Document generated on 07/17/2025 8:07 a.m.

Les ateliers de l'éthique
The Ethics Forum

Éthique et santé publique

Samia A. Hurst

Volume 7, Number 3, Fall 2012

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1014390ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1014390ar

See table of contents

Publisher(s)

Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal

ISSN

1718-9977 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Hurst, S. a. (2012). Éthique et santé publique. *Les ateliers de l'éthique / The Ethics Forum*, *7*(3), 59–67. https://doi.org/10.7202/1014390ar

Tous droits réservés © Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal, 2012

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

ÉTHIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE

SAMIA A. HURST
UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Quelles sont les principales problématiques en émergence dans l'éthique de la santé publique ces 10 prochaines années? Se hasarder à prédire l'avenir nécessite toujours une certaine dose d'autodérision, mais les fondements des enjeux sur une échéance aussi proche sont en grande partie déjà présents. Ils peuvent être décrits à différents niveaux d'observation. Le premier de ces niveaux est technique : la santé publique recouvre toute une série d'interventions, dont la mise en œuvre rencontre des obstacles qui, pour certains, ont une résonance éthique. Le deuxième niveau est philosophique et politique : la dimension collective des interventions de santé publique mobilise les débats généraux concernant la liberté individuelle d'une part, et la justice distributive d'autre part. Le troisième niveau est systémique : la santé de la population peut en effet être considérée comme une ressource faisant l'objet de tensions politiques dont la visibilité est pour le moment variable. Certes, l'idée que la santé du peuple est une richesse pour la nation remonte au Siècle des lumières (1). Néanmoins, prise dans les débat centrés sur l'individu et *la* collectivité, l'éthique de la santé publique peine davantage à concevoir parmi ses objets les tensions à l'œuvre entre différentes collectivités, certaines seulement comptant parmi leurs tâches la protection des biens communs dont fait partie la santé publique.

UN BUT COMMUN : LA SANTÉ COLLECTIVE

La santé publique est l'approche visant la santé de la population plutôt que celle d'un individu. A ce titre son champ d'action fait l'objet de discussions permanentes, mais il recouvre au moins deux types d'intervention : celles qui nécessitent une action collective pour permettre l'obtention d'un bien en termes de santé et celles qui sont plus accessibles à une action collective même si elles pourraient très théoriquement également faire l'objet d'une démarche individuelle. La vaccination est un exemple du premier type : en écartant à partir d'un certain taux de couverture le risque d'épidémies, elle permet d'éloigner un danger non seulement des individus vaccinés, mais de la population toute entière. L'épuration de l'eau est un exemple du second type : même s'il serait possible en théorie de rendre chacun responsable de se procurer de l'eau propre, l'accès à une source fiable d'eau potable nécessite souvent des travaux d'une ampleur que seule une collectivité peut assumer. La première difficulté de l'éthique de la santé publique est de définir son objet, certes, mais fondamentalement elle recouvre un spectre d'interventions dont le point commun est l'objectif. Certaines sont d'ordre médical, mais d'autres non : en théorie, n'importe quelle action

ayant un impact sur la santé pourrait faire partie de son objet. La première difficulté de l'éthique de la santé publique est donc que les contours de la thématique resteront vraisemblablement controversés à l'avenir.

Malgré cela, un premier type de questions éthiques porte de manière assez classique sur les pratiques admises comme faisant partie du champ de la santé publique. A l'heure actuelle, un certain nombre de ces mesures sont clairement identifiées mais entravées par des obstacles qui incluent des conflits de valeurs. Sur le plan mondial, et dans toutes les régions sauf les plus pauvres, le rapport de l'OMS sur les *Risques de santé mondiaux* relève que les cinq facteurs de risque majeurs de mortalité sont l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'hyperglycémie, la sédentarité et l'obésité. Au fur et à mesure de leur développement, les sociétés ont tendance à échanger des risques tels que la sous-nutrition, la pollution par les foyers domestiques, l'hygiène, la qualité de l'eau et des sanitaires, contre des risques liés au tabac, à la sédentarité, à l'obésité, à la pollution urbaine et à la sécurité sur la route et au travail (2). En d'autres termes, des facteurs très fortement liés au mode de vie. Des mesures efficaces visant tous ces facteurs de risques sont connues. La lutte contre le tabagisme devrait passer par des actions d'information, par le prix du tabac, des politiques sans fumée, et un accès facile aux traitements du tabagisme (3-5). Des politiques de réduction du sel ont été implémentées dans de nombreux pays et se sont révélées efficientes (6). La sédentarité dépend en partie des choix individuels et en partie de l'existence d'espaces sûrs et accessibles pour l'intégration de l'exercice physique dans le quotidien, par exemple pour les trajets professionnels ou les ascenseurs, et du prix de l'essence (4, 5).

ENJEUX ÉTHIQUES DES PRATIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

Les difficultés éthiques soulevées par ces mesures et d'autres approches semblables font actuellement l'objet d'une proportion importante des publications en éthique de la santé publique. Elles sont typiquement abordées sous l'angle de la tension qui existe entre la liberté individuelle, y compris le droit de faire des choix délétères pour sa propre santé, et le souci collectif de la santé populationnelle, qui passerait par des incitatifs ou des règles susceptibles de la promouvoir. On peut citer comme exemples les controverses qui entourent les propositions de vaccination obligatoires (7), l'introduction d'une taxe sur les matières grasses alimentaires introduite au Danemark en 2011, ou de manière plus générale les incitatifs visant une vie plus saine (8). En Suisse, alors même que l'iodisation du sel de cuisine ne fait plus controverse, le sel sans iode demeure disponible dans les grandes surfaces.

Des ressources collectives nécessaires à des interventions médicales, comme les banques de sang ou d'autres matériaux biologiques font également partie des objets de la santé publique et c'est dans ce contexte que leurs enjeux éthiques sont débattus (9). On retrouve ici une nouvelle fois la tension entre les intérêts de l'individu et ceux de la collectivité, tout en élargissant les considérations éthiques pour y inclure des questions de protection de la vie privée, de sécurité, et de propriété des échantillons.

On affirme volontiers que le poids plus important accordé à des valeurs concernant en premier lieu la collectivité plutôt que l'individu représente une approche différente de celle, plus centrée sur l'individu, de la bioéthique « classique » (10). Le rapport de 2007 du *Nuffield Council* sur les enjeux éthiques de la santé publique met par exemple en avant l'importance d'obtenir les objectifs de santé souhaités tout en minimisant les restrictions sur la liberté des personnes, et la pesée entre le degré d'intrusion dans la sphère privée d'un programme et le bien qu'il doit engendrer pour être justifié (11).

Le premier niveau de lecture est donc celui-ci. Les interventions de santé publique, y compris les interventions médicales qui en font souvent partie, soulèvent des enjeux éthiques. Ceux-ci dépassent — plus souvent que les enjeux d'éthique médicale « classique » — le contexte d'un binôme médecin-patient pour faire intervenir des questions de liberté individuelle face aux décisions collectives (par exemple dans la question de la vaccination obligatoire) et de justice sociale (par exemple dans les questions de triage en cas d'épidémie, ou de stratification sociale des facteurs de risque pour la santé (12)). Sur ce plan, même les questions éthiques sont en quelque sorte « techniques », en cela que sont techniques les solutions que l'on peut leur envisager. Comment établir des bases de données permettant une recherche coordonnée sur le plan international, tout en protégeant le droit à la vie privée et au consentement des personnes dont les données sont partagées (13)? Comment obtenir un consentement adéquat pour la mise à disposition de sang de cordon ombilical dans une banque publique (14) ? Comment prévoir la réponse d'un hôpital à une pandémie (15), décider quels vaccins doivent être une condition de la scolarisation (16), ou quels incitatifs pour la santé individuelle sont acceptables (8) ? Résoudre ce type de problèmes de manière techniquement élégante et éthiquement justifiée est important. Dans un scénario optimiste, les progrès en cours dans ce sens se poursuivront durant la prochaine décennie. Pour que le scénario soit véritablement optimiste, cela dit, ils ne constitueraient qu'une partie du champ de l'éthique dans la santé publique.

LIBERTÉ, JUSTICE : DES CONCEPTS À TIROIRS

Le deuxième niveau de lecture est celui des controverses qui entourent certains concepts centraux: les contenus et l'importance de la liberté individuelle et de la justice sociale, notamment, peuvent se décliner de manières différentes.

La tension qui peut exister entre la liberté individuelle et des mesures spécifiques susceptibles d'améliorer la santé publique est presque devenue un lieu commun. Quand et à quelles conditions peut-on rendre obligatoire une action promouvant la santé ? La santé publique a été critiquée comme paternaliste et, à l'inverse, défendue comme une pratique dans laquelle le paternalisme pouvait être justifié (17). Il y a là un débat en cours sur les justifications légitimes d'un droit à limiter la liberté individuelle (18), ainsi que sur la valeur de la santé par rapport à d'autres aspects importants de nos vies (19).

Au-delà des questions impliquant la pesée de la liberté individuelle contre d'autres valeurs importantes dans le champ de la santé publique, se posent cependant des questions concernant le contenu de la liberté et son application concrète. Dans le contexte de la promotion de la santé collective, quelle sorte de liberté est-elle digne d'être voulue ? L'absence de contraintes extérieures limitant nos choix ? La possibilité de l'auto-détermination, qui peut impliquer que nous disposions de moyens *pour* être libres ? A titre d'exemple, la régulation de la fumée passive illustre une distinction classique entre liberté négative et liberté positive (20). Défendre une liberté négative pourrait faire critiquer comme paternaliste l'interdiction de fumer dans les lieux publics, a fortiori l'interdiction de la publicité pour le tabac, alors que défendre une liberté positive pourrait conduire à prôner ces mêmes mesures. Les critiques de ces deux concepts sont également pertinentes. La liberté positive peut par exemple être limitée par des circonstances extérieures, comme l'est par exemple la liberté de mouvement en l'absence de moyens de transport. Mais elle peut aussi être limitée par des éléments intérieurs à l'agent lui-même, comme l'addiction ou la recherche d'un plaisir immédiat comme le goût du sucre. Si la liberté positive pouvait être opposée à des impulsions intérieures de l'individu, qui devrait par exemple être « libéré » de ses désirs irrationnels pour lui permettre de poursuivre ses véritables priorités, alors on pourrait arriver à des conclusions paradoxales. À l'extrême, il deviendrait légitime d'ignorer complètement les souhaits réels des individus pour les opprimer au nom de leur « vrai soi » (20) ; une mesure qu'il serait curieux de justifier au nom de la liberté. On peut également craindre que de définir la liberté comme l'expression de certaines parties de nous-mêmes plutôt que d'autres n'implique d'accepter l'existence de devoirs envers soi-même : par exemple, un devoir de privilégier certains désirs plutôt que d'autres, en raison de notre propre bien. Ce serait là prendre nettement parti dans une controverse pour le moins aiguë (21). Qui plus est, l'admission de devoirs envers nous-mêmes pourrait en elle-même être contraire à nos raisons d'accorder de l'importance à la liberté. Celles-ci incluent non seulement la possibilité de suivre les priorités qui se trouvent être les nôtres, mais aussi le fait même d'avoir le choix sur quelles priorités poursuivre (22). Identifier le type de liberté digne d'être voulue dans le contexte spécifique de la santé publique a donc une importance pratique. Cette démarche nécessitera un apport plus important de la philosophie politique que cela n'a été le cas jusqu'à présent.

L'application du concept de liberté dans la pratique soulève également des questions importantes. Limiter la liberté individuelle était par exemple considéré par Mill comme justifié uniquement pour empêcher un tort ou une nuisance fait à autrui. Ce principe du tort semblerait à première vue interdire toute limite posée à la liberté individuelle au nom de mesures de santé publique telles que la prévention de l'obésité ou l'interdiction du tabac hors des lieux publics. Même si ces mesures bénéficient d'actions collectives, en effet, l'action qu'elles visent à promouvoir chez les individus a pour objet leur propre santé et non celle d'autrui. Le seul dommage que l'on pourrait alors reprocher aux patients semble être d'ordre financier : dans un système de santé à financement collectif, les com-

portements nuisibles à la santé font peser sur la collectivité le prix de leur prise en charge médicale. La prise en compte de ce type de « dommage » est parfois mise en avant pour justifier une forme d'exclusion de la couverture d'assurance. Cette lecture n'est cependant pas la seule possible. Il se trouve par exemple que des comportements comme le tabagisme ou la consommation excessive de sucre sont activement encouragées par le biais d'un marketing efficace (23). Le même principe du tort pourrait donc justifier une autre limite à la liberté ; non pas celle de l'individu visé et touché par la maladie, mais celle des personnes qui pratiquent cet encouragement. Il est plausible que des considérations similaires se retrouvent dans l'application de différents concepts de liberté au domaine de la santé publique. Leur exploration, qui devra dépasser le seul examen de la tension opposant « la liberté » à d'autres considérations, pourrait faire l'objet d'une partie des questions à débattre au cours de la prochaine décennie.

Sur l'autre versant de la tension entre liberté et justice sociale, les débats sur la nature de la justice ont jusqu'à présent été inclus plus explicitement dans les discussions concernant l'éthique de la santé publique (24-27). Ils ont cependant été enrichis durant la dernière décennie par le domaine d'étude croissant sur les déterminants socio-économiques de la santé (28-30). Les implications de ces données pour la santé publique sont encore incomplètement explorées. Prendre au sérieux une association entre la santé d'une population et la structure des hiérarchies au travail (28), ou encore le degré d'inégalité matérielle dans une société (29), aurait des implications dépassant largement le champ classique de la santé publique. La santé collective pourrait alors nécessiter une action sur la société dans son ensemble, plutôt que des interventions identifiées comme étant du ressort de la médecine et visant un problème de santé particulier.

En portant sur le type de liberté digne d'être voulue, et sur la justice sociale que nous nous devons les uns aux autres par-delà nos différentes priorités, les questions d'éthique dans la santé publique rejoignent ainsi celles de la sphère politique, du moins dans les pays occidentaux. Les divergences en matière de liberté individuelle et de justice sociale y font traditionnellement partie des paramètres selon lesquels se divisent les camps « de gauche », « de droite », « libéraux » ou « conservateurs »(31). Cette proximité soulève bien sûr la question du degré avec lequel l'éthique de la santé publique est et sera capable de rester indépendante, dans sa démarche, de couleurs politiques particulières. Cette difficulté est bien illustrée par nos difficultés à considérer sereinement les données scientifiques relatives à la santé publique de manière indépendante de ce type de positionnement politique (32). Ce deuxième niveau de lecture est donc philosophique mais aussi souvent politique, un de ses enjeux étant justement de savoir dans quelle mesure ces dimensions peuvent, et peut-être doivent, y rester distinctes.

LES INDIVIDUS ET LES COLLECTIVITÉS

Le troisième niveau de lecture est systémique. Les questions mentionnées jusqu'ici se situent le plus souvent entre *un* individu et *une* collectivité, le plus souvent la collectivité politique. Il est cependant également possible de consi-

dérer les enjeux éthiques dans la santé publique comme se situant entre *des* individus et *différentes* collectivités, dont certaines seulement ont pour tâche de protéger des biens communs dont fait partie la santé publique.

Considérer les questions de santé publique sous cet angle, cela peut être concevoir la santé de la population comme une ressource, faisant en tant que telle l'objet de tensions politiques. Si les choix délétères à la santé sont, du moins en partie, encouragés par la pression vers la consommation, alors ces choix délétères font partie des moteurs de profits des entreprises par le biais de ce que Galbraith appelait la « manufacture des besoins » (33). Une pression accrue sur ces collectivités privées vers la croissance ou la concurrence aura donc pour effet prévisible une pression accrue sur la santé publique. L'individu n'est pas ici le décideur qui tire profit de la manufacture des besoins qui sous-tendent les choix délétères. Protéger sa liberté de faire autrement peut parfaitement passer par une limite à la capacité de collectivités privées de faire pression sur ses choix. Plutôt que de contraindre des choix sains, il a par conséquent été proposé d'en créer les conditions ; une proposition de « paternalisme libéral » dont les enjeux restent également encore à explorer (34). Cela nécessiterait cependant une décision politique, collective, pour permettre les conditions d'une meilleure santé et des choix qui y conduisent. Dans tous ces cas de figure, il s'agit moins de pesée d'intérêts individuels et collectifs que de la place à accorder à des intérêts collectifs privés lorsqu'ils sont nuisibles à la santé. Un enjeu opposant des collectivités publiques et privées, donc, plutôt qu'une tension entre individus et *la* collectivité.

Cette pression sur la consommation devient une tenaille lorsque l'on considère que la santé des individus est également une ressource dans le monde du travail. Lorsque que celui-ci fait l'objet de pressions sur la productivité, cela génère des coûts externalisés parce que pris en charge par les collectivités politiques par le biais des systèmes de santé. Des données suggèrent que l'inactivité professionnelle pour maladie augmente également avec la pression sur les entreprises (35-37). Là aussi, protéger la santé des individus est possible en théorie. En revanche, cela nécessite des décisions politique difficiles, et contraires à des intérêts privés souvent fortement défendus : une tension, à nouveau, entre différents types de collectivités (38, 39).

Un nombre important d'enjeux discutés dans le cadre de l'éthique de la santé publique peuvent en fait être compris sous cet angle de la « santé publique écologique » (38). Dans cette optique, la santé publique doit se préoccuper de « former les conditions qui permettent la santé », en tenant compte de tous les aspects de notre environnement — naturel, mais aussi économique et social — ayant un impact sur la santé des populations.

Les enjeux normatifs des choix collectifs considérés sous cet angle sont importants, et politiquement difficiles. Il s'y ajoute que, dans ce domaine, les décisions collectives contraires à la santé des populations auront souvent également

tendance à creuser des inégalités existantes. Par exemple, augmenter la pression vers la consommation délétère à la santé d'une part, et sur la consommation de la santé au travail d'autre part, tendra vraisemblablement à suivre la voie de moindre résistance. Il faut donc s'attendre à une stratification sociale du résultat. Cela serait problématique sur les trois niveaux évoqués dans cet article. Sur le plan technique, les disparités touchant les conditions de la bonne santé sont problématiques pour les même raisons rendant problématiques les disparités dans la santé en général : la santé est une condition préalable à des choix de vie équitables (40). Sur le plan philosophique, se voir imposer des conditions qui, en vous rendant malade, vous ôtent encore plus de liberté vous cause un double tort. Ne rien y faire au nom de la protection de la liberté est bien étrange. Sur le plan systémique, le risque de voir sa santé traitée comme une ressource (en quelque sorte consommée) est mesurablement plus important chez les personnes exerçant des métiers moins qualifiés (36, 37). La protection contre ce type de risque comporte donc une dimension de protection des personnes vulnérables (41).

Comment permettre des choix sains, de manière respectueuse du type de liberté digne d'être voulue et de la justice que nous nous devons les uns aux autres ? Les questions éthiques de la santé publique devront tenir compte du fait qu'elles comportent en quelque sorte deux étages. D'abords, celui du scénario idéalisé d'individus formant une seule collectivité, avec tout son lot de difficultés vénérables de l'éthique appliquée et de la philosophie politique. Ensuite cependant, celui du scénario plus réaliste où les acteurs sont trois, et où les questions de la liberté des individus et des entités collectives que sont les entreprises privées doivent être distinguées, comme celles de la justice due aux uns et aux autres. Ce niveau de questionnement pourrait fournir, dans un scénario optimiste, le cadre des discussions les plus importantes de la prochaine décennie. Il faut cela dit ajouter que, dans un exercice de prédiction, le choix du scénario optimiste est une forme de compensation du risque qu'encourt l'auteur : rien ne dit qu'il soit ici considéré comme réaliste.

L'auteure est financée par une bourse du Fonds national suisse (FNS) de la recherche scientifique (PP00P3_123340).

NOTES

1. Barthel C. Medizinische Polizey und medizinische Aufklarung: Aspekte des offentlichen Gesundheitsdiskurses im 18. Jahrhundert Frankfurt: Campus; 1989.
2. World Health Organization (WHO). Global health risks - Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO, 2009.
3. Koh HK, Sebelius KG. Ending the tobacco epidemic. JAMA. 2012;308(8):767-8. Epub 2012/08/23.
4. Mendis S. The policy agenda for prevention and control of non-communicable diseases. British medical bulletin. 2010;96:23-43. Epub 2010/11/10.
5. Mozaffarian D, Afshin A, Benowitz NL, Bittner V, Daniels SR, Franch HA, et al. Population Approaches to Improve Diet, Physical Activity, and Smoking Habits: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2012. Epub 2012/08/22.
6. He FJ, MacGregor GA. Reducing population salt intake worldwide: from evidence to implementation. Progress in cardiovascular diseases. 2010;52(5):363-82. Epub 2010/03/17.
7. Field RI, Caplan AL. A proposed ethical framework for vaccine mandates: competing values and the case of HPV. Kennedy Inst Ethics J. 2008;18(2):111-24. Epub 2008/07/10.
8. Schmidt H, Voigt K, Wikler D. Carrots, sticks, and health care reform—problems with wellness incentives. N Engl J Med. 2010;362(2):e3. Epub 2010/01/01.
9. Meslin EM, Garba I. Biobanking and public health: is a human rights approach the tie that binds? Human genetics. 2011;130(3):451-63. Epub 2011/07/16.
10. Lee LM. Public health ethics theory: review and path to convergence. J Law Med Ethics. 2012;40(1):85-98. Epub 2012/03/31.
11. ten Have M, de Beaufort ID, Mackenbach JP, van der Heide A. An overview of ethical frameworks in public health: can they be supportive in the evaluation of programs to prevent overweight? BMC Public Health. 2010;10:638. Epub 2010/10/26.
12. Low A, Unsworth L, Low A, Miller I. Avoiding the danger that stop smoking services may exacerbate health inequalities: building equity into performance assessment. BMC Public Health. 2007;7:198.
13. Elger BS, Iavindrasana J, Lo Iacono L, Muller H, Roduit N, Summers P, et al. Strategies for health data exchange for secondary, cross-institutional clinical research. Comput Methods Programs Biomed. 2010;99(3):230-51. Epub 2010/01/22.
14. Petrini C, Farisco M. Informed consent for cord blood donation. A theoretical and empirical study. Blood transfusion = Trasfusione del sangue. 2011;9(3):292-300. Epub 2011/01/22.
15. Thompson AK, Faith K, Gibson JL, Upshur RE. Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. BMC medical ethics. 2006;7:E12. Epub 2006/12/06.
16. Opel DJ, Diekema DS, Marcuse EK. A critique of criteria for evaluating vaccines for inclusion in mandatory school immunization programs. Pediatrics. 2008;122(2):e504-10. Epub 2008/08/05.
17. Nys T. Paternalism in Public Health Care. Public Health Ethics. 2008;1(1):64-72.
18. Selgelid M. A Moderate pluralist Approach to Public Health Policy and Ethics. Public Health Ethics. 2009;2(2):195-205.
19. Wilson J. Towards a Normative Framework for Public Health Ethics and Policy. Public Health Ethics. 2009;2(2):184-94.
20. Berlin I. Two Concepts of Liberty. In: Berlin I, editor. Four Essays on Liberty. Oxford: Oxford University Press; 1969.
21. Ogien R. L'éthique aujourd'hui; maximalistes et minimalistes. Paris: Gallimard; 2007.
22. Sen A. The Idea of Justice: Belknap Press; 2009.
23. Brandt A. The Cigarette Century: the Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product that Defined America. New York: Basic Books; 2009.

24. Gostin LO, Powers M. What does social justice require for the public's health? Public health ethics and policy imperatives. Health Aff (Millwood). 2006;25(4):1053-60. Epub 2006/07/13.
25. Dawson A. The future of bioethics: three dogmas and a cup of hemlock. Bioethics. 2010;24(5):218-25. Epub 2010/05/27.
26. Wikler D, Brock DW. Population-level bioethics: mapping a new agenda. In: Dawson A, Verweij M, editors. Ethics, Prevention, and Public Health. Oxford: Oxford University Press; 2007.
27. Powers M, Faden R. Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy. New York: Oxford University Press; 2008.
28. Marmot M. The Status Syndrome; How Social Standing Affects Our Health and Longevity. London: Bloomsbury Publishings; 2004.
29. Picket K, Wilkinson R. The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger. New York: Bloomsbury Press; 2009.
30. Daniels N. Just health: Meeting Health Needs Fairly. New York: Cambridge University Press; 2008.
31. Evans G, Heath A, Lalljee M. Measuring left-right and libertarian authoritarian values in the British electorate. Brit J Sociol. 1996;47(1):93-112.
32. Hurst SA, Borisch B, Mauron A. Public health: how much evidence is needed to support our policies? Journal of public health policy. 2011;32(1):135-41. Epub 2011/01/07.
33. Galbraith JK. The Affluent Society. New York: Hughton Mifflin Company; 1958.
34. Thaler RH, Sunstein C. Nudge: Yale University Press; 2008.
35. Bartley M. Economic inactivity and health. BMJ. 2012;344:e2858. Epub 2012/05/11.
36. Minton JW, Pickett KE, Dorling D. Health, employment, and economic change, 1973-2009: repeated cross sectional study. BMJ. 2012;344:e2316. Epub 2012/05/11.
37. Bartley M, Owen C. Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. BMJ. 1996;313(7055):445-9. Epub 1996/08/24.
38. Lang T, Rayner G. Ecological public health: the 21st century's big idea? An essay by Tim Lang and Geof Rayner. BMJ. 2012;345:e5466. Epub 2012/08/24.
39. Hastings G. Why corporate power is a public health priority. BMJ. 2012;345:e5124. Epub 2012/08/24.
40. Daniels N. Just Health Care. Cambridge, New York: Cambridge University Press; 1985.
41. Hurst SA. Vulnerability in Research and Health Care: Describing the Elephant in the Room? Bioethics. 2008;22(4):191-202.