

Addressing Inequalities Interventions in Regions

Réduire les inégalités de santé par les soins primaires
dans les régions européennes





Edito

Bien que les inégalités de santé continuent d'augmenter, les gouvernements nationaux et régionaux n'ont toujours pas réellement pris de mesures nécessaires pour traiter cette importante question de santé publique et sociale. Malgré une hausse continue des dépenses pour la santé et des réformes majeures du système de santé, les inégalités persistent dans les pays européens. Il est urgent d'apporter des solutions et de garantir l'accès à la santé et aux soins à tous les citoyens. C'est le rôle des décideurs politiques de faire en sorte que les questions relatives à la santé soient prises en compte dans toutes les politiques et de mettre en place des solutions efficaces en collaboration avec des scientifiques.

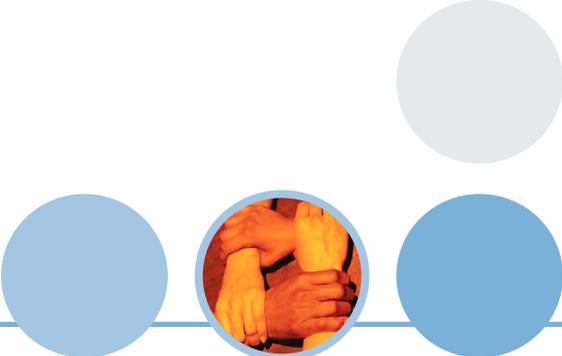
Les autorités sanitaires ont souligné l'importance des soins primaires pour améliorer la santé des citoyens et lutter contre les inégalités de santé. La promotion de la santé, la prévention et les nouvelles organisations du système de santé sont essentielles pour l'élaboration des actions innovantes et efficaces.

Le projet de recherche AIR apporte des outils et des informations sur les systèmes de santé, les politiques et les interventions contribuant de manière efficace à la réduction des inégalités de santé dans les régions européennes. Ces résultats s'inscrivent dans le cadre de la réalisation d'une base de données concernant les politiques et les actions visant à réduire les inégalités de santé par les soins primaires. Cette base de données a pour but d'aider les acteurs et les décideurs à mettre en place de nouvelles interventions ou à améliorer les actions déjà présentes sur leurs territoires.

*Solange Ménival,
Vice-présidente en charge de la Santé et des Formations sanitaires et sociales au Conseil régional d'Aquitaine
Rachid Salmi,
Coordinateur scientifique et directeur de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement de l'Université Bordeaux Segalen*

Sommaire

- 1. Interventions de lutte contre les inégalités de santé dans les régions 7
- 2. Revue de littérature 8
- 3. Identification d'interventions 9
- 4. Sélection et analyse des interventions 10
- 5. Cinq exemples d'interventions illustratives 11
- 6. Résumé des principales conclusions 16
- 7. Recommandations 18
- 8. Conclusion finale et perspectives 19



1. Interventions de lutte contre les inégalités de santé dans les régions

Le projet AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions) vise à fournir aux décideurs des éléments clés pour réduire les inégalités de santé par les soins primaires.

Aujourd'hui, les inégalités de santé se creusent de plus en plus, touchant toujours davantage de populations défavorisées. La réduction des inégalités de santé représente un enjeu important pour l'ensemble des pays européens et constitue également une priorité pour les différents programmes de santé de l'Union Européenne. Le projet AIR a débuté en novembre 2009 avec un objectif précis : assister les décideurs politiques européens, régionaux et locaux dans l'élaboration de leur politique de santé pour réduire les inégalités de santé par les soins primaires. Piloté par le Conseil régional d'Aquitaine, le projet AIR a été mené en étroite collaboration avec les partenaires du réseau ENRICH ainsi que d'autres experts de différents instituts de santé et de recherche. 31 partenaires représentant 15 pays européens ont travaillé ensemble à la définition de pratiques et de politiques permettant de réduire les inégalités de santé par les soins primaires dans les régions européennes. Le projet AIR propose des exemples d'interventions visant à réduire les inégalités de santé par les soins primaires en prenant en compte l'efficacité, les coûts et la population cible. Il fournit également des recommandations aux décideurs politiques et aux professionnels de santé. Les résultats de ce projet contribueront de manière significative à la réduction des inégalités de santé par les soins primaires dans les régions européennes.

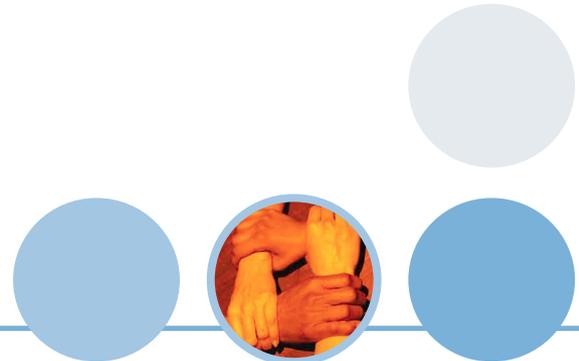
2. Revue de littérature

La première étape du projet AIR consistait à étudier de façon systématique les publications scientifiques relatives aux interventions des soins primaires contribuant à la réduction des inégalités de santé.

123 articles publiés depuis l'année 2000 ont été sélectionnés dans les bases de données de Medline, Cochrane, Health Policy Monitor et sur le site Internet de Determine, les publications de Nber et dans le rapport Eurothine. Les articles qui comportaient une évaluation quantitative d'une intervention en soins primaires en incluant un processus ou des mesures basées sur les groupes socio-économiques ont été également sélectionnés. Les interventions en soins primaires ont été définies comme celles liées à des services de soins primaires (ex : accès aux soins et à la prévention des maladies chroniques, soins maternels...) ou à une organisation (soins de premier recours, complets, coordonnés...).

107 interventions évaluées ont été analysées pour élaborer une typologie. Trois grands types d'interventions ont ainsi été identifiés : interventions pour la promotion de la santé dans les communautés; interventions destinées à améliorer l'accès financier aux soins via l'offre de soins gratuits ou des assurances santé gratuites ou une aide financière; l'organisation des soins. Dans l'ensemble, 74 % des interventions ont permis de réduire les inégalités de façon efficace en offrant des résultats comparables pour chaque type d'intervention.

Les interventions en soins primaires peuvent réduire les inégalités de santé socio-économique. L'amélioration de l'accès financier aux soins entraîne une hausse de l'utilisation des soins ainsi qu'une meilleure santé. Un accès universel aux soins doit en outre être accompagné d'actions de promotion de santé adaptées culturellement et menées par des éducateurs. Les interventions «chapeaux» peuvent également servir de cadre à la mise en place de plusieurs actions de promotion de la santé. Enfin, les interventions d'organisation des soins telles que le travail en équipe ou la gestion des maladies peuvent permettre de réduire les inégalités de santé.



3. Identification d'interventions

La deuxième étape du projet AIR consistait à réaliser une enquête. L'objectif de cette étude était de recueillir des informations concernant l'ensemble des interventions contribuant à la réduction des inégalités de santé par les soins primaires dans les régions de l'UE, ou via les politiques mises en œuvre à l'échelle nationale, régionale et locale. 47 questionnaires de 21 pays européens ont été reçus et 90 interventions collectées.

Parmi les questionnaires reçus, un tiers des personnes interrogées ont déclaré faire partie d'une stratégie nationale visant à réduire les inégalités de santé, tandis que 46 % ont répondu que la stratégie nationale de santé incluait un objectif de réduction des inégalités de santé. Un quart des régions ont déclaré s'inscrire dans une stratégie régionale spécifique visant à réduire les inégalités de santé et 67 % ont déclaré que la stratégie régionale de santé comprenait la réduction des inégalités de santé. Les interrogés ont estimé que l'éducation et les interventions ciblant des catégories d'âge ou des groupes défavorisés contribuaient à la réduction des inégalités de santé (78 % des réponses).

En ce qui concerne les actions mises en œuvre dans le cadre de stratégies régionales, la prévention et la promotion de la santé ont été considérées comme les actions les plus efficaces (99 %), suivies par l'organisation du système de santé (82 %), les financements (71 %) et l'accès aux soins (67 %).

Les résultats du premier questionnaire ont mis en évidence une sensibilisation plus importante au phénomène d'inégalités de santé au niveau national et régional, ainsi qu'une volonté croissante de prendre des mesures à l'échelle régionale. Les autres résultats positifs révélés par l'étude étaient une importante collaboration entre les différents secteurs (éducation et services sociaux) ainsi que le rôle des soins primaires, notamment pour la promotion de la santé. Le rassemblement de 90 interventions visant à réduire les inégalités de santé donne également un aperçu des initiatives et des interventions locales et régionales, reflétant la volonté d'action des gouvernements. L'enquête a toutefois révélé une faiblesse en matière d'évaluation des interventions sur la réduction des inégalités, ainsi que des difficultés à obtenir une représentation claire et complète des différentes stratégies et des résultats entre les niveaux régionaux et nationaux. Ainsi, les décideurs politiques et les praticiens d'un côté et les chercheurs de l'autre doivent d'abord réduire un premier décalage entre les données scientifiques, les connaissances et la conscience relatives aux inégalités sanitaires au sein du système de santé.

4. Sélection et analyse des interventions

La troisième étape du projet consistait à collecter, à l'aide d'un deuxième questionnaire, les informations concernant les interventions identifiées lors de la première enquête pour pouvoir les analyser en profondeur. Il s'agissait à ce stade d'évaluer les données en utilisant un ensemble de critères permettant de mesurer entre autres leur efficacité et leur qualité et puis d'élaborer un catalogue « des pratiques illustratives » et de recommandations.

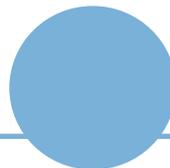
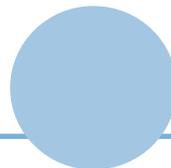
L'enquête comportait des questions contextuelles concernant les interventions, les caractéristiques du groupe ciblé par l'intervention. Les caractéristiques détaillées des interventions et de la documentation complémentaire était également nécessaire. Les questions dans l'enquête étaient conçues pour pouvoir évaluer les interventions sur la base des critères suivants : pertinence, applicabilité, innovation, assurance de la qualité, adéquation des ressources, efficacité du processus, efficacité des résultats et cohérence.

Au total, 46 interventions ont été analysées dans 16 pays européens et 20 régions. Ces interventions étaient destinées principalement à des populations des deux sexes sans catégorie d'âge particulière (41 %). Les populations urbaines et rurales ont été visées en proportion quasiment égale. Les conditions socio-économiques difficiles et les zones défavorisées ont constitué l'élément le plus fréquemment choisi pour définir la cible. Peu d'interventions consistaient à réduire les inégalités en réagissant sur des facteurs socio-économiques structurels. Les services des soins primaires comportaient non seulement des acteurs, mais également le milieu au sein duquel la plupart des interventions sont menées (74 %). Le secteur d'éducation jouait également un rôle très pertinent. La plupart du temps, une analyse était menée en amont de la mise en place de l'intervention afin d'identifier les besoins de la population (87 %). La méthode utilisée pour définir ces actions et ces activités se fondait le plus souvent sur des approches informelles de recherche dans la littérature et sur des méthodes formelles avec des experts du domaine.

L'interdisciplinarité était envisagée de façon très limitée. Seules 5 des 46 interventions ont inclus un scientifique social dans leur équipe (anthropologue, sociologue, politologue), et seules quelques-unes ont intégré des enseignants, des économistes, des politiciens, des journalistes et des conseillers juridiques. Les personnes interrogées ont fait part d'innovations dans deux domaines : de nouveaux modes de travail et des activités spécifiquement conçues pour l'intervention.

Les interventions ont été évaluées dans 80 % des cas, mais la moitié des participants seulement ont réalisé un rapport comprenant des détails concernant ce suivi. Des effets indésirables observés durant la mise en œuvre de l'intervention n'ont été que rarement évoqués (trois interventions uniquement). Le nombre d'effets inattendus est en revanche plus élevé (10 interventions) et ils étaient pour la plupart positifs.

Les trois plus grands enseignements sont : l'importance de la coopération entre les institutions et les organisations, l'implication et la motivation des professionnels et l'écoute des besoins des différents individus et institutions, ainsi que l'adaptation au contexte.



5. Cinq exemples d'interventions illustratives

Une fois les interventions analysées, chacune a été évaluée par deux évaluateurs différents qui les ont notées selon des critères préalablement établis. Suite à l'analyse et à l'évaluation de ces interventions, 5 exemples d'interventions illustratives ont été sélectionnés pour être présentés lors de la conférence finale du projet à Budapest, le 19 avril 2012.

Réseau d'action antidrogue dans une communauté locale. Projet pilote Korcula. Comté de Dubrovnik-Neretva. Croatie.

Population cible

Élèves de 12 à 18 ans de l'île de Korcula.

Objectif

Faire diminuer la consommation de drogue chez les jeunes.

Activités

- Analyse de situation et planification de stratégie.
- Activités menées dans un service des soins primaires - éducation (sensibilisation), tables rondes, ateliers, réunions.
- Autres services dédiés aux traitements des toxicomanes - ouverture de nouveaux centres de consultation : médecins spécialisés dans le traitement en substitution, promotion médiatique (télévision, tables rondes, débats publics, visites par les anciens toxicomanes de la commune, etc).
- Activités menées dans les écoles : lectures, ateliers, groupes de travail, jeux pour les enfants, expositions, débat avec les parents.
- Activités menées dans les communautés locales : actions du Groupe de travail antidrogue, éducation à travers par la lecture et des ateliers, réunion périodique, réunion avec les maires et politiciens locaux, contrôle de la vente d'alcool aux mineurs, contrôle du trafic de drogues, contrôle des enfants passant la nuit sans surveillance de parents.
- Evaluation.

Contact

Institut de santé publique du Comté de Dubrovnik-Neretva
E-mail : pavici@net.hr ; karmen.kmetovic-prkacin@zzjzdnz.hr

Interventions visant l'arrêt du tabagisme chez les personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que les détenus. Andalousie. Espagne.

Population cible

Les détenus des centres pénitentiaires, les personnes souffrant d'importants troubles psychologiques résidant dans les centres / foyers d'accueil, les communautés thérapeutiques, les centres de traitement ambulatoire à long et à moyen termes et les unités hospitalières.

Objectif

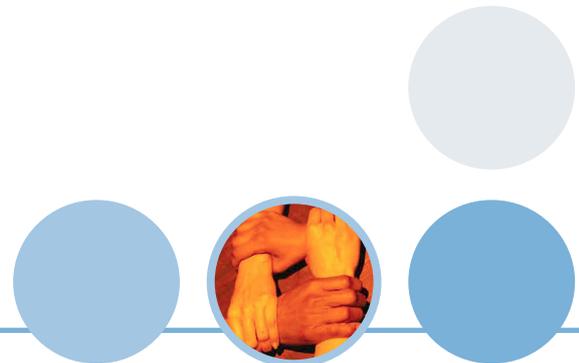
Standardisation du traitement du tabagisme dans les communautés touchées par les inégalités, élaboration et mise en œuvre d'un modèle spécifique d'intervention pour l'arrêt du tabac chez les détenus et les personnes souffrant d'importants troubles mentaux.

Activités

1. Accords de coopération avec les directeurs des institutions.
2. Analyse de la situation : étude de la consommation de tabac.
3. Sensibilisation du personnel des institutions et de leurs patients aux problèmes causés par la consommation de tabac et le tabagisme passif ; aides pour arrêter de fumer.
4. Programme de formation pour les professionnels.
5. Mise en place de services d'aide pour l'arrêt du tabac destinés aux personnes concernées.
6. Évaluation.

Contact

Secrétariat général de santé publique
E-mail : mariap.mesa.sspa@juntadeandalucia.es



Prévention et suivi du VIH/Sida. Algarve, Portugal.

Population cible

Minorités sexuelles, population carcérale, prostitués.

Objectif

Développer des activités de prévention et de consultation ainsi qu'une détection précoce du VIH dans les populations les plus vulnérables connaissant des difficultés d'accès à des services de soins institutionnalisés ainsi que dans le grand public, en utilisant des installations des instituts partenaires et / ou des unités mobiles. Objectifs : Sensibiliser sur le VIH, assurer l'orientation rapide vers une consultation hospitalière spécialisée, lutter contre la transmission de l'infection VIH, contribuer à l'acceptation sociale des personnes séropositives.

Activités

Le Centre de santé (le CAD) propose des conseils et des tests de dépistage de VIH anonymes, gratuits et confidentiels. Le CAD sert de base pour mener des activités au sein de la communauté, en assurant une formation continue ainsi que des conseils techniques pour les professionnels des différentes équipes, et en fournissant des tests de dépistage rapides et du matériel. En utilisant des unités mobiles ou ses propres installations, ce centre propose : des conseils, un dépistage (tests rapides), la distribution de matériel d'information et de préservatifs auprès des prostitués (dans la rue et à domicile), des immigrés (dans les zones dans lesquelles ils vivent ou se retrouvent souvent), dans les universités, les centres commerciaux et les centres de soins ainsi que dans les prisons selon un planning organisé en partenariat avec d'autres institutions et des ONG. Ces activités sont accentuées pendant l'été et la Journée mondiale de lutte contre le sida et intégrées à des campagnes d'information. Des supports didactiques et d'information sont créés.

Contact

Administration Régionale de Santé d'Algarve
E-mail : svrcra@arsalgarve.min-saude.pt

Programme régional de nutrition-santé pour les enfants et les adolescents. Aquitaine. France.

Population cible

Enfants et jeunes de moins de 18 ans en Aquitaine, dans le milieu scolaire, familial et médical.

Objectif

Objectif général : stopper l'augmentation du nombre de cas d'enfants en surpoids, augmenter la consommation de fruits et de légumes et promouvoir l'exercice physique.

Objectif spécifique : optimiser le dépistage précoce des enfants en surpoids, améliorer l'alimentation, mettre en œuvre des actions de santé dans les écoles.

Activités

Actions d'éducation à la santé destinées aux enfants et aux adolescents.

Formation des enseignants et du personnel de cantine. Actions de sensibilisation / information destinées au personnel médical des institutions de l'Éducation nationale (infirmières et médecins scolaires) au sujet de l'importance du dépistage précoce du surpoids ou de l'obésité.

Initiatives de formation sur l'utilisation d'outils de dépistage validés et communs. Actions de sensibilisation / formation destinées aux autorités locales et territoriales concernant l'importance de l'amélioration de l'alimentation dans les cantines. Actions de sensibilisation destinées au grand public.

Contact

Centre hospitalier universitaire et Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement de l'Université Bordeaux Segalen de Bordeaux, RéPOP
E-mail : helene.thibault@isped.u-bordeaux2.fr





Plan promotion santé 2010- 2012 de la Province du Hainaut. Belgique.

Population cible

L'ensemble de la population de la province du Hainaut.

Objectif

Réduire les inégalités sociales de santé au sein d'une population présentant un taux élevé de maladies chroniques en collaboration avec des partenaires représentant d'autres secteurs et en établissant des conditions favorables pour la santé, via des actions accessibles et adaptées aux besoins des citoyens. Continuer de travailler sur la sensibilisation et la mobilisation de la société.

Activités

105 activités ont été programmées, comme des actions d'information et de suivi relatives à la santé, une mobilisation sociale, un suivi des programmes locaux, des formations et de l'éducation à la santé, la production de matériaux (prospectus, expositions, animations de groupe), mise en réseau, médias, communication, lobbying.

Contact

Observatoire de la Santé du Hainaut

E-mail : observatoire.sante@hainaut.be

6. Résumé des principales conclusions

Le projet AIR s'est principalement concentré sur les interventions contribuant à la réduction des inégalités de santé par les soins primaires, en reconnaissant que nombre d'actions de prévention et de promotion de la santé peuvent être mises en place au niveau régional, grâce aux professionnels de santé en soins primaires. En effet, les principes fondamentaux des soins primaires visent à atteindre un accès égal à des soins adaptés aux besoins de chacun, avec un objectif de réduction des inégalités de santé.

Depuis la Seconde Guerre mondiale, les pays européens ont atteint cet objectif de différentes manières, notamment en garantissant un accès universel aux soins et en apportant des réponses aux besoins essentiels des populations. Avec l'augmentation de la prise de conscience des inégalités de santé, de nombreuses politiques nationales, régionales et locales ont intégré des objectifs visant à réduire ces inégalités.

La majorité des régions indiquent que la promotion de la santé et les interventions ciblant les groupes défavorisés font partie de leurs priorités. Néanmoins, un manque de coordination et d'intégration, entre les stratégies au niveau national et régional, a été identifié. Les priorités définies s'arrêtent souvent aux simples bonnes intentions, sans être clairement traduites dans des projets spécifiques. Les politiques et les interventions sont rarement évaluées.

La majorité des interventions sont mises en œuvre au niveau local, d'où la question des moyens pour élargir la portée des interventions afin de toucher toutes les personnes concernées par un problème précis.

Évaluation des interventions et recherche en matière de réduction des inégalités de santé

La majorité des publications scientifiques sur les interventions visant les inégalités de santé viennent des Etats-Unis et très peu d'Europe. Parmi les expériences publiées et les interventions identifiées dans les enquêtes du projet AIR, très peu se penchent sur le rôle des professionnels de santé en soins primaires et prennent en compte les inégalités territoriales et leur impact sur les inégalités de santé.

Très peu d'interventions identifiées dans les enquêtes AIR intègrent véritablement un suivi et une évaluation développés et validés scientifiquement et incluant la diffusion des résultats. Lorsqu'une évaluation existe ou est planifiée, elle ne repose pas, dans la plupart des cas, sur des approches formelles et méthodologiques et ne permet que rarement d'évaluer l'impact de l'intervention.



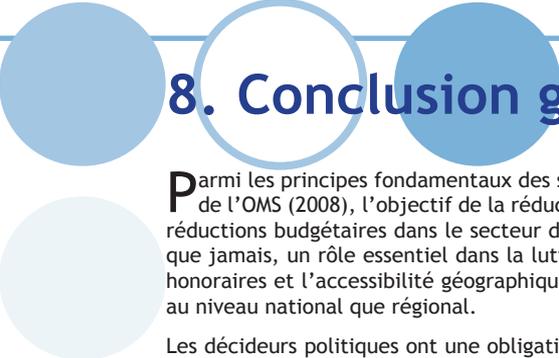
Connaissances sur les interventions efficaces, les facteurs favorisant et les obstacles

- Le genre est l'un des principaux facteurs d'inégalités dans la plupart des sociétés et les inégalités entre les hommes et les femmes ont été très peu prises en compte dans les interventions identifiées.
- Les interventions de promotion de la santé axées sur la réduction des inégalités de santé peuvent être efficaces, à condition que les membres de la communauté ciblée participent à leur mise en œuvre. Ces interventions devraient être adaptées culturellement et devraient associer les médiateurs de la communauté.
- Les interventions financières pour faciliter l'accès aux soins peuvent réduire les inégalités au niveau de l'accès aux soins, mais elles n'ont aucun effet sur les facteurs de risque. De plus, la qualité des soins peut être différente selon les personnes visées par les interventions.
- Rares sont les politiques qui établissent un lien entre les interventions spécialement développées pour réduire les inégalités de santé et les actions générales ciblant des facteurs socioéconomiques structurels, tels que le logement, l'emploi et les revenus.
- Les interventions les plus représentatives et innovantes sont celles dont les acteurs représentent des organisations, des secteurs et des disciplines pertinents qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble. La collaboration multidisciplinaire et multisectorielle est un autre facteur favorable ; en revanche l'implication d'autres secteurs en dehors de la santé, est très rare. Les médecins de premier recours sont rarement impliqués dans les interventions identifiées.
- La majorité des interventions indiquent que les populations ciblées participent dans la phase de développement et d'évaluation de l'intervention, mais tous les bénéficiaires finaux n'y sont pas intégrés.
- Parmi les principaux obstacles connus, on compte le manque de moyens humains, techniques et économiques, la réticence des institutions et des professionnels, l'incapacité de la prise en compte des spécificités culturelles et socioéconomiques de la population ciblée.
- Parmi les facteurs favorables connus figurent l'implication de médiateurs culturels et linguistiques, la participation du secteur éducatif, socio-économique et de la recherche ainsi que le support politique et institutionnel.

7. Recommandations

- La majorité des déterminants de la santé et des inégalités de santé ne sont pas liés au secteur médical, social et économique. C'est pour cette raison qu'il est essentiel d'intégrer la santé dans toutes les politiques, afin de réduire les inégalités de santé.
- Les politiques et les interventions, y compris les instruments financiers, devraient prendre en compte les besoins économiques et sociaux des populations défavorisées et ne pas se concentrer seulement sur l'accès aux soins et la promotion de la santé.
- Les politiques nationales, régionales et locales visant la réduction des inégalités de santé devraient intégrer des approches spécifiques telles que les campagnes d'information, les médiateurs culturellement adaptés, la sensibilisation des acteurs afin de mieux cibler les populations par les soins primaires.
- Les interventions contribuant à la réduction des inégalités de santé devraient toujours être fondées sur une évaluation des besoins. Cette évaluation devrait impliquer des représentants de la population ciblée afin d'adapter le contenu et les moyens de l'intervention aux spécificités culturelles et sociales. Tous les acteurs pertinents, les organisations, les secteurs et disciplines, y compris les évaluateurs scientifiques, devraient être associés dès le début dans l'intervention.
- La planification d'une intervention devrait s'appuyer sur une estimation réaliste des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs fixés. Ces ressources devraient couvrir également des coûts d'un suivi adapté et du processus d'évaluation.
- La réduction du champ d'intervention, du fait de ressources limitées, peut augmenter les inégalités et conduire à gaspiller des ressources si les objectifs ne peuvent pas être atteints.
- Lorsque les ressources sont généralement limitées, il est plus raisonnable de se concentrer sur des interventions dont l'efficacité a été prouvée scientifiquement ou de développer des nouvelles expérimentations.
- Nous croyons que le manque d'expertise scientifique ne devrait pas remettre en question les actions locales visant la réduction des inégalités de santé par les soins primaires, mais en revanche, il devrait conduire à de nouvelles expérimentations.
- La volonté politique devrait traduire et exprimer les politiques nationales ou régionales avec les ressources adéquates pour atteindre les objectifs fixés, ce qui relève de la responsabilité des décideurs politiques et du secteur public. Les ressources supplémentaires devraient être trouvées dans d'autres secteurs, mais le secteur public devrait rester un pivot du système de santé.
- Les responsables et les décideurs politiques au niveau national, régional et local doivent être conscients du fait qu'il faut du temps avant que les interventions n'apportent des résultats parfois modestes et une évaluation pertinente. Les interventions avancent petit à petit et elles doivent être protégées contre les attentes de décideurs politiques, de leurs calendriers trop courts et de résultats rapides.
- Compte tenu de l'augmentation des maladies chroniques et des risques liés aux comportements, il est urgent d'approfondir les recherches sur le rôle et l'efficacité des soins primaires pour lutter contre les inégalités de santé en Europe. Pour réduire les inégalités de santé en Europe, il est nécessaire de consacrer des ressources spécifiques pour renforcer des capacités pour que les Etats membres, les acteurs régionaux et locaux puissent mieux développer, mettre en œuvre et évaluer les interventions. Les acteurs devraient être encouragés à diffuser de l'information sur l'intervention et les résultats de leur évaluation.





8. Conclusion générale

Parmi les principes fondamentaux des soins primaires tels qu'ils sont définis dans la Déclaration d'Alma-Ata (1978) et dans le rapport de l'OMS (2008), l'objectif de la réduction des inégalités de santé est intégré. Dans le contexte actuel de la crise économique et des réductions budgétaires dans le secteur de la santé, la couverture de maladie universelle et l'accès aux soins jouent, aujourd'hui plus que jamais, un rôle essentiel dans la lutte contre l'augmentation des inégalités de santé. Cependant, les soins gratuits, la baisse des honoraires et l'accessibilité géographique aux services des soins primaires doivent être soutenus par une volonté politique, aussi bien au niveau national que régional.

Les décideurs politiques ont une obligation morale de prendre en compte les questions relatives à la santé (dans toutes les politiques économiques, environnementales, éducatives, sociales, etc.) et, de plus, de prendre des mesures pour empêcher l'augmentation des inégalités de santé.

Les partenaires associés

- CRA: Conseil régional d'Aquitaine, France.
- IRDES: Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, France.
- MeS: Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Italie.
- EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública, Andalusian School of Public Health.
- HS: Hainaut Santé, Belgique.
- DEKUT: Dekut Debreceni Kutatasfejlesztési Debrecen, Hongrie.
- UVSB2: Université Bordeaux Segalen / ISPED: Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, France.
- DPHEM: Department of Health Nottingham/NHS East Midlands, Royaume-Uni.
- UCY: Université de Chypre, Chypre.
- ResearchLink: ResearchLink sprl, Belgique.
- DUNEA: Dubrovnik Neretva County Regional Development Agency, Croatie.
- PEHRG: Poverty, Equity and Health Research Group - Université de Pérouse- Terni, Italie.
- URIT: Umbria Region Perugia, Italie.
- RT: Région Toscane Florence, Italie.
- GEORAMA: Georama NGO, Grèce.

Les partenaires collaboratifs

- County Council Gävleborg, Suède.
- EUPHA: European Public Health Association, Pays-Bas.
- ARS Aquitaine: Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, France.
- Lincolnshire Primary Care Trust, Angleterre.
- SAS: Servicio Andaluz de Salud, Espagne.
- URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé d'Aquitaine, France.
- Leicestershire County and Rutland PCT, Angleterre.
- Leicester County Council, Angleterre.
- Debrecen University, Hongrie.
- MS-LSA: Ministère de la Santé et des Affaires Sociales de Saxe-Anhalt, Allemagne.
- UOMS: Université de Sciences Appliquées de Magdebourg-Stendal, Allemagne.
- CSJA: Consejería de Salud - Junta de Andalucía, Espagne.
- RUBSI: Research center in behaviour and social issues, Chypre.
- JP11: John Paul II Hospital de Cracovie, Pologne.
- MSP: Ministry for Social Policy - Health, Elderly, Community Care, Malte.
- ARS Algarve: Administração Regional de Saúde do Algarve- IP, Portugal.

Pour plus d'informations :

<http://www.air.healthinequalities.eu/>



Solange MENIVAL,
Vice-présidente en charge de la Santé et des Formations sanitaires et sociales
au Conseil régional d'Aquitaine
solange.menival@aquitaine.fr
Ewelina PIZNAL: ewelina.piznal@aquitaine.fr