

³⁴ POUR LA SOLIDARITÉ, *op. cit.*, Cahier n°25, p. 27.

³⁵ COMMISSION EUROPÉENNE, *op. cit.*, 2011, p. 8.

II. RECOMMANDATIONS : QUELLE SANTÉ POUR DEMAIN ?

Les élections de mai 2014 sont l'occasion de mettre en débat les politiques communautaires et de solliciter les élus et futurs élus sur les questions qui nous tiennent à cœur. Les politiques communautaires engagées vont dans le bon sens, mais de nombreuses initiatives gagneraient encore à être généralisées.

1. Des politiques globales pour une santé durable

Les enjeux de santé sont transversaux. Une meilleure intégration de la santé dans l'ensemble des politiques communautaires permettrait de garantir une prise en charge globale et cohérente ces enjeux.

1.1 Mettre en œuvre le concept de mainstreaming : l'approche intégrée de la santé

L'incorporation d'une perspective à tous les niveaux et dans tous les domaines, c'est ce qui a été fait avec les questions de genres, par la mise en œuvre du concept de *gender mainstreaming*³⁶. Celui-ci consiste en une **approche intégrée** de l'égalité homme-femme. En 1996, la Commission définissait le concept de mainstreaming comme l'enjeu de :

*« Mobiliser explicitement, en vue de l'égalité, l'ensemble des actions et politiques générales, en introduisant dans leur conception de façon active et visible l'attention à leurs effets possibles sur les situations respectives des femmes et des hommes »*³⁷.

Appliqué à la santé, ce concept de mainstreaming permettrait de prêter une attention particulière aux conséquences de chaque politique sur l'état de santé des personnes. La collaboration intersectorielle et la participation de tous les niveaux de pouvoir devraient permettre la mise en avant de l'importance de la santé pour les différents secteurs de politique publique et vice versa. Cette idée est déjà à l'œuvre dans le **principe de « Health in All Policies » (HiAP)** développé par la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa politique-cadre « Santé 2020 » : cette politique a été adoptée lors du 62^{ème} comité régional de septembre 2012 par les 53 États de la région. Elle vise à favoriser des mesures pangouvernementales sur la base d'une évaluation collégiale.

À l'échelle de l'UE, la réalisation du concept de mainstreaming impliquerait une meilleure **coordination des différents programmes** relatifs à la santé : en effet, si les programmes pluriannuels de santé proviennent de la DG SANCO, les stratégies relatives à la santé et la sécurité au travail sont l'apanage de la DG EMPL (Emploi et affaires sociales). De même, le plan d'actions sur la e-santé doit s'accorder avec l'agenda numérique européen. Lors de la

³⁶ Pour plus d'informations sur le gender mainstreaming, voir le site de la CEFA, rubrique « Publications », www.asblcefa.be : <http://bit.ly/1qNE98s> ou IEFH, *Le gender mainstreaming : concepts et stratégies*, 2008.

³⁷ COM (96)67 final, p. 2.

conférence du 18 mars sur les inégalités de santé en Europe, M. Robert Johnstone, membre du conseil d'administration du Forum des Patients européens, a ainsi souligné la nécessité d'adopter une approche globale en matière de santé, de traitement des inégalités et de lutte contre les discriminations.

À l'échelle des États membres, cette prescription de transversalité implique des coopérations interministérielles à l'image du plan national de santé estonien. Depuis 2009, le gouvernement a mis en place le « **National health plan 2009–2020** » (NHP)³⁸ comme approche pangouvernementale en vue d'augmenter la durée de vie en bonne santé, d'améliorer la cohésion sociale et de réduire les inégalités de santé. Dix ministères font un rapport de leur activité chaque année au comité du NHP et au gouvernement³⁹. Des mécanismes de collaboration semblables sont déjà en place en Finlande, en Suède, au Royaume-Uni et en Espagne⁴⁰.

1.2 Adapter les politiques de santé à l'évolution démographique de l'UE

L'approche intégrée serait d'autant plus pertinente que la transition démographique et les flux migratoires posent des défis de plusieurs natures. Le **vieillessement de la population** implique de repenser le marché de l'emploi, les conditions de travail, la dépendance des personnes âgées et l'assistance des personnes des 3^{ème} et 4^{ème} âges. En 2011, le solde migratoire était la principale source de croissance démographique dans l'UE, augmentant la population des 27 États membres de près d'un million de personnes⁴¹. Ces **populations immigrées** font parties des groupes vulnérables particulièrement sujets à discrimination, notamment en matière de santé. D'où la nécessité de coordonner les politiques migratoires et de santé. Madame Jakab, Directrice régionale de l'OMS Europe, expliquait début mars que c'était aux systèmes de santé de s'adapter aux enjeux migratoires :

« Nous ne pouvons autoriser un usage de la "santé" comme un argument contre les voyages et les migrations. (...) Les mouvements de masse de population ont émergé comme un facteur de risque considérable pour les maladies chroniques et infectieuses, réduisant l'accès des migrants à des soins de santé abordables dans des délais raisonnables. Les systèmes de santé devraient être accessibles à tous et doivent développer leur savoir-faire pour détecter et traiter de manière opportune les maladies importées auxquels ils ne sont pas habitués »⁴².

Le même discours a été relayé par Michel Roland, président de Médecins du monde Belgique, lors de la conférence du 18 mars, élargissant la question à la **situation des immigrés illégaux**. Selon M. Roland, ces populations décident souvent de renoncer aux soins, par peur d'être signalées ou arrêtées. Selon lui, le tourisme et les migrations de santé sont un mythe dont il faut se défaire pour permettre l'accès aux soins pour tous : « L'accessibilité aux soins

³⁸ Plus d'informations sur le NHP, consulter le site du ministère www.sm.ee : <http://bit.ly/PhVIZp>

³⁹ COMMISSION EUROPÉENNE, *op. cit.*, 2013, p.111.

⁴⁰ DE BOCK, Christian, « Un dialogue politique sur les inégalités sociales de santé », *Education et Santé*, n°290, 2013.

⁴¹ EUROSTATS, *Chiffres clés de l'Europe*, 2013, p. 38.

⁴² OMS, Région Europe, Article « Regional director: health systems should be accessible to all », Mars 2014. Extrait de www.euro.who.int : <http://bit.ly/1hxpXQh>

pour tous n'a pas d'impact sur les flux migratoires mais a par contre des effets non négligeables sur la santé publique »⁴³.

Les projets européens en la matière sont nombreux⁴⁴. À titre d'exemple, de 2009 à 2011, le réseau « **Healthy and Wealthy Together** »⁴⁵ a rassemblé des acteurs publics et privés qui travaillent à la promotion de la santé avec et pour les migrants. Les villes partenaires du projet ont ainsi mis en place des espaces de partages d'outils, de données, de bonnes pratiques et de législations et émis des recommandations à destination des décideurs.

1.3 Prendre en compte toutes les vulnérabilités : la santé inclusive

La **vulnérabilité de certains groupes** nécessite de leur prêter une attention particulière pour adapter les solutions de santé à leurs besoins. Malgré la diversité des besoins et des situations, les systèmes de santé répondent encore trop souvent par une approche unique sur le modèle du « one size fit all ». Ainsi, il est indispensable de développer des **systèmes de soins centrés sur le patient**. Les décideurs doivent s'assurer que le point de vue des patients est pris en compte de manière significative dans les politiques de santé, les patients étant « des experts par expérience »⁴⁶.

La lutte contre les discriminations s'étend bien au-delà des politiques de santé. Mais certaines initiatives ont déjà fait leurs preuves pour améliorer, sur le terrain, les conditions de santé et d'accès aux soins de groupes vulnérables. C'est le cas en Bulgarie, grâce au « **Réseau national de médiateurs de santé** »⁴⁷. À l'occasion de la conférence du 18 mars, la députée Antonyia Parvanova a présenté ce projet. Des médiateurs de santé issus de la communauté rom travaillent en son sein. La confiance en ces médiateurs a permis d'améliorer l'accès des populations roms aux services sociaux et de santé et de dépasser les discriminations dont ils faisaient l'objet jusqu'alors. Projet pilote lancé en 2001, le réseau de médiateurs a depuis fait des émules dans toute l'Europe.

2. Donner aux acteurs les moyens d'agir contre les inégalités

Nombreux sont les acteurs à se mobiliser pour lutter contre les inégalités de santé. Parmi eux, certains ont déjà fait le choix d'une santé solidaire.

2.1 Formaliser le statut des mutuelles

Les mutuelles sont des **complémentaires de santé solidaires** à même de fournir des services de santé pour tous. Pourtant, elles font encore face à de nombreux obstacles. En France, les

⁴³ Conférence de la Commission européenne « Health in Europe : making it fairer », 18 mars 2014, Bruxelles.

⁴⁴ SWD(2013) 328 final, p. 9.

⁴⁵ Les rapports sont téléchargeables sur le site de la Commission ec.europa.eu : <http://bit.ly/Od9CW3>

⁴⁶ Expression de Robert Johnstone.

⁴⁷ National Network of Health Mediator, description du projet, www.zdravenmediator.net : <http://bit.ly/1gO2NWC>

renoncements aux soins sont deux fois plus importants chez les patients sans mutuelle⁴⁸. Les enjeux ne sont pas exclusivement nationaux : un **statut de mutuelle européenne** permettrait d'instituer un nouvel instrument juridique pour la création de mutuelles dans les pays où elles n'existent pas encore. Actuellement, les statuts de société coopérative européenne (SEC) ou de société européenne (SE) ne correspondent pas au modèle de gouvernance participatif des mutuelles.

Le 14 mars dernier, le Parlement européen a adopté une résolution, insistant sur le rôle majeur des mutualités dans l'économie européenne et l'urgence de travailler à un nouveau **statut de mutualité européenne**, en parallèle d'un statut de fondation et d'association européenne⁴⁹. Dans cette résolution, le Parlement a rappelé⁵⁰ la contribution non négligeable des mutuelles dans la facilitation de l'accès aux soins, l'inclusion sociale et la prestation de services d'intérêt général abordables dans l'UE. Représentant 25% du marché de l'assurance, les mutuelles devraient être considérées « sur un pied d'égalité avec les autres formes d'entreprises dans l'Union ». Le Parlement n'a pas manqué de souligner que « l'implication des mutualités en tant qu'acteurs majeurs est essentielle pour la pérennité de la protection sociale » et la préservation du modèle social européen. Une consultation interservices est actuellement menée à la Commission⁵¹. Début avril, l'eurodéputée Marie-Christine Vergiat a néanmoins révélé qu'un statut européen pour les organisations de l'économie sociale pourrait être envisagé en lieu et place de la création de nouveaux statuts de mutuelle ou d'association européenne. Ce statut serait une refonte du statut de coopérative européenne mais l'eurodéputée s'est montrée perplexe sur la pertinence d'une telle solution juridique⁵².

2.2 Echanges de bonnes pratiques pour la formation les professionnels de santé

Au sein même des systèmes de soins nationaux, les professionnels de santé doivent être en capacité de lutter contre les inégalités de santé. Ainsi, Michel Roland rappelait la nécessité de placer **l'éthique médicale au premier plan** : le respect des besoins de chaque patient est primordial, quelque soit son statut ou ses pratiques. Malheureusement, les systèmes de santé manquent de ressources financières et humaines et accusent une inégale répartition géographique et sociale⁵³. Les « déserts médicaux » sont des zones où les inégalités d'accès aux soins sont exacerbées. En outre, les professionnels en activités n'ont souvent ni le temps ni la formation pour se consacrer à la lutte contre les inégalités de santé.

Tous les États membres connaissent ces difficultés. L'**échange de bonnes pratiques** en la matière permettrait de généraliser certaines initiatives pertinentes. Ainsi, des formations à

⁴⁸ « Les véritables enjeux relèvent de l'efficacité et de la solidarité », *Alternatives Economiques*, n°66, p. 82-85.

⁴⁹ SAW-B, *ES-Infos*, Avril 2013, n° 98. Extrait de www.saw-b.be : <http://bit.ly/1oq05vE>

⁵⁰ 2012/2039(INL).

⁵¹ La Commission a clôturé une consultation publique sur le statut de mutuelle européenne le 14 juin 2013.

⁵² Pour la Solidarité a assisté à l'Intergroupe économie sociale du Parlement européen intitulé « L'avenir des politiques d'économie sociale après la déclaration de Strasbourg » le 02 Avril 2014.

⁵³ COMMISSION EUROPÉENNE, *op. cit.*, 2011, p. 12.

destination des professionnels sont organisées pour les accompagner dans leur démarche de prise en charge de patients vulnérables. À titre d'exemple, le 25 mars, Médecins du Monde Belgique a organisé une formation⁵⁴ sur l'accès aux soins suivant le patient considéré (personne sans titre de séjour, demandeurs d'asile, touristes, personnes précarisées, etc.). La formation était animée par une assistante sociale, une psychologue et un médecin afin d'apporter des réponses aux professionnels confrontés à ces situations.

2.3 Informer pour mieux soigner : l'enjeu de la prévention

Les pays dont la protection sociale est la plus faible ont tendance à connaître un taux de mauvaise santé plus élevé. Si les dépenses de protection sociale élevées bénéficient à tous les groupes, les effets sont néanmoins plus importants chez les individus au niveau d'éducation le plus faible⁵⁵. Cette tendance se constate tout particulièrement sur les politiques de prévention : le **niveau d'éducation** serait un des facteurs le plus influent sur la santé. Selon la Commission, le niveau d'éducation garde un effet important même après neutralisation des facteurs de privation matérielle et de revenu⁵⁶.

En France, 15% des personnes éligibles à la CMU (Couverture maladie universelle) ne la perçoivent pas par manque d'information et pour cause de complexité administrative. Une **simplification des démarches d'ouverture aux droits** permettrait l'amélioration de la situation de ces personnes. Selon Étienne Caniard, l'information et la prévention sont des éléments indispensables à l'amélioration de l'état de santé des plus vulnérables. Pourtant, les politiques en la matière sont désorganisées et les financements en baisse. A défaut de pouvoir tout prévenir : « Arrêtons d'avoir une approche quantitative de la prévention et ciblons les programmes vers ceux qui en ont besoin »⁵⁷.

D'après le *EU health literacy survey*⁵⁸, près de la moitié des répondants dans 8 pays européens présentaient un **niveau insuffisant de connaissances sanitaires** élémentaires (47,6%). Les personnes présentant un niveau de connaissances en santé faibles sont souvent des personnes vulnérables (mauvaise situation sociale, niveau d'éducation faible, difficultés financières, personnes âgées, etc.). L'enjeu n'est pas seulement d'informer sur les accès aux droits mais d'aller plus loin dans le développement de connaissances de base pour améliorer le rapport des personnes à leur santé. Un projet du 7^{ème} programme cadre a déjà commencé à se pencher sur ces questions en lançant la **plateforme IROHLA** (Intervention Research On Health Literacy among Ageing population)⁵⁹ qui répertorie des projets relatifs aux connaissances de santé dans le monde entier.

⁵⁴ Formation de Médecins du monde du 25 mars 2014. Extrait de www.cass-cssa.be : <http://bit.ly/1s7STU7>

⁵⁵ COMMISSION EUROPÉENNE, *op. cit.*, 2013, p. 41.

⁵⁶ COMMISSION EUROPÉENNE, *op. cit.*, 2013, p. 60.

⁵⁷ « Les véritables enjeux relèvent de l'efficacité et de la solidarité », *Alternatives Economiques*, n°66, p. 85.

⁵⁸ HLS-EU CONSORTIUM, *Comparative Report of health literacy in Eight EU Member States*, 2012, p. 34.

⁵⁹ Site du projet : <http://www.irohla.eu>

Conclusion

« Selon une étude, le relèvement de l'état de santé de l'ensemble de la population jusqu'au niveau des personnes les plus éduquées entraînerait un bénéfique économique potentiel compris entre 1,2% et 9% du PIB »⁶⁰.

L'examen annuel de la croissance de 2014 rappelle encore le rôle stratégique de la santé pour lutter contre les impacts sociaux de la crise⁶¹. Ainsi, la santé doit être pensée de manière **globale**, comme un **investissement** ayant des retombées **transversales** sur l'ensemble des politiques de l'UE : éducation, emploi, cohésion sociale, bien-être des personnes, etc. À l'approche des élections de mai prochain, il est nécessaire de **sensibiliser les candidats** au Parlement européen et la future Commission à la nécessité de se saisir de ces enjeux. C'est un des objectifs que s'est fixée la plateforme Santé & Solidarité⁶² en lançant les 7 et 8 février 2014 sa campagne européenne pour la **défense du droit à la santé**.

De nombreux moyens sont déjà en œuvre dans le cadre de la stratégie Europe 2020 laissant entrevoir une **meilleure prise en compte des inégalités** de santé et des enjeux sociaux qui y sont liés. Mais les marges de progrès sont encore importantes, autant sur les aspects législatifs et stratégiques que sur les aspects opérationnels tels que la formation des professionnels de santé et l'information des patients. Mais les solutions pour une santé solidaire ne doivent pas venir que des institutions. John Halloran, directeur du European Social Network rappelait fin mars⁶³ l'importance du **rôle de chaque citoyen** dans l'assistance sociale de demain : les usagers ne seront plus seulement patients. Ceux-ci ont toujours été les premiers fournisseurs de services sociaux et de soins dans le secteur informel, à l'échelle de la famille, du voisinage, de la communauté. Ils le seront également demain. À chacun, dans son quotidien, de **prendre conscience** de sa capacité à contribuer à la lutte contre les inégalités et discriminations en matière de santé.

« La lutte contre les discriminations et les inégalités en matière de santé] doit tous nous concerner. Ce n'est pas quelque chose que l'on peut déléguer aux autres. Nous devons tous nous unir nos forces pour parvenir à cet objectif »⁶⁴.

⁶⁰ SEC(2009) 1397 final.

⁶¹ COMMISSION EUROPENNE, Communiqué de presse, « Santé publique : la Commission souligne le besoin d'accroître l'efficacité, l'accessibilité et la capacité d'adaptation des systèmes de santé », 4 avril 2014.

⁶² Site du projet : <http://www.sante-solidarite.be>

⁶³ A l'occasion d'un déjeuner « Decent work: access and quality of long-term care », le 19 mars 2014.

⁶⁴ Isabel De La Mata (conseillère principale santé, DG SANCO), le 18 mars 2014.

Bibliographie

Etudes et publications

ALTERNATIVES ECONOMIQUES, *Santé, l'état d'urgence*, HS n°66, Février 2014

AVISE, *L'innovation sociale en Europe*, Septembre 2009

DE BOCK, Christian, « Un dialogue politique sur les inégalités sociales de santé », *Education et Santé*, n°290, Juin 2013

CEFA, *Le Gender Mainstreaming*, 2009

EUROSTATS, *Chiffres clés de l'Europe*, 2013

HLS-EU, *Comparative Report of health literacy in Eight EU Member States*, 2012

IEFH, *Le gender mainstreaming : concepts et stratégies*, 2008

OCDE, *Panorama de la santé : Europe*, 2013

POUR LA SOLIDARITÉ, *Quels défis pour la santé en Europe*, Working paper, Septembre 2013

POUR LA SOLIDARITÉ, *L'évolution historique de la santé dans les politiques européennes*, Working paper, Septembre 2013

POUR LA SOLIDARITÉ, *Le Fonds Social européen (FSE) dans le budget européen 2014–2020 : état des lieux et enjeux pour l'économie sociale*, Working paper, Février 2012

POUR LA SOLIDARITÉ, *Le Fonds européen de développement régional (FEDER) dans le budget européen 2014–2020 : état des lieux et enjeux pour l'économie sociale*, Working paper, Février 2012

POUR LA SOLIDARITÉ, *Agir pour une santé durable*, Cahier n°25, Janvier 2011

POUR LA SOLIDARITÉ, *Les inégalités de santé en Europe*, Working paper, 2011

Documents officiels

COMMISSION EUROPÉENNE, Brochure, *Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne*, 2011

COMMISSION EUROPÉENNE, Communication, *Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne*, 2009. COM(2009) 567 final

COMMISSION EUROPÉENNE, Communication, *Un engagement renouvelé en faveur de l'Europe sociale : renforcement de la méthode ouverte de coordination pour la protection sociale et l'inclusion sociale*, 2008. COM(2008) 418 final

COMMISSION EUROPENNE, Communiqué de presse, « Santé publique : la Commission souligne le besoin d'accroître l'efficacité, l'accessibilité et la capacité d'adaptation des systèmes de santé », 4 avril 2014

COMMISSION EUROPÉENNE, Document de travail, *Report on health inequalities in the European Union*, 2013. SWD(2013) 328 final

COMMISSION EUROPÉENNE, Document de travail, *L'exploitation des possibilités de création d'emplois offertes par les services aux personnes et aux ménages*, 2012. SWD(2012) 95 final

COMMISSION EUROPÉENNE, Document de travail, *Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne*, 2009. SEC(2009) 1397 final

COMMISSION EUROPÉENNE, Livre Blanc, *Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013*, 2007. COM(2007) 630 final

COMMISSION EUROPÉENNE, Rapport, *Health inequalities in the EU – Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot*, 2013

PARLEMENT EUROPÉEN, Résolution du 14 mars 2013 contenant des recommandations à la Commission sur le statut de la mutualité européenne. 2012/2039(INI)

PARLEMENT EUROPÉEN ET CONSEIL, Règlement n° 282/2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020)

PARLEMENT EUROPÉEN ET CONSEIL, Décision n° 1350/2007/CE établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013)

PARLEMENT EUROPÉEN ET CONSEIL, Décision n° 1786/2002/CE adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008)

Conférence et colloques

COMMISSION EUROPÉENNE, Conférence du 18 mars 2014, « Health in Europe : making it fairer », Bruxelles

EDENRED, Déjeuner du 19 mars 2014, « Decent work: access and quality of long-term care », Bruxelles

PARLEMENT EUROPÉEN, Intergroupe économie sociale, Rencontre du 02 avril 2014, « L'avenir des politiques d'économie sociale après la déclaration de Strasbourg », Bruxelles

Sitographie

Site de la Commission européenne : <http://ec.europa.eu>

Site de l'Organisation Mondiale de la Santé – Région Europe : <http://www.euro.who.int>

Site de l'OCDE – Rubrique Santé : <http://www.oecd.org/fr/sante>

Site de l'Eurohealthnet : <http://eurohealthnet.eu>

Site de l'observatoire français des inégalités : <http://www.inegalites.fr>

Site de la European Foundation : <http://www.eurofound.europa.eu>

Site de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail : <https://osha.europa.eu>



Ce Working Paper est une publication électronique qui peut à tout moment être améliorée par vos remarques et suggestions. N'hésitez pas à nous contacter pour nous en faire part.

Ce projet a été financé avec le soutien de la Commission européenne. Cette publication n'engage que son auteur, et la Commission n'est pas responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations.

Collection des publications Pour la Solidarité

Directeur éditorial : Denis Stokkink

Aperçu de nos récentes publications :

Working Papers Pour la Solidarité *Éclairages sur des enjeux d'actualité*

L'inclusion sociale et l'insertion socioprofessionnelle des détenus et ex-détenus : politiques et directives européennes.

Sophie Pinilla, mars 2014

Art & handicap en Belgique francophone.

Sanjin Plakalo, février 2014

Les métiers de la création et de la culture dans la Stratégie Europe 2020.

Élise Dubetz, février 2014

Le système public suédois des retraites au prisme de la méthode ouverte de coordination : identification d'une « bonne pratique ».

Hélène Gire, février 2014

Les discriminations sur les réseaux sociaux.

Céline Brandeleer, décembre 2013

L'Europe sociale face à la crise, quels enjeux en matière d'emploi ?

Margaux Prival, septembre 2013

Pourquoi et comment l'Etat doit-il soutenir la demande de services à la personne ?

Fanny Cools, septembre 2013

L'économie sociale dans le secteur de l'énergie : le cas des coopératives d'énergie renouvelable en Europe.

Pol Cadic et Alexandra Collin, juillet 2013

Cahiers Pour la Solidarité *Résultats de recherches comparatives européennes*

La Transition : un enjeu économique et social pour la Wallonie.

Sanjin Plakalo, mars 2013

Les primo-arrivants face à l'emploi en Wallonie et à Bruxelles.

Elise Dubetz, septembre 2012

Les Emplois Verts, une nouvelle opportunité d'inclusion sociale en Europe.

Lise Barutel & autres auteurs, mai 2012

Études & Dossiers Pour la Solidarité *Analyses et réflexions sur des sujets innovants*

Les enjeux santé & logement en Région bruxelloise.

Rachida Bensliman, septembre 2013

L'impact de la 6^e réforme de l'État belge sur sa représentation au Conseil de l'UE : le cas de la filière emploi.

François Moureau, mars 2013

Services de proximité & nouvelles technologies : une union prometteuse pour l'économie plurielle.

Fanny Cools, septembre 2012



Rue Coenraets, 66
1060 Bruxelles - Belgique

www.pourlasolidarite.eu
info@pourlasolidarite.eu

Tél. : +32.2.535.06.88
Fax : +32.2.539.13.04

