



LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

LES FAITS



Healthy Cities
Health for All



International
Centre
Health and
Society

La politique de Santé pour tous pour l'Europe : but 14

RESPONSABILITÉ MULTISECTORIELLE POUR LA SANTÉ

D'ici 2020, tous les secteurs devraient avoir reconnu et accepté leur responsabilité en matière de santé.

Résumé

Les politiques et l'action pour la santé doivent s'orienter vers une prise en compte des déterminants sociaux de la santé afin de s'attaquer aux causes de la mauvaise santé avant que celles-ci ne créent des problèmes. Cette approche est un défi aussi bien pour les décideurs que pour les acteurs de la santé publique. Les faits scientifiques concernant les déterminants sociaux sont solidement établis, mais sont pris en compte surtout par les chercheurs. Cette brochure s'inscrit dans une campagne du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe visant à présenter la réalité des déterminants sociaux sous une forme claire et compréhensible. Les grands domaines d'action des pouvoirs publics sont présentés dans dix chapitres. La campagne a pour objectif de développer la prise de conscience, stimuler le débat et promouvoir l'action.

Mots-clés

SANTÉ PUBLIQUE
FACTEURS SOCIOÉCONOMIQUES
ENVIRONNEMENT SOCIAL
ACTION SOCIALE
COMPORTEMENTS DE SANTÉ
PROMOTION DE LA SANTÉ
VILLES-SANTÉ
EUROPE

ISBN 92-890-1189-0

© Organisation mondiale de la santé

Tous les droits relatifs au présent document sont réservés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Toutefois, ce document peut faire l'objet de comptes rendus et être résumé, reproduit ou traduit (mais non en vue d'une vente ou d'une utilisation à des fins commerciales), pour autant que la source soit dûment indiquée. Pour utiliser l'emblème de l'OMS, il faut demander l'autorisation du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Toute traduction doit contenir la mention suivante : *Le traducteur du présent document est seul responsable de la fidélité de la traduction.* Le Bureau régional souhaite recevoir trois exemplaires de toute traduction. Les opinions exprimées par des auteurs nommément désignés n'engagent que ces derniers.

WBS: 663.04.01
AMS: 5026811
2000

Traduction :

Centre collaborateur OMS pour les Villes-santé francophones, Rennes ; avec le concours de Zoé Héritage, Rennes Ville-santé, et d'Olivier Grimaud.

**LES DÉTERMINANTS
SOCIAUX DE
LA SANTÉ**

LES FAITS

Sous la direction de Richard Wilkinson et Michael Marmot

COLLABORATEURS

Dr Mel Bartley

University College de Londres
Royaume-Uni

Dr David Blane

École médicale de Charing Cross
et Westminster, Londres
Royaume-Uni

Dr Eric Brunner

University College de Londres
Royaume-Uni

Dr Danny Dorling

Département de géographie
Université de Bristol
Royaume-Uni

Mme Jane Ferrie

University College Londres
Royaume-Uni

Dr Martin Jarvis

Fondation impériale de la recherche
sur le cancer
Unité comportements de santé
University College de Londres,
Royaume-Uni

Professeur Michael Marmot

University College de Londres,
Royaume-Uni

Professeur Mark McCarthy

University College de Londres
Royaume-Uni

Dr Mary Shaw

Département de géographie
Université de Bristol
Royaume-Uni

Professeur Aubrey Sheiham

University College de Londres
Royaume-Uni

Dr Stephen Stansfeld

University College de Londres
Royaume-Uni

Professeur Mike Wadsworth

Conseil médical de recherche
Enquête nationale sur la santé
et le développement
University College de Londres
Royaume-Uni

Professeur Richard Wilkinson

Université du Sussex, Brighton,
et University College de Londres
Royaume-Uni



SOMMAIRE

Collaborateurs	2
Avant-propos	4
Préface	5
Introduction	6
1 – Les disparités sociales	8
2 – Le stress	10
3 – La petite enfance	12
4 – L'exclusion sociale	14
5 – Le travail	16
6 – Le chômage	18
7 – Le soutien social	20
8 – Les toxicomanies	22
9 – L'alimentation	24
10 – Les transports	26



AVANT-PROPOS

Un appel aux décideurs et aux professionnels de santé publique pour qu'ils prennent en compte les déterminants sociaux de la santé doit reposer sur des preuves solides. La plupart des gens conçoivent intuitivement les effets positifs et négatifs de leurs conditions de vie et de travail sur leur santé. Bien qu'on ne soit pas à court de preuves avérées, le débat sur les déterminants sociaux de la santé reste encore confiné quasi exclusivement au milieu universitaire. L'histoire récente de la santé publique montre de nombreux exemples de passivité inexcusable, même lorsque les faits sont indiscutables, comme c'est le cas, par exemple, pour le tabac. Il est troublant de constater que l'industrie du tabac a fini par reconnaître qu'il existe une dépendance il y a un an seulement. Le manque d'action suffisamment énergique a été souvent imputé au fait que les preuves n'étaient pas suffisamment évidentes.

Reconnaître l'impact sur la santé des politiques et des conditions économiques et sociales pourrait avoir des effets à long terme sur les processus de décision de la société. Cela aurait une influence sur les valeurs et les principes sur lesquels les institutions sont bâties et à partir desquels s'évalue le progrès. Cependant, il est heureux de constater que les décideurs, à tous niveaux, ont intégré le besoin de prendre en compte la santé et le développement durable. Pour concrétiser cette orientation, ils ont besoin de données claires, d'orientations stratégiques et d'outils politiques. Personne n'attend de la science des réponses tranchées ; en revanche il faut que la science soit accessible, permette au débat de s'instaurer et éclaire la prise de décision.

Le Centre pour la santé urbaine du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en partenariat étroit avec le service Communications et relations extérieures et le nouveau Réseau européen de communication sur la

santé, a lancé une campagne qui vise à sensibiliser un grand nombre de personnes aux déterminants sociaux de la santé et à favoriser un débat et une action les concernant. Cette campagne entend toucher le plus grand nombre possible de défenseurs de la santé publique, de professionnels, de militants associatifs et de décideurs. Cette campagne sera l'occasion de produire et utiliser des outils attrayants et faciles à lire et traduire. Les réseaux de Villes-santé de l'OMS doivent être un des principaux promoteurs de la campagne dans la Région européenne. Cette initiative se situe dans une excellente période, qui coïncide avec le lancement de la nouvelle stratégie de la Santé pour tous, révisée pour le XXI^e siècle, le lancement de la phase III du programme Villes-santé (1998–2002), ainsi qu'avec l'engagement croissant de villes vis-à-vis du programme local Action 21. L'axe central de la campagne est constitué par la fourniture d'informations mises à jour dans les secteurs clés des déterminants sociaux, ceci dans une présentation concise et claire.

C'est ce qui a pu être réalisé grâce à un partenariat étroit entre l'OMS et l'International Centre for Health and Society de l'University College de Londres. Je souhaite exprimer ma gratitude au professeur Michael Marmot et au professeur Richard Wilkinson, qui ont coordonné la préparation et ont mis en forme les éléments de cette brochure. Le processus de réalisation a consisté en une série de séances de libre échange d'idées et de consultations. Je voudrais aussi remercier tous les membres de l'équipe scientifique qui ont participé à cet excellent travail. Je suis convaincu que cette brochure constituera un outil précieux pour la compréhension et la prise en compte des déterminants de la santé.

Je tiens à remercier particulièrement le Dr Jill Farrington, consultante de l'OMS, pour ses idées



PRÉFACE

innovantes, la qualité de sa contribution et les bonnes relations qu'elle a su établir avec le Centre. Un grand merci aussi à Mme Patricia Crowley, de l'International Centre for Health and Society, pour la façon compétente et efficace dont elle a géré toutes les étapes de la préparation des documents scientifiques. Pour terminer, un mot de remerciement à Mary Stewart Burgher, qui a mis au point le texte définitif de la brochure dans un très court délai.

Dr Agis Tsouros

Responsable du Centre pour la santé urbaine
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Traduire en politiques et en actions des acquis scientifiques est une démarche toujours complexe. Ceci est particulièrement difficile lorsque les résultats attendus risquent de modifier notre conception des politiques qui ont une influence sur la santé. Les gouvernements comme les décideurs ont mis plus d'une demi-génération à reconnaître et commencer à aborder la question des inégalités sociales en matière de santé.

Aujourd'hui, les connaissances scientifiques sur les déterminants sociaux de la santé s'accroissent rapidement. La nécessité d'orienter nos efforts dans cette direction est devenue de plus en plus évidente. Il convient donc d'agir au niveau des responsables de la santé publique, de faire connaître plus largement ces déterminants sociaux et de lancer un débat à leur sujet.

L'International Centre for Health and Society a été chargé d'étudier les déterminants sociaux de la santé et de présenter les résultats de cette recherche sous des formes utilisables par les responsables politiques et par le public. La campagne lancée par l'OMS est une occasion particulièrement opportune pour contribuer à cette gageure de promouvoir des politiques favorables à la santé.

Sir Donald Acheson,

Président de l'International Centre for Health and Society
University College de Londres



INTRODUCTION

Même dans les pays les plus développés, les riches vivent plusieurs années de plus et sont en meilleure santé que les pauvres. Ces différences de santé sont une grande injustice sociale et illustrent bien les

facteurs qui influent le plus sur la santé dans le monde moderne : les modes de vie et les conditions de vie et de travail, qui ont une influence considérable sur la santé et la longévité. Les services médicaux peuvent



Photo: WHO Healthy Cities Project

Les styles de vie et les conditions de vie et de travail des gens ont une forte influence sur leur santé.



prolonger la vie de personnes atteintes de certaines maladies graves, mais les conditions socioéconomiques qui, selon le cas, favorisent la santé ou engendrent des maladies, sont bien plus importantes sur le plan de l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population. De mauvaises conditions nuisent à la santé. Un environnement physique ou un comportement malsain ont des effets nocifs directs, mais les tracasseries et l'insécurité de la vie quotidienne, et l'absence de soutien extérieur, ont également une influence.

Cette brochure aborde dix aspects différents – mais interdépendants – des déterminants sociaux de la santé. Sont successivement développés :

- 1) la nécessité de politiques qui peuvent éviter à des personnes de se retrouver dans des situations défavorisées prolongées ;
- 2) la façon dont l'environnement social et psychologique influe sur la santé ;
- 3) l'importance d'un environnement favorable pendant la petite enfance ;
- 4) les effets du travail sur la santé ;
- 5) les problèmes résultant du chômage et de l'emploi précaire ;
- 6) le rôle de l'amitié et de la cohésion sociale ;
- 7) les dangers de l'exclusion sociale ;
- 8) les effets de l'alcool et des autres drogues ;
- 9) la nécessité de permettre à tous de bénéficier d'une alimentation saine ;
- 10) la nécessité de disposer de moyens de transports plus favorables à la santé.

L'examen de ces différents thèmes permettra d'énoncer les messages essentiels sur l'action en faveur d'une amélioration de la santé de la population des pays industrialisés d'Europe. Ces messages ont pour objet de montrer comment les facteurs économiques et sociaux influent, à tous les niveaux de la société, sur les décisions personnelles et la santé. Il incombe à chacun de s'alimenter de façon équilibrée, de faire suffisamment d'exercice et d'éviter de fumer ou de consommer trop d'alcool. En revanche, nous connaissons aujourd'hui l'importance de facteurs économiques et sociaux qui agissent sur la santé et sont souvent indépendants de la volonté des individus. Cette brochure vise donc à faire en sorte que la politique menée – à tous les échelons de décision, dans les organismes publics et privés, sur les lieux de travail et dans les quartiers – tiennent dûment compte de la nécessité d'offrir à chacun la possibilité d'être en bonne santé. C'est pourquoi cette brochure présente des informations sur ce qu'est un environnement social et économique favorable à une meilleure santé de la population.



Les conditions économiques et sociales affectent fortement la santé des individus tout au long de leur vie. C'est pourquoi les politiques de santé doivent être élaborées en fonction des déterminants sociaux et économiques de la santé.

Ce que l'on sait

Des conditions socioéconomiques défavorables affectent la santé tout au long de la vie. Ceux qui sont au plus bas de l'échelle sociale sont au moins deux fois plus exposés au risque de maladie grave ou de décès prématuré que ceux qui sont en haut de l'échelle. Entre ces deux extrêmes, il existe une variation continue de l'état de santé en fonction du niveau social. Ainsi, même les employés de bureau subalternes sont plus victimes de maladies et de décès prématurés que leurs collègues investis de responsabilités plus importantes.

La plupart des maladies et des causes de décès sont plus fréquentes au bas de la hiérarchie sociale. Cet écart social sur le plan de la santé est dû à de mauvaises conditions matérielles, à l'insécurité, à l'anxiété et au manque d'insertion sociale.

Les conditions défavorables sont multiformes, et peuvent être absolues ou relatives. Elles résultent, par exemple, de l'absence de patrimoine familial, d'un manque d'instruction, d'une situation d'emploi bloquée, de la précarité de l'emploi, de mauvaises conditions de logement ou de circonstances qui rendent difficile d'élever des enfants. Ces conditions défavorables ont tendance à toucher les mêmes personnes, et leurs effets sur la santé, par conséquent, se cumulent. Plus les gens vivent longtemps dans des conditions économiques et sociales stressantes, plus l'usure physiologique est grande, et moins ils ont de chances de vivre une vieillesse en bonne santé.

L'action à mener

La vie est semée de transitions critiques : les changements émotionnels et matériels de la petite enfance, le passage de l'école primaire au collège, le premier emploi, le départ de la maison, la fondation d'un foyer, le changement d'emploi, la perspective d'un licenciement possible et enfin la prise de la retraite. Chacun de ces changements est susceptible d'agir, favorablement ou défavorablement, sur la santé.

À chaque période de changement, ceux qui ont subi des conditions défavorables antérieures sont les plus exposés. Cela signifie que les politiques sociales doivent comprendre, outre les filets de protection traditionnels, des tremplins pour compenser les désavantages antérieurs.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

BARTLEY, M. ET AL. Health and the life course: why safety nets matter. *British medical journal*, **314**: 1194–1196 (1997).

BLANE, D. ET AL. Disease etiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *European journal of public health*, **7**: 385–391 (1997).

DAVEY SMITH, G. ET AL. Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study. *British medical journal*, **314**: 547–552 (1997).

MONTGOMERY, S. ET AL. Health and social precursors of unemployment in young men in Britain. *Journal of epidemiology and community health*, **50**: 415–422 (1996).

WUNCH, G. ET AL. Socioeconomic differences in mortality: a life course approach. *European journal of population*, **12**: 167–185 (1996).





Les mauvaises conditions économiques et sociales affectent la santé tout au long de la vie.

Pour améliorer la santé, il faut réduire les taux d'échec scolaire, la précarité de l'emploi et les écarts de revenus dans la société. Nous devons faire en sorte que moins de gens soient exclus et que ceux qui le sont le soient moins. Les politiques en matière d'éducation, d'emploi et de logement ont des effets

sur la santé. Les sociétés qui permettent à tous leurs citoyens de jouer pleinement un rôle utile dans la vie sociale, économique et culturelle se caractérisent par une meilleure situation sanitaire que celles où les gens sont confrontés à l'insécurité, à l'exclusion et la pauvreté.



2 LE STRESS

Le stress nuit à la santé.

Ce que l'on sait

Les conditions sociales et psychologiques peuvent provoquer un stress continu. Une situation prolongée d'anxiété, d'insécurité, de mauvaise opinion de soi-même, de solitude ou d'absence de maîtrise de sa vie professionnelle ou familiale peut retentir considérablement sur la santé. Ces facteurs

psychosociaux ont des effets cumulatifs avec le temps et augmentent le risque de dégradation de la santé mentale et celui de décès prématuré. Quelles que soient les circonstances de la vie, de longues périodes d'anxiété ou d'insécurité, ou encore l'absence d'un environnement social chaleureux sont préjudiciables.

Comment ces facteurs psychosociaux affectent-ils la santé physique ? Dans les situations de danger, le



Photo: Morten Overgaard, Poifoto

Le manque d'autonomie au travail et chez soi peut avoir des effets importants sur la santé.

stress engendre la production d'hormones qui agissent sur les systèmes cardiovasculaire et immunitaire. Nos hormones et notre système nerveux nous préparent à faire face à un danger physique immédiat en augmentant la fréquence cardiaque, en mobilisant le sang vers les muscles et en augmentant l'anxiété et la vigilance. Cependant, le recours trop fréquent ou trop prolongé au stress biologique est susceptible de causer de nombreux problèmes de santé. Parmi ceux-ci, on peut citer les dépressions, une plus grande vulnérabilité aux infections, l'apparition d'un diabète ou d'un taux dangereux de cholestérol ou de graisses dans le sang, et d'une hypertension, avec les risques d'infarctus ou d'accident vasculaire cérébral qui l'accompagnent.

L'espèce humaine et différents autres primates qui ont pu être étudiés à l'état sauvage et en captivité présentent des mécanismes similaires de réaction au stress psychosocial. L'étude des primates a montré que les individus dominés présentent une plus grande incidence de thromboses et d'autres modifications de leur métabolisme que les individus dominants. Ces modifications sont corrélées, chez l'homme, avec une augmentation du risque de maladie cardiovasculaire. Dans les sociétés industrialisées, plus les gens sont bas dans l'échelle sociale, plus ce type de problèmes de santé est fréquent.

L'action à mener

Il est bien sûr possible de répondre médicalement aux modifications biologiques induites par le stress en tentant de les maîtriser à l'aide de médicaments. Mais l'attention doit surtout se porter en amont, afin de remédier aux causes des problèmes de santé.

À l'école, au travail et dans d'autres circonstances, la qualité de l'environnement social et la sécurité matérielle sont souvent aussi importantes pour la

santé que l'environnement physique. Les lieux qui sont en mesure d'apporter un sentiment d'appartenance et de valorisation de soi sont plus génératrices de santé que ceux où l'on se sent exclu, déprécié et exploité.

Il faut que les pouvoirs publics acceptent que les programmes sociaux doivent prendre en compte les besoins psychosociaux autant que les besoins matériels, les deux étant sources d'anxiété et d'insécurité. Ils doivent plus spécifiquement épauler les familles avec de jeunes enfants, soutenir les activités associatives, combattre l'isolement, réduire la précarité matérielle et financière et, par l'éducation et la réinsertion, promouvoir les capacités à affronter les problèmes de l'existence.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

BRUNNER, E.J. Stress and the biology of inequality. *British medical journal*, **314**: 1472–1476 (1997).

KARASEK, R.A. & THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.

MARMOT, M.G. Does stress cause heart attacks? *Postgraduate medical journal*, **62**: 683–686. (1986)

MARMOT, M.G. ET AL. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease. *Lancet*, **350**: 235–239 (1997).

SAPOLSKY, R.M. & MOTT, G.E. Social subordination in wild baboons is associated with suppressed high density lipoprotein-cholesterol concentrations: the possible role of chronic social stress. *Endocrinology*, **121**: 1605–1610 (1987).

SHIVELY, C.A. & CLARKSON, T.B. Social status and coronary artery atherosclerosis in female monkeys. *Arteriosclerosis thrombosis*, **14**: 721–726 (1994).



3 LA PETITE ENFANCE

Ce qui se passe pendant les premières phases de développement de l'individu le marque pour la vie ; un bon départ dans la vie passe par une aide à la mère et au jeune enfant.

Ce que l'on sait

Les fondements de la santé de l'adulte s'établissent dans la période prénatale et la petite enfance. Une croissance insuffisante ou une carence affective pendant cette période augmente pour le reste de la vie le risque d'une santé physique déficiente et réduit les capacités physiques, intellectuelles et affectives de la

vie adulte. Des conditions sociales et économiques défavorables font peser une menace considérable sur le développement d'un enfant, le positionnant sur une trajectoire sociale et éducative de faible niveau.

Une alimentation déséquilibrée de la mère, ainsi que le tabagisme et la pauvreté de la famille peuvent être à l'origine d'un développement insuffisant pendant la période prénatale ou la petite enfance. Un début de croissance insuffisant est associé à une diminution des capacités fonctionnelles cardiovasculaires, respiratoires, rénales et pancréatiques de l'adulte. Le



Photo: Finn Frandsen, Polfoto

Des éléments importants de la santé des adultes sont établis dans la petite enfance.



tabagisme des parents entravent le développement respiratoire de leurs enfants, ce qui aura aussi pour effet d'augmenter leur vulnérabilité à l'âge adulte.

Le développement intellectuel de l'enfant est affecté par une alimentation et un développement physique déficients. De plus, l'état d'épuisement mental et la dépression liés à la pauvreté font que l'enfant est moins stimulé par les parents, ce qui peut perturber les liens affectifs.

La pauvreté familiale entraîne des risques sociaux en série. Dès l'enfance, cela commence par un manque de maturité et d'acceptation de l'école, puis se

poursuit par un comportement peu actif et de faibles acquisitions scolaires, et conduit à une probabilité élevée de chômage, à un sentiment de marginalité, ainsi qu'à un niveau professionnel bas et peu autonome dans la vie adulte. Ce faible niveau éducationnel et professionnel est nuisible à la santé et, à terme, au fonctionnement intellectuel lors de la vieillesse.

L'action à mener

Il faut prendre des initiatives nouvelles pour améliorer la santé et le développement au cours du premier âge, particulièrement chez les plus démunis économiquement et socialement. Les politiques devraient viser à :

- 1) réduire le tabagisme des parents ;
- 2) améliorer les connaissances des parents sur la santé et les besoins affectifs des enfants ;
- 3) mettre en place des programmes préscolaires non seulement pour améliorer l'apprentissage de la lecture et stimuler le développement intellectuel mais aussi pour réduire les troubles du comportement pendant l'enfance et faciliter les acquisitions scolaires, les chances de trouver un emploi satisfaisant et l'adoption d'un comportement favorable à la santé à l'âge adulte ;
- 4) faire participer les parents aux programmes préscolaires pour renforcer leurs effets éducatifs et réduire la maltraitance ;
- 5) assurer aux mères des ressources sociales et économiques suffisantes ;
- 6) augmenter les occasions d'acquisitions scolaires à tout âge, car l'instruction va de pair avec une meilleure prise de conscience des questions de santé et une meilleure prise en charge personnelle.

L'investissement dans de telles politiques serait très profitable à la santé et aux capacités professionnelles de la future population adulte.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

BARKER, D.J.P. *Mothers, babies and disease in later life*. London, BMJ Publishing Group, 1994.

BARKER, W. ET AL. *Child protection: the impact of the child development programme*. Bristol, Early Childhood Development Unit, University of Bristol, 1992.

HERTZMAN, C. & WIENS, M. Child development and long-term outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions. *Social science and medicine*, **43**: 1083 (1996)

KUH, D. & BEN-SHLOMO, Y. *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 1997.

ROBINS, L. & RUTTER, M., ED. *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

TAGER, I.B. ET AL. Longitudinal study of the effects of maternal smoking on pulmonary function in children. *New England journal of medicine*, **309**: 699 (1983).

SCHWEINHART, L.J. ET AL. *Significant benefits: the High/Scope Perry Preschool Study through age 27*. Ypsilanti, The High Scope Press, 1993.



L'exclusion sociale crée de la misère et coûte parfois des vies.

Ce que l'on sait

L'exclusion sociale et l'ampleur de la pauvreté relative ont un impact majeur sur la santé et sur la mort précoce. Les atteintes à la santé ne viennent pas seulement des privations matérielles mais aussi des problèmes sociaux et psychologiques de la vie en état de pauvreté.

La pauvreté, le chômage et l'absence de domicile fixe ont augmenté dans de nombreux pays dont quelques-uns figurent parmi les plus riches. Dans certains pays, pas moins d'un quart de la population totale – proportion qui est encore plus élevée en ce qui concerne les enfants – vit dans un état de pauvreté relative (ce qui correspond selon l'Union Européenne à un niveau de revenus de 50 % inférieur à celui du niveau national moyen). La pauvreté relative aussi bien que la pauvreté absolue, sont la cause d'un mauvais état de santé et de risques élevés de mort précoce. Les personnes qui ont vécu la plus grande partie de leur vie dans la pauvreté souffrent d'un état de santé particulièrement mauvais.

Les immigrés, les groupes ethniques minoritaires et les réfugiés sont particulièrement vulnérables vis-à-vis de l'exclusion sociale, et il apparaît que leurs enfants courent aussi des risques à cet égard. Ils sont parfois exclus de la citoyenneté et ont souvent aussi de moins bonnes chances de trouver un emploi et de bénéficier d'une formation. Le racisme, la discrimination et l'hostilité auxquels ils doivent souvent faire face peuvent nuire à leur santé.

De plus, la communauté a tendance à marginaliser et à rejeter les personnes malades, invalides ou vulnérables psychologiquement, telles que celles qui



Photo: Jan Gararup, Poffoto



RÉFÉRENCES PRINCIPALES

POWER, C. Health and social inequality in Europe. *British medical journal*, **309**: 1153–1160 (1994).

SIEM, H. Migration and health - the international perspective. *Schweizerische Rundschau fur Medizin Praxis*, **86**(19): 788–793 (1997).

WALKER, R. Poverty and social exclusion in Europe. In: Walker, A. & Walker, C., ed. *Britain divided: the growth of social exclusion in the 1980s and 1990s*. London, Child Poverty Action Group, 1997.

WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London, Routledge, 1996.

VAN DOORSLAER E. ET AL. Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of health economics*, **16**: 93–112 (1997).

Les sans-logis ont le taux le plus élevé de décès prématurés.

ont résidé dans des maisons d'enfants, en prison ou en hôpital psychiatrique. Celles qui présentent des problèmes de santé physique ou mentale ont souvent des difficultés à atteindre un niveau d'instruction correct ou à gagner leur vie. Les enfants handicapés risquent davantage de vivre dans la pauvreté. La déconsidération qu'entraînent les troubles mentaux, l'invalidité ou des maladies comme le sida, aggrave les choses. Les sans-logis, qui souffrent parfois de plusieurs de ces problèmes, ont les taux les plus élevés de décès précoce.

Les sociétés qui mènent une politique plus égalitaire enregistrent souvent une croissance économique plus élevée et bénéficient d'une meilleure situation sanitaire.

Les mesures à prendre

Pour s'attaquer aux méfaits de l'exclusion sur la santé, il faut prendre diverses mesures se situant à différents niveaux, et notamment :

- 1) la législation peut contribuer à protéger les droits des immigrés et des minorités, et à empêcher la discrimination ;
- 2) des interventions de santé publique devraient lever les obstacles à l'accès aux soins de santé, aux services sociaux et aux logements à prix modérés ;
- 3) l'attribution d'aides financières, un revenu national minimum correct, et des politiques en matière d'emploi et d'enseignement sont nécessaires pour lutter contre l'exclusion sociale ;
- 4) pour réduire les inégalités matérielles et l'ampleur de la pauvreté relative, le revenu et la richesse devraient être redistribués ; les sociétés plus égalitaires ont généralement une situation sanitaire plus favorable.



5 LE TRAVAIL

Le stress au travail augmente le risque de maladie.

Ce que l'on sait

Il a été démontré que le stress au travail est une composante importante des grandes différences d'état de santé, d'arrêt maladie et de mortalité prématurée observée entre les différentes couches sociales.

Plusieurs études européennes en milieu de travail montrent que l'impossibilité d'utiliser la plupart de ses compétences et d'influer sur les décisions a un effet négatif sur la santé des individus.

Un faible niveau d'autonomie dans son travail est fortement associé à un risque élevé de douleur lombaire, d'arrêt maladie et de maladie

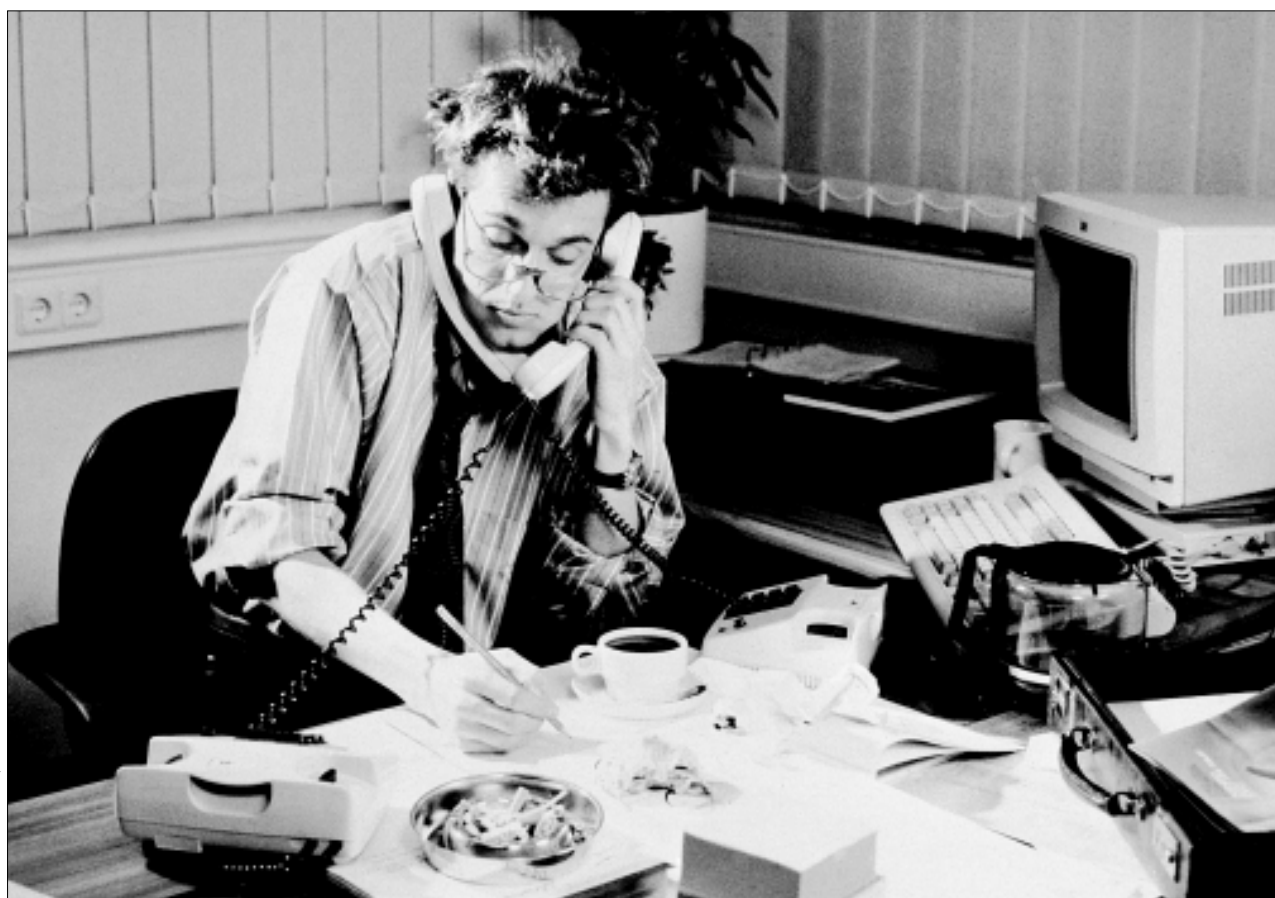


Photo: Bavaria Bild, Polfoto

Les professions qui associent forte sollicitation et peu d'autonomie présentent des risques particulièrement élevés.

cardiovasculaire. Ces risques pour la santé sont indépendants des caractéristiques psychologiques des personnes étudiées. En bref, ils semblent liés à l'environnement professionnel.

Des études ont également porté sur l'effet de la charge de travail. Certaines ont montré une relation entre charge de travail et autonomie. Le risque est en effet élevé pour les postes où la charge de travail est élevée et le niveau d'autonomie faible. Certains résultats suggèrent que la qualité des relations sociales en milieu de travail pourrait réduire ce risque.

De plus, il a été montré que le fait de ne pas être suffisamment valorisé pour les efforts fournis au travail était associé à un risque élevé de maladie

cardiovasculaire. Cette valorisation peut se manifester sur le plan financier, par la considération dont l'intéressé jouit ou par des satisfactions d'amour-propre. Sous l'effet de l'évolution actuelle du marché du travail, les perspectives de carrière pourraient changer et il pourrait devenir plus difficile de voir ses efforts reconnus.

Ces résultats indiquent que l'environnement psychosocial au travail est une composante importante des disparités de santé observées entre les couches sociales.

L'action à mener

1. Santé et productivité au travail ne sont pas opposés. Il est possible d'établir un cercle vertueux : l'amélioration des conditions de travail peut contribuer à améliorer la santé des travailleurs. Ceci aura pour conséquence d'améliorer la productivité et de créer ainsi un environnement de travail propice, à la fois à la santé et à la productivité.
2. Une participation au processus de prise de décision a de grandes chances d'être bénéfique aux salariés à tous les niveaux de l'entreprise.
3. Une modification des méthodes de travail dans les bureaux et d'autres cadres professionnels – pour permettre aux salariés d'être plus autonomes, d'accomplir des tâches plus diverses et de s'épanouir dans leur travail – est bénéfique pour la santé.
4. Tout travail insuffisamment valorisé – sur les plans de la rémunération, de la considération ou de satisfactions d'amour-propre – nuit à la santé.
5. Afin de réduire la charge représentée par les troubles de l'appareil locomoteur, il faut aménager les lieux de travail et organiser le travail de façon ergonomique.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

BOSMA, H. ET AL. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British medical journal*, **314**: 558–565 (1997).

JOHNSON, J.V. Conceptual and methodological developments in occupational stress research: an introduction to state-of-the-art reviews. *Journal of occupational health psychology*, **1**: 6–8 (1996).

KARASEK, R.A. & THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, **1**: 27–41 (1996).

THEORELL, T. & KARASEK, R.A. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of occupational health psychology*, **1**: 9–26 (1996).



6 LE CHÔMAGE

La sécurité de l'emploi améliore la santé, le bien-être et la satisfaction professionnelle.

Ce que l'on sait

Le chômage met la santé en danger et le danger est d'autant plus élevé que le taux de chômage d'une région est élevé. Des recherches menées dans plusieurs pays ont montré que les personnes au chômage et leur famille ont un risque sensiblement plus élevé de décès prématuré. Les effets du chômage sur la santé sont liés à ses conséquences tant psychologiques que financières, en particulier l'endettement.

Les effets commencent à se faire sentir dès que l'on pense que son travail est menacé et donc avant la perte de l'emploi. Ceci montre que l'anxiété suscitée par l'insécurité de l'emploi est nuisible à la santé. La précarité de l'emploi influe sur la santé mentale (particulièrement l'anxiété et la dépression), les déclarations de l'intéressé concernant ses problèmes de santé, les maladies cardiaques et leurs facteurs de risque. Comme la précarité de l'emploi ou le manque d'intérêt d'une activité professionnelle peut être aussi néfaste que le chômage, le simple fait d'avoir du travail ne protège pas la santé physique ou mentale. La qualité de l'emploi est importante.

Au cours des années 90, l'évolution des économies et des marchés du travail des pays industrialisés a exacerbé le sentiment de précarité de l'emploi. À la longue, cela contribue à un état de stress chronique d'autant plus dommageable qu'il se prolonge. Ce stress augmente l'absentéisme et le recours aux services de santé.

L'action à mener

Il faut mettre en œuvre des politiques pour atteindre les trois buts suivants :

- prévenir le chômage et la précarité du travail ;
- atténuer les difficultés liées à la condition de chômeur ;
- rétablir la sécurité de l'emploi.

Si les pouvoirs publics réduisent les fluctuations des cycles économiques, cela peut contribuer à améliorer la sécurité de l'emploi et à réduire le chômage. La réduction du temps de travail peut également être bénéfique, si elle va de pair avec la sécurité de l'emploi et la satisfaction professionnelle.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

BEALE, N. & NETHERCOTT, S. Job-loss and family morbidity: a study of a factory closure. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, **35**: 510–514 (1985).

BETHUNE, A. Unemployment and mortality. In: Drever, F. & Whitehead, M., ed. *Health inequalities*. London, H.M. Stationery Office, 1997.

BURCHELL, B. The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: Gallie, D. et al., ed. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford, Oxford University Press, 1994, pp. 188–212.

FERRIE, J. ET AL., ED. *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press) (WHO Regional Publications, European Series, No. 81).

IVERSEN, L. ET AL. Unemployment and mortality in Denmark. *British medical journal*, **295**: 879–884 (1987).



Un système éducatif performant et de bons programmes de recyclage jouent un rôle important dans la préparation des individus aux emplois disponibles. Pour ceux qui n'ont pas d'emploi, il est probable que l'octroi d'indemnités de chômage

représentant une proportion plus élevée du montant des salaires a un effet protecteur. Enfin, les sociétés de crédit mutuel peuvent jouer un rôle bénéfique en diminuant les dettes et en renforçant les réseaux de relations.



Photo: Reuters, Polfoto

Les demandeurs d'emplois et leur famille courent un risque très élevé de décès prématuré.



7

LE SOUTIEN SOCIAL

L'amitié, de bonnes relations sociales et de solides réseaux d'entraide améliorent la santé à la maison, au travail et dans le quartier.

Ce que l'on sait

Un environnement social favorable et de bonnes relations interpersonnelles ont des effets positifs sur la santé. Ils sont une source de soutien affectif et matériel dont chacun a besoin. L'appartenance à un



Photo: Fotokhronika, Polfoto

Un bon réseau social permet de se sentir soutenu.

réseau de relations et de soutien mutuel donne la sensation d'être reconnu, aimé, estimé et valorisé. Cela a un effet protecteur sur la santé.

L'environnement social agit à la fois au niveau individuel et à celui de la société. L'isolement et l'exclusion sont associés à des taux élevés de décès prématurés et à une diminution des chances de survie après un accident cardiovasculaire. Les personnes qui ont peu de liens sociaux ont moins de chances de ressentir du bien-être et risquent plus d'être déprimées, d'avoir des complications lors d'une grossesse et d'être davantage handicapées à la suite de maladies chroniques. Qui plus est, la mauvaise qualité des relations avec les proches peut affecter la santé mentale et physique.

La possibilité de trouver un soutien affectif et pratique varie selon le niveau social et économique. La pauvreté peut contribuer à l'exclusion et à la solitude.

La cohésion sociale – l'existence d'une confiance et d'un respect mutuels au sein d'une communauté et dans la société en général – tend à protéger les individus et leur santé. Dans les sociétés où les inégalités de revenus sont importantes, la cohésion sociale a tendance à être plus faible, la criminalité violente plus répandue et la mortalité plus élevée. Une étude menée au sein d'une communauté ayant une forte cohésion sociale a montré que les taux de maladie coronarienne étaient faibles mais qu'ils s'élevaient quand la cohésion sociale déclinait.

L'action à mener

Les études expérimentales suggèrent que l'existence d'un bon tissu de relations sociales peut réduire la réaction physique au stress. Des interventions menées dans des groupes à risque élevé ont montré que le développement du soutien social améliore le pronostic après une crise cardiaque, prolonge la vie de patients atteints de certains types de cancer et favorise le bon déroulement de la grossesse chez les femmes à risque.

Au sein de la population, la réduction des inégalités de revenus et la lutte contre l'exclusion sociale peuvent renforcer la cohésion sociale et améliorer la santé. L'amélioration de l'environnement social dans les écoles, au travail et dans la société en général aide les gens à se sentir valorisés et aidés dans de plus nombreux domaines de leur vie. Leur santé, particulièrement leur santé mentale, s'en trouve améliorée. Dans tous les domaines de la vie personnelle et sociale, les pratiques qui classent certains comme « socialement inférieurs ou moins importants » doivent être proscrites, car elles constituent des facteurs de division.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

BERKMAN, L.F. & SYME, S.L. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up of Alameda County residents. *American journal of epidemiology*, **109**: 186–204 (1979).

KAPLAN, G.A. ET AL. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American journal of epidemiology*, **128**: 370–380 (1988).

KAWACHI, I. ET AL. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of epidemiology and community health*, **50**(3): 245–251 (1996).

OXMAN, T.E. ET AL. Social support and depressive symptoms in the elderly. *American journal of epidemiology*, **135**: 356–368 (1992).



8 LES TOXICOMANIES

L'alcool, la drogue et le tabac ont des effets néfastes, mais la consommation de ces produits dépend du contexte social au sens large.

Ce que l'on sait

La toxicomanie est à la fois une réponse à la fracture sociale et un déterminant puissant des inégalités de santé. La drogue offre le mirage d'une échappatoire à



Photo: Teit Hornbak, Polifoto

Face aux difficultés économiques et sociales, certains croient trouver un réconfort dans l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme.

l'adversité et au stress, mais ne fait qu'empirer les problèmes.

L'alcoolisme, la consommation de drogue et le tabagisme sont étroitement associés aux indicateurs de précarité économique et sociale. Dans la Fédération de Russie, par exemple, des bouleversements sociaux se sont produits au cours de la décennie écoulée. Le nombre des décès liés à la consommation d'alcool – dus à des accidents, à des actes de violence, à des intoxications alcooliques, à des traumatismes et à des suicides – a très nettement augmenté. L'association entre alcoolisme et mort violente est présente dans d'autres pays également.

La relation de cause à effet est sans doute à double sens. On se réfugie dans l'alcool pour échapper aux dures réalités économiques et sociales, et l'alcoolisme conduit à la déchéance sociale. Hélas, après le soulagement temporaire qu'il procure, l'alcool renforce les causes mêmes qui ont incité l'intéressé à commencer à boire.

Cela vaut également pour le tabagisme. La désocialisation, quel qu'en soit l'indicateur (mauvaises conditions de logement, insuffisance des revenus, situation monoparentale, chômage ou absence de logement), est associée à des taux élevés de tabagisme et à la faible réussite des tentatives de sevrage. Le tabagisme prélève un tribut important sur les revenus des plus démunis, nuit gravement à la santé et provoque un grand nombre de décès prématurés. Or la nicotine ne réduit pas véritablement le stress, pas plus qu'elle n'améliore l'humeur.

L'action à mener

Pour résoudre le problème de la toxicomanie, il faut non seulement offrir soutien et soins aux personnes en

état de dépendance mais aussi s'attaquer au processus fondamental de désocialisation. Les politiques menées doivent réglementer l'accessibilité par les prix et la limitation des licences de vente, par exemple. Mais il faut aussi informer le public au sujet de modes de consommation moins néfastes, recourir à l'éducation sanitaire afin de dissuader les jeunes de se mettre à consommer des substances nocives, et mettre en oeuvre des traitements efficaces pour les toxicomanes.

Aucune de ces mesures ne réussira si les conditions sociales sur lesquelles se développent la toxicomanie restent inchangées. On ne peut montrer du doigt le seul consommateur. Cela revient à rejeter la responsabilité sur la victime, au lieu de s'attaquer aux circonstances sociales complexes qui engendrent la toxicomanie. Une politique efficace de lutte contre les drogues doit donc s'inscrire dans le cadre général de la politique économique et sociale.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

MAKELA, P. ET AL.
Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *British medical journal*, **315** : 211–216 (1997).

MARKOV, K.V. ET AL.
Incidence of alcohol drinking and the structure of causes of death in men 40-54 years of age. *Sovetskoe Zdravookhranenie*, **4**: 8–15 (1990).

MARSH, A. & MCKAY, S. *Poor smokers*. London, Policy Studies Institute, 1994.

MELTZER, H. ET AL. *Economic activity and social functioning of adults with psychiatric disorders*. London, H.M. Stationery Office, 1996 (OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 3).

RYAN, M. Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation. *British medical journal*, **310**: 646–648 (1995).



L'alimentation saine est une question politique.

Ce que l'on sait

Un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires sont essentiels pour la santé et le bien-être. Les pénuries alimentaires et le manque de variété des aliments engendrent la malnutrition et des maladies carencielles. L'excès de nourriture (également une forme de malnutrition) contribue à l'apparition de maladies cardiovasculaires, du diabète, du cancer, de maladies dégénératives de l'œil, de l'obésité et de caries dentaires. Le manque d'aliments côtoie l'abondance. Le véritable problème de santé publique réside dans la disponibilité et le coût d'aliments sains et nourrissants. La possibilité de se procurer des aliments sains et bon marché a des effets plus importants sur les habitudes alimentaires que les efforts d'éducation pour la santé.

L'industrialisation a eu pour effet une modification épidémiologique : les maladies infectieuses ont régressé et les maladies chroniques ont progressé (en particulier les affections cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et le cancer). Ce phénomène s'est accompagné d'une modification nutritionnelle, avec l'arrivée d'une surconsommation de graisses et de sucres à teneur élevée en énergie, entraînant une progression de l'obésité. Dans le même temps, l'obésité est devenue plus courante chez les pauvres que chez les riches.

Le marché mondial de l'alimentation est devenu un gros enjeu économique. L'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) et la Politique agricole commune de l'Union européenne permettent aux forces du marché mondial de déterminer les approvisionnements alimentaires. Des comités internationaux tel que le Codex Alimentarius, qui fixent les normes de qualité et de sécurité sanitaire des aliments, n'ont pas de représentant de la santé publique en leur sein, et les entreprises du secteur alimentaire sont puissantes.

Les conditions économiques et sociales créent des disparités dans la qualité de l'alimentation, qui contribuent à accentuer les inégalités de santé. La principale différence entre classes sociales réside dans les sources de nutriments.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

AVERY, N. ET AL. *Cracking the Codex. An analysis of who sets world food standards*. London, National Food Alliance, 1993.

COMMITTEE ON MEDICAL ASPECTS OF FOOD POLICY. *Nutritional aspects of cardiovascular disease*. London, H.M. Stationery Office, 1994.

Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Geneva, World Health Organization, 1990 (WHO Technical Report Series, No. 797).

STALLONE, D.D. ET AL. Dietary assessment in Whitehall II: the influence of reporting bias on apparent socioeconomic variation in nutrient intake. *European journal of clinical nutrition*, **51**: 815–825 (1997).

WORLD CANCER RESEARCH FUND. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington, DC, American Institute for Cancer Research, 1997.



Photo: Dr. Aileen Robertson, WHO

Production locale pour consommation

Les pauvres remplacent les aliments frais par les produits transformés bon marché. Néanmoins, on retrouve des régimes riches en graisse dans tous les groupes sociaux. Les personnes disposant de revenus peu élevés (jeunes



locale.

ménages, personnes âgées, chômeurs, etc.) sont les moins à même de bien s'alimenter.

Pour la prévention des maladies chroniques, il faut consommer plus de fruits et légumes frais et de féculents peu transformés, mais moins de graisses animales, de sucres raffinés et de sel. Plus de 100 comités d'experts se sont accordés sur ces objectifs diététiques.

L'action à mener

Les organismes publics locaux, nationaux et internationaux, les organisations non gouvernementales et l'industrie agro-alimentaire devraient assurer :

- 1) la disponibilité d'aliments frais et de bonne qualité pour tous ;
- 2) un processus démocratique de prise de décision et une responsabilité vis-à-vis de l'ensemble des questions relatives aux dispositions réglementaires sur les aliments avec la participation de toutes les parties prenantes, y compris les consommateurs ;
- 3) la promotion de méthodes de production agro-alimentaire viables, qui préservent les ressources naturelles et l'environnement ;
- 4) la protection de la production alimentaire locale vis-à-vis des effets du marché mondial de l'alimentation ;
- 5) une sensibilisation aux vertus d'une alimentation saine, en diffusant des informations sur l'alimentation et la nutrition, en encourageant l'acquisition de talents culinaires et en montrant l'intérêt qu'il y a, du point de vue des relations sociales, à préparer et à prendre les repas ensemble ;
- 6) la disponibilité d'informations utiles concernant les aliments, la diététique et la santé ;
- 7) l'utilisation de références nutritionnelles scientifiquement incontestables et de recommandations diététiques pour faciliter l'élaboration et l'application de politiques en matière d'alimentation et de nutrition.



10 LES TRANSPORTS

Une politique de transports soucieuse de la santé décourage le recours à l'automobile, favorise la marche à pied et le vélo, et renforce les transports en commun.

Ce que l'on sait

La bicyclette, la marche et l'utilisation des transports en commun améliorent la santé de quatre façons : elles favorisent l'exercice, font baisser le nombre d'accidents mortels, augmentent les contacts sociaux et réduisent la pollution atmosphérique.

Comme la mécanisation a réduit les travaux manuels et domestiques, il faut trouver de nouvelles façons de pratiquer l'exercice physique. Il est possible d'atteindre cet objectif en utilisant moins la voiture, en recourant davantage à la marche et au vélo et en renforçant les transports en commun. La pratique régulière d'une activité physique protège des maladies cardiaques et, en limitant l'obésité, prévient le diabète. Elle procure une sensation de bien-être et protège les personnes âgées de la dépression.

Une réduction de la circulation routière diminuerait le nombre de décès et de traumatismes graves consécutifs aux accidents de la route. Alors que les accidents de voiture causent des blessures chez les cyclistes et les piétons, les accidents de vélo ne blessent qu'un nombre relativement peu élevé de personnes. Des aménagements urbains bien planifiés, séparant cyclistes et piétons des voitures, augmentent la sécurité des premiers.

Le développement de la marche à pied et du vélo, et une plus grande utilisation des transports en commun stimuleraient les contacts sociaux dans les rues, alors que les voitures ont plutôt isolés les gens les uns des autres. La circulation routière crée des divisions et

sépare les personnes vivant d'un côté d'une rue de celles qui habitent de l'autre côté. La diminution du nombre de piétons tend à réduire l'utilisation de la rue en tant qu'espace social, au point que le piéton isolé craint d'être agressé. Qui plus est, les banlieues accessibles uniquement aux voitures tendent à isoler les personnes qui n'en disposent pas, en particulier les jeunes et les personnes âgées. L'isolement et le manque de contacts sociaux sont fortement associés à une moins bonne santé.

À une réduction du trafic correspond une diminution des effets néfastes liés aux gaz d'échappement. La marche et la bicyclette réduisent la consommation d'énergies non renouvelables et ne contribuent pas au réchauffement de la planète. Elles n'engendrent pas de pollution atmosphérique, sont peu bruyantes et sont les modes de transport de choix pour les cités du futur, écologiquement denses. Contrairement aux voitures, les bicyclettes, qui peuvent être produites localement, constituent un moyen de déplacement « écologique ».

L'action à mener

Malgré leurs effets néfastes sur la santé, le nombre de déplacements en voiture augmente rapidement dans tous les pays européens, alors que les déplacements à pied ou à vélo diminuent. Les politiques nationales et locales doivent inverser cette tendance. Cependant, les lobbies du transport sont puissants. Beaucoup de secteurs – ceux du pétrole, du caoutchouc, des travaux publics, de la construction, de la vente et de la réparation de voitures, et de la publicité – ont intérêt à l'utilisation de la voiture. Au XX^e siècle, des succès ont commencé à être remportés dans la lutte contre la consommation de tabac, d'alcool et de drogue ; au XXI^e siècle, il faudra réduire la dépendance vis-à-vis de la voiture.





Photo: Finn Frandsen, Polifoto

Les routes doivent donner la priorité aux cyclistes.

La voiture devrait laisser la place à la bicyclette et à la marche pour les déplacements courts, surtout dans les villes. Les transports publics devraient être améliorés pour les déplacements plus longs et il faudrait assurer des liaisons régulières et fréquentes pour les zones rurales. Les incitations doivent changer ; par exemple, il faut réduire les subventions de l'État pour la construction de routes, augmenter le soutien financier aux transports en commun, créer une taxe qui pénaliserait l'utilisation professionnelle de la voiture, et augmenter le coût du stationnement. Des modifications de l'aménagement du territoire sont également nécessaires : conversion des routes en espaces verts, diminution des superficies de parking, réservation de certaines voies aux piétons et cyclistes, multiplication des couloirs d'autobus et des pistes cyclables et arrêt de la croissance des banlieues à faible densité et de la construction de supermarchés en dehors des villes. De plus en plus, l'expérience prouve que la construction de routes encourage l'usage de la voiture, alors que les restrictions apportées à la circulation des véhicules peut, paradoxalement, réduire les embouteillages.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

DAVIES, A. *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.

ELKIN, T. ET AL. *Reviving the city: towards sustainable urban development*. London, Friends of the Earth, 1991.

On the state of health in the European Union. Brussels, Commission of the European Communities, 1996.

PRICE, C. & TSOUROS, A., ed. *Our cities, our future. Policies and action plans for health and sustainable development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document).

Traffic impact of highway capacity reductions. Summary report. London, MVA and ESRC Transport Studies Unit, University College, University of London, 1998.





EUROPE

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.

États membres

Albanie
Allemagne
Andorre
Arménie
Autriche
Azerbaïdjan
Biélorussie
Belgique
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Croatie
Danemark
Espagne
Estonie
ex-République yougoslave de Macédoine
Fédération de Russie
Finlande
France
Géorgie
Grèce
Hongrie
Irlande
Islande
Israël
Italie
Kazakhstan
Kirghizistan
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Moldavie
Monaco
Norvège
Ouzbékistan
Pay-Bas
Pologne
Portugal
République tchèque
Roumanie
Royaume-Uni
Saint-Marin
Slovaquie
Slovénie
Suède
Suisse
Tadjikistan
Turkménistan
Turquie
Ukraine
Yougoslavie

Centre pour la santé urbaine
Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhague Ø,
Danemark
Téléphone +45 39 17 12 24
<http://www.who.dk/healthy-cities/>