



## Programme « Société et Avenir »

### Rapport final – volet « Synthèse de recherche »<sup>1</sup>

CONTRAT DE RECHERCHE : [TA/00/15](#)

ACRONYME DU PROJET : **TAHIB**

TITRE: TACKLING HEALTH INEQUALITIES IN BELGIUM

EQUIPE (avec indication de l'Institution et de l'unité de recherche) :

COORDINATEUR (si d'application) : HERMAN VAN OYEN (INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, SANTE PUBLIQUE ET SURVEILLANCE)

PROMOTEUR(S): HERMAN VAN OYEN, PATRICK DEBOOSERE (VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL, INTERFACE DEMOGRAPHY), VINCENT LORANT (UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN, CENTRE D'ETUDES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA SANTE)

CHERCHEUR(S) : RANA CHARAFEDDINE ET STEFAAN DEMAREST (INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, SANTE PUBLIQUE ET SURVEILLANCE), MARIA-ISABELLE FARFAN PORTET (UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN, CENTRE D'ETUDES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA SANTE).

DATE : 06/01/2010

*La présente synthèse vise à diffuser les résultats de la recherche sur Internet. Elle est transmise par le coordinateur du réseau à l'administrateur de programme, pour approbation, en 3 langues : français, néerlandais et anglais.*

---

<sup>1</sup> Voir art. 5.5.2 du contrat de base.

## Liens vers les sites Internet où les travaux de l'équipe dans le cadre du projet sont mentionnés :

-<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epien/index30.htm>

-

\*\*\*\*\*

### Synthèse

Résumé du projet réalisé en reprenant les objectifs proposés et en exposant de manière synthétique et claire les résultats obtenus, les conclusions et les recommandations. Max. 10 pages, CG Omega 11 ou Arial 11.

## Contexte et objectifs

La santé des individus est influencée par leur statut socio-économique; ainsi les inégalités socio-économiques dans la distribution des ressources de notre société se reproduisent dans des inégalités de santé et de mortalité marquantes entre ces groupes. Ce constat ne fait plus de doute vu que de nombreuses études à l'échelle internationale ont établi que les taux de mortalité et de morbidité suivent généralement un gradient socio-économique prononcé : les groupes qui se situent en haut de l'échelle, soit les plus instruits ainsi que ceux qui disposent d'un revenu plus élevé et qui ont un statut professionnel plus élevé ont des taux de mortalité et de morbidité moins élevés que leurs concitoyens d'un statut social plus défavorisé. La présence de ces inégalités sociales en santé (ISS) ne fait plus de doute en Belgique, où nous retrouvons des disparités entre les groupes socio-économiques au niveau de nombreux indicateurs de santé et de bien-être, notamment l'espérance de vie (EV) et les années passées en bonne santé, la mortalité infantile, l'état de santé, l'utilisation des soins de santé, et les comportements que l'on associe habituellement à la santé tels que le tabagisme, les habitudes alimentaires ou la sédentarité.

L'intérêt pour les inégalités sociales de santé n'est pas récent. Il y a deux siècles déjà, en Grande-Bretagne, les premiers statisticiens de la santé classaient les décès par cause et par occupation. Aujourd'hui les études se multiplient et un constat demeure : malgré la réduction globale de la mortalité, malgré les progrès de la médecine, malgré les politiques d'accès universel aux services de santé et services sociaux, les plus démunis socialement sont en moins bonne santé et meurent à un âge moins avancé que les plus privilégiés. Ceci constitue un défi majeur pour les décideurs pour deux raisons. D'abord parce que ces inégalités de santé sont les causes inévitables et évitables de problèmes de santé dans la population. Ensuite parce que diminuer le fardeau des problèmes de santé et de bien-être des groupes plus défavorisés pourrait s'avérer la meilleure stratégie pour améliorer la santé de la population dans son ensemble. Il y a donc un besoin pressant de développer des politiques et des interventions effectives pour réduire ces ISS.

C'est dans ce même contexte que s'inscrit le projet TAHIB (Tackling Health Inequalities in Belgium) qui se focalise sur une meilleure compréhension des déterminants des ISS en Belgique dans le but de proposer des points d'entrées efficaces pour lutter contre les ISS. Le but général de ce projet est de

décrire l'évolution temporelle des inégalités sociales en santé et en comportements associés à la santé et d'analyser l'influence sur les ISS de facteurs individuels et de facteurs macro-sociaux. TAHIB est un projet financé par le Service Public Fédéral de Programmation Politique Scientifique (Contrat # TA/00/15), qui a commencé en Janvier 2006 et se termine en Décembre 2009. Des chercheurs de trois institutions collaborent à ce projet : l'Institut Scientifique de Santé Publique (IPH) qui est aussi le coordinateur du projet, la Vrije Universiteit Brussel (VUB), et l'Université Catholique de Louvain (UCL). Pour leur projet de recherche, les chercheurs de l'UCL ont travaillé avec des chercheurs écossais de l'Université d'Edinburgh.

Ce rapport présente les résultats des travaux entrepris dans le cadre du projet TAHIB. Il comprend 10 chapitres. Le chapitre 1 introduit le sujet en décrivant le contexte, certains concepts et les théories qui expliquent comment les inégalités socio-économiques se transforment en ISS. Le chapitre 10 présente un aperçu des conclusions et propose des recommandations politiques pour réduire les ISS. Les chapitres 2 à 9 traitent de sujets particuliers qui répondent aux objectifs spécifiques du projet. Ces objectifs sont :

**Objectif 1 :** Décrire les inégalités sociales en santé, mortalité et espérance de vie sans limitations (EVSL) selon la position sociale dans le temps.

Pour répondre à cet objectif de recherche, 3 thématiques ont été analysées : l'évolution temporelle des inégalités en espérance de vie (chapitre 2), L'évolution temporelle des inégalités en espérance de vie en santé (chapitre 3), l'effet du niveau d'instruction sur l'association entre le tabagisme et la mortalité (chapitre 5).

**Objectif 2 :** Analyser les inégalités sociales en santé en rapport avec les changements longitudinaux de la position sociale et étudier l'effet longitudinal de la position sociale (changeante) sur la santé et le style de vie.

Pour répondre à cet objectif de recherche, 2 thématiques ont été analysées : accumulation des inégalités au cours du cycle de vie (chapitre 7), et influence du changement du statut socio-économique au cours du cycle de vie sur la santé (chapitre 8).

**Objectif 3 :** Etudier l'effet des facteurs macro-sociaux sur l'inégalité sociale en santé et mortalité.

Pour répondre à cet objectif de recherche 2 thématiques ont été analysés : Effets contextuelles et santé (chapitre 6), et la santé des aidants (chapitre 9).

**Objectif 4 :** Evaluer les tendances dans le temps quant à l'association entre l'inégalité sociale en santé et l'inégalité sociale au niveau des comportements associés à la santé et des indicateurs de

santé.

Pour répondre à cet objectif de recherche, 1 thématique a été analysé : Evolution temporelle des inégalités en santé et en comportements liés à la santé (chapitre 4).

## Résultats principaux

### Résultat 1 : Les inégalités sociales en santé suivent le gradient socio-économique

Les ISS ne se réduisent pas à une opposition entre les plus riches et les plus pauvres, ou les plus instruits et les moins instruits. Nos données montrent qu'en général, les ISS suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population, où chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure: ce gradient concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Le gradient social signifie que les inégalités en santé touchent toute la société. L'existence de ce gradient a été démontrée à plusieurs reprises avec des données belges et internationales. Néanmoins, c'est important de mettre l'accent sur ce constat pour ne pas confiner la problématique des inégalités sociales de santé dans une fausse dualité (pauvreté vs richesse).

### Résultat 2 : Les inégalités sociales en mortalité et morbidité ont augmenté au cours de cette décennie

#### L'évolution temporelle des inégalités en espérance de vie

- Les espérances de vie à 25 ans ont augmenté entre 1991 et 2001 pour tous les niveaux d'instruction, mais cette augmentation est plus marquée parmi les plus instruits.
- D'où un accroissement dans les inégalités en espérance de vie à 25 ans au cours de cette décennie.

La présence des inégalités sociales en mortalité est bien connue en Belgique, mais l'évolution de ces inégalités au cours du temps l'est beaucoup moins. Dans ce contexte, la question se pose : est-ce que les inégalités sociales en mortalité ont changé récemment dans notre pays ? Le chapitre 2 de ce rapport retrace l'évolution temporelle dans les espérances de vie (EV) selon le niveau d'instruction.

L'analyse part des données des recensements 1991 et 2001 qui fournissent l'information sur le niveau d'instruction. Ces données ont été liées au registre de la population qui fournit l'information sur la mortalité pour les périodes 1991-1994 et 2001-2004. Les changements temporels dans les inégalités en espérance de vie entre les catégories d'éducation ont été examinés en utilisant les différences absolues en espérance de vie, de même que deux indices synthétiques d'inégalités : absolue et relative.

Les résultats indiquent que les EV ont augmenté pour tous les niveaux d'instruction, mais cette augmentation est plus marquée parmi les plus instruits. Ceci a pour résultat que les inégalités en EV selon le niveau d'instruction ont augmenté entre 1991 et 2001. L'utilisation d'indices d'inégalité montre néanmoins une réalité plus complexe et la nécessité d'inclure l'évolution de la composition de la population par niveau d'instruction dans une évaluation globale de l'évolution des inégalités.

### **L'évolution temporelle des inégalités en espérance de vie en santé**

- Les inégalités en espérance de vie sans incapacité à 25 ans entre ceux ayant une éducation supérieure et ceux ayant des niveaux d'instruction moins élevés ont augmenté entre 1997 et 2004.
- En d'autres termes, ceux ayant le niveau d'instruction le plus élevé vivent maintenant encore plus longtemps, vivent encore plus longtemps sans incapacité et vivent encore moins d'années en incapacités en comparaison avec ceux ayant un niveau d'instruction moins élevé.
- Quand nous tenons compte des mesures de précision, les résultats indiquent que dans le meilleur des cas, ces inégalités socio-économiques en espérance de vie sans incapacité ne montrent pas un signe de décroissance avec le temps.

Les résultats du chapitre 2 montrent que les inégalités dans les espérances de vie en Belgique ont augmenté entre 1991 et 2001. Mais examiner les tendances en mortalité seulement n'est pas suffisant pour étudier les tendances dans la santé de la population. Dans le chapitre 3, l'évolution temporelle de l'espérance de vie en santé est étudiée pour ajouter une dimension de qualité à la quantité d'années vécues. Plus spécifiquement, ce chapitre retrace l'évolution temporelle dans les espérances de vie sans incapacité (EVSI) selon le niveau d'instruction entre 1997 et 2004. Pour ce faire, des données de diverses provenances sont combinées. Les données de mortalité par niveau d'instruction proviennent du couplage des données du registre national et du recensement sur la base d'un identifiant unique présent dans les 2 bases de données. Les données de morbidité par âge, par genre et par niveau d'instruction proviennent des enquêtes de santé par interview des années 1997 et 2004 (Health Interview Survey). Les espérances de vie sans incapacité et avec incapacités ont été

calculées par genre, par niveau d'instruction et par an, en commençant par l'âge de 25 ans jusqu'à 100 ans par la méthode Sullivan.

Nos résultats indiquent qu'en 2004, les hommes et les femmes ayant le niveau d'instruction le plus élevé vivent généralement encore plus longtemps, vivent encore plus longtemps sans incapacité, et vivent encore moins d'années en incapacités comparé à 1997. Mais ces tendances varient suivant le niveau d'instruction et le genre. Quand nous tenons compte des mesures de précision, les résultats indiquent que dans le meilleur des cas, ces inégalités socio-économiques en espérance de vie sans incapacité ne montrent pas un signe de décroissance avec le temps.

### **Résultat 3 : Aucune réduction dans les inégalités en comportements liés à la santé au cours de cette décennie**

- Un statut socio-économique peu élevé s'accompagne souvent de comportements de santé peu sains et d'un moins bon état de santé.
  
- Les inégalités socio-économiques en matière de comportements de santé et d'état de santé ont un caractère persistant : il n'y a pas eu réduction de ces inégalités au cours de cette décennie.

Dans les autres chapitres de ce rapport, nos résultats montrent que les inégalités en espérances de vie et en espérances de vie sans incapacité entre les mieux instruits et les autres catégories éducatives se sont creusées pendant la dernière décennie. Une cause possible de cet accroissement des inégalités socio-économiques en santé réside dans un comportement de santé différentiel. En effet, les comportements en santé auraient pu évoluer avec le temps et influencer les EV et les EVSI. Le chapitre 4 de ce rapport répond à cette question, notamment : est-ce que les inégalités entre les différentes catégories éducatives dans les comportements de santé ont augmenté ou diminué entre 1997 et 2004? Et est-ce que cette augmentation ou diminution aurait pu influencer le changement dans les inégalités en santé?

Pour ce faire, les tendances pour plusieurs indicateurs de comportements liées à la santé sont évaluées : obésité, tabagisme, abus d'alcool, et sédentarité; ainsi que pour plusieurs indicateurs de santé : santé subjective, limitations fonctionnelles, et affectations de longue durée et handicaps. Les données des enquêtes santé de 1997, 2001 et 2004 sont utilisées. Plusieurs mesures d'inégalité absolues et relatives ont été estimées.

Les résultats montrent que des inégalités socio-économiques existent pour presque tous les indicateurs étudiés. Hormis une exception (abus d'alcool), on constate qu'en comparaison avec les personnes qui se trouvent en haut de l'hierarchie sociale, les personnes situées plus bas sur cette hiérarchie ont une tendance à fumer plus, être plus sédentaire et avoir plus de problème d'obésité. En même temps ces groupes moins éduqués ont plus tendance à évaluer leur santé comme moins bonne, à avoir plus de limitations fonctionnelles dans l'exécution de leurs activités quotidiennes, et à souffrir de plus de problèmes de santé chroniques ou d'handicaps.

En évaluant l'évolution de ces inégalités à travers le temps, leurs persistances apparaissent comme une caractéristique commune. En d'autres termes, pour certains indicateurs il y a eu un accroissement des inégalités, pour d'autres il y a eu un décroissement des inégalités; mais en tenant compte des mesures de précisions, nous concluons que les inégalités ont persisté en Belgique de 1997 à 2004. Il est important d'ajouter que la période de référence utilisée (1997-2004) est peut-être trop courte pour pouvoir décrire de manière adéquate des évolutions en matière de santé.

#### **Résultat 4 : Les effets de certains comportements de santé sont plus néfastes chez les plus défavorisés**

- La mortalité associée au tabagisme est plus importante parmi les hommes ayant un niveau d'instruction intermédiaire et parmi les femmes ayant un niveau d'instruction faible et intermédiaire en comparaison avec ceux ayant un niveau d'instruction plus élevé.
- Les effets néfastes du tabagisme sont généralement plus prononcés parmi les plus défavorisés.

L'influence du tabagisme sur la santé ne fait plus de doute, l'influence du statut socio-économique sur la santé non plus ne fait plus de doute, mais la question se pose : quel est l'effet combiné de ces deux facteurs de risque? Rares sont les études qui ont essayé de répondre à cette question. Et de ces quelques études publiées, les résultats sont assez conflictuels. Dans ce contexte, le chapitre 5 de ce rapport évalue si les effets de la consommation de tabac sur la mortalité diffèrent par niveau d'instruction en Belgique. Pour cela, deux sources de données ont été utilisés : les données des enquêtes de santé par interview des années 1997 et 2001 pour avoir les informations sur le tabagisme par âge, par genre, et par statut socio-économique, et les données de mortalité de ces mêmes personnes du Registre National. Pour analyser la relation entre mortalité, tabagisme et éducation, les taux de mortalité par genre, par niveau d'éducation et par

statut de tabagisme ont été calculés. Aussi, les risques relatifs de mortalité par statut de tabagisme et par niveau d'instruction ont été estimés par le biais d'une régression de Poisson.

Nos résultats indiquent qu'en Belgique, l'effet du tabagisme sur la mortalité est significativement différent selon le niveau d'instruction. Les gros fumeurs ayant une instruction intermédiaire ont une augmentation plus importante de leur risque de mortalité comparés aux gros fumeurs ayant un niveau d'instruction élevé et faible. Parmi les femmes les plus instruites, la consommation de tabac ne semble pas altérer significativement le risque de mortalité. Par contre, parmi les femmes les moins instruites, le risque de mortalité augmente chez les fumeurs modérés et chez les gros fumeurs. En conclusion, notre étude suggère que les individus ayant un statut socio-économique élevé sont moins sujets aux effets néfastes de la consommation de tabac comparés à leurs confrères de statut socio-économique moins élevé.

## **Résultat 5 : Pour certains indicateurs de santé, les inégalités sociales augmentent avec l'âge**

- Au sein d'une cohorte, les inégalités socio-économiques de santé subjective augmentent avec l'âge.
- Mais cette accumulation de désavantages ne s'observe pas pour la dépression.

La majorité des études transversales consacrées aux inégalités socio-économiques semblent indiquer que ces différences diminuent avec l'âge alors que d'autres soutiennent le contraire. La première hypothèse est connue sous le nom de "convergence" (les risques de santé convergent avec le vieillissement) et la seconde est appelée « désavantage cumulatif » ou divergence (les inégalités augmentent avec l'âge). Le chapitre 7 vise à tester l'hypothèse du « désavantage cumulatif », en utilisant deux indicateurs de santé : la santé subjective et la dépression. Cette étude utilise les données de l'Etude Panel des Ménages belges, qui suit un échantillon de la population Belge entre 1994 et 2002.

La théorie du désavantage cumulatif reçoit un soutien mitigé. Les inégalités de santé subjective augmentent avec le temps : pour chaque année supplémentaire, le risque d'un mauvais état de santé des personnes de faible ou moyen niveau d'études s'accroît d'au moins 6% par rapport à celles de niveau supérieur. Une telle augmentation n'est pas observée pour la dépression. En effet, dans une certaine mesure, les inégalités de dépression diminuent légèrement dans le temps.



## Résultat 6 : Les caractéristiques des milieux de vie ont une influence sur les inégalités en santé

### Effets contextuels et santé

- Nos résultats montrent que les nuisances environnementales, le faible capital social du quartier et la précarité économique du quartier augmentent le risque de mauvaise santé subjective, indépendamment du statut socio-économique individuel.
- Les minorités ethniques ont un risque plus élevé de mauvaise santé subjective. Ce risque s'explique par leur statut socio-économique plus faible et par un milieu de vie moins favorable.

Les inégalités de santé sont trop souvent abordées à un niveau individuel. Or, certains facteurs de santé n'existent qu'à un niveau collectif. En outre, de nombreuses interventions pour réduire les inégalités n'ont de sens qu'à un niveau collectif. L'objectif du chapitre 6 est d'étudier l'influence de facteurs contextuels et compositionnels sur le risque de mauvaise santé subjective.

Nos résultats montrent que les nuisances environnementales, en particulier les nuisances sonores, ont des effets assez nets sur la santé subjective. Au plus élevé est le niveau de nuisance sonore, au plus élevé est la mauvaise santé subjective. La contribution de ces nuisances aux inégalités de santé est cependant ambiguë : les nuisances sonores jouent un rôle dans les inégalités liées au marché de l'emploi ou au marché du logement. Les chômeurs et les personnes vivant en appartement souffrent plus des nuisances sonores que les autres catégories sociales. Elles n'expliquent pas les inégalités de santé liées au niveau de scolarité.

Les inégalités de santé se présentent sous diverses dimensions sociales. Nos travaux montrent l'importance des inégalités ethniques de santé et leurs liens avec les différences socio-économiques. Les minorités ethniques présentent un risque plus élevé de mauvaise santé subjective en comparaison avec la population de nationalité belge. Ce risque plus élevé s'explique par leur niveau socio-économique plus défavorable et par leur plus grande exposition à des facteurs contextuels plus défavorables.

### La santé des aidants

#### Aide informelle et population active

- Nos résultats suggèrent que la situation en matière d'emploi joue un rôle important dans la relation entre les activités d'aide et une mauvaise santé.

- Alors qu'il existe des aspects bénéfiques pour la santé générale dans le fait d'exercer un emploi formel, la politique sociale se doit de reconnaître et d'atténuer l'impact potentiellement négatif sur la santé des aidants informels qui travaillent par ailleurs.

#### Aide informelle et mortalité chez les personnes âgées prenant en charge leur conjoint malade

- Les conjoints âgés prenant en charge un conjoint malade ont une plus mauvaise santé perçue que ceux n'apportant pas d'aide.
- Dans le groupe des hommes, une moindre mortalité s'applique aux conjoints masculins non-aidants. Dans le groupe des femmes, nos résultats ne montrent pas de différence significative entre mortalité des aidantes et des non-aidantes.

Les caractéristiques de la structure familiale peuvent avoir une influence sur la santé. Dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), l'aide informelle prodiguée par des membres de la famille, des amis ou d'autres personnes est reconnue comme essentielle pour le maintien à domicile des malades chroniques, des personnes âgées ou de celles atteintes d'un handicap. En dépit d'une abondante littérature sur l'association entre mauvaise santé et aide informelle, plusieurs points restent en suspens. S'agissant tout d'abord de la population active, certaines études montrent qu'il n'existe pas de différence de santé entre aidants et non-aidants, alors que d'autres mentionnent un effet négatif, voire même positif de l'aide informelle sur la santé. Ce manque de cohérence pourrait être dû à la complexité relationnelle entre travail, charges familiales multiples et santé. Récemment, des études ont présenté des résultats contradictoires en ce qui concerne l'association entre aide informelle et risque de décès des aidants. Ainsi, une mortalité accrue a été observée parmi les conjoints s'occupant d'un partenaire atteint de la maladie d'Alzheimer. Par contre, trois autres études ont montré que les personnes prodiguant une aide présentent un risque de décès plus faible que les non-aidants. Dans ce chapitre nous analysons ces deux aspects de l'aide informelle.

Nos résultats indiquent, au chapitre 9, que pour les personnes ayant un emploi ou les chômeurs, il existe une association entre prestation de 20 heures ou plus d'aide par semaine et mauvaise santé subjective, tant en Grande-Bretagne qu'en Belgique. Malgré des régimes de sécurité sociale très différents, l'emploi joue, dans les deux pays, un rôle important dans le rapport entre aide informelle et santé. Ceci plaide en faveur du fait que la prise en charge d'un proche malade peut avoir un impact préjudiciable sur la santé même si avoir un emploi en bonne et due forme peut être bon pour la santé en général.

Nous avons aussi examiné le rapport entre aide informelle prodiguée à un conjoint âgé et mortalité de l'aidant. Nos résultats montrent que les hommes aidant leur conjoint présentent un risque de mortalité moindre que leurs homologues non-aidants. Par contre, pour les femmes, aucune différence significative de mortalité n'a été constatée entre aidantes et non-aidantes. Ces résultats plaident en faveur de différences de genre de burn-out liées à la prise en charge d'un conjoint malade.

## Recommandations et conclusion

Actuellement, la Belgique n'est pas à un stade avancé au niveau de la mise en place d'un plan d'action holistique et intégré pour réduire les inégalités sociales de santé. Il y a un certain nombre d'initiatives qui visent à réduire les inégalités en santé mais elles restent parcellées. Suite à la recherche entreprise dans le cadre de ce projet et l'expérience européenne et internationale en politique des réductions des ISS, nous recommandons plusieurs pistes de réflexions politiques : la prise de conscience du problème des ISS en Belgique, la prise en charge des ISS, le développement d'un plan d'action pour réduire les ISS, et finalement le développement d'un plan de recherche pour mieux comprendre et réduire les ISS.

Des inégalités de santé importantes existent en Belgique entre les groupes socio-économiques. Comme démontrées dans ce rapport, ces inégalités ne sont pas prêtes d'être réduites. Au contraire, pour certains indicateurs, nous avons vu que les inégalités ont augmenté récemment entre les groupes socio-économiques. Réduire ces inégalités, en améliorant la santé de ceux qui sont situés plus bas sur l'échelle hiérarchique, va générer des améliorations substantielles dans la santé de la population belge. Ceci dit, l'élimination des inégalités socio-économiques en santé n'est pas un objectif qui pourrait être atteint dans un futur proche, mais il est possible de les réduire à un niveau plus acceptable. La solution appropriée n'est pas d'investir davantage dans le système de santé ou dans les nouvelles technologies : il faut s'attaquer à la source de ces inégalités et mener des actions bien ciblées pour éviter que ces inégalités ne s'aggravent. Ceci nécessite une volonté politique ferme, des stratégies durables, intégrées et volontaristes, et surtout un travail de longue haleine.

\*

\* \*

