



EUROPE

**LES DÉTERMINANTS
SOCIAUX
DE LA SANTÉ**

LES FAITS

DEUXIÈME ÉDITION



**International
Centre for
Health and
Society**

**LES DÉTERMINANTS
SOCIAUX
DE LA SANTÉ**

LES FAITS

DEUXIÈME ÉDITION

Sous la direction de Richard Wilkinson et de Michael Marmot

SOMMAIRE

<i>Avant-propos</i>	5
Collaborateurs	6
Introduction	7
1. Les inégalités de santé d'origine sociale	10
2. Le stress	13
3. La petite enfance	15
4. L'exclusion sociale	18
5. Le travail	21
6. Le chômage	24
7. Le soutien social	27
8. Les dépendances	30
9. L'alimentation	33
10. Les transports	36
Références de l'OMS et autres sources	39



L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies qui est chargée de diriger et de coordonner les activités internationales relatives aux questions sanitaires et de santé publique. Conformément à sa constitution, l'OMS doit diffuser des informations et des conseils objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine. Elle s'acquitte de cette tâche notamment par le biais de ses publications, qui visent à soutenir les stratégies sanitaires nationales et à répondre aux problèmes de santé publique les plus préoccupants.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'Organisation. Chacun d'entre eux a son programme distinct, qui est adapté aux problèmes de santé propres aux pays qu'il dessert. La Région européenne, peuplée d'environ 870 millions d'habitants, s'étend du Groenland au nord et de la Méditerranée au sud jusqu'au littoral Pacifique de la Russie. Le programme européen de l'OMS est donc axé, d'une part, sur les problèmes sanitaires des sociétés industrielles et post-industrielles et, d'autre part, sur ceux que rencontrent les nouvelles démocraties d'Europe centrale et orientale et des pays issus de l'ex-URSS.

Pour que des informations et des recommandations dignes de foi sur des questions sanitaires soient disponibles aussi largement que possible, l'OMS a mis en place un réseau international étendu pour la diffusion de ses publications et encourage la traduction et l'adaptation de celles-ci. Les ouvrages de l'OMS contribuent à promouvoir et protéger la santé et à prévenir et combattre la maladie, favorisant ainsi l'accomplissement de progrès vers l'objectif principal de l'Organisation : la jouissance par tous du meilleur état de santé possible.

Centre pour la santé urbaine de l'OMS

Ce document a été publié à l'initiative du Centre pour la santé urbaine du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Les activités techniques du Centre visent en particulier à élaborer des outils et des documents dans les domaines de la politique sanitaire, de la planification intégrée de la santé et du développement durable, de l'urbanisme, de la gouvernance et du soutien social. Le Centre est également responsable du programme Villes-santé et gouvernement de la ville.



La politique de santé doit plus que jamais s'appuyer sur des preuves scientifiques claires. À cet égard, la question des déterminants sociaux est sans doute la plus complexe de toutes, puisqu'elle concerne les conditions de vie et de travail fondamentales des populations, ainsi que leur mode de vie. Elle englobe l'impact des politiques économiques et sociales sur la santé, ainsi que les avantages découlant d'investissements dans des politiques favorables à la santé – depuis la publication de la première édition des « Déterminants sociaux de la santé. Les faits » en 1998, des données scientifiques particulièrement convaincantes ont été recueillies. Cette seconde édition les reprend, mais présente également des graphiques, des informations bibliographiques complémentaires et des adresses de sites Web.

Notre objectif est de susciter une prise de conscience, de stimuler un débat reposant sur des informations fiables et, par dessus tout, d'inciter à agir. Nous voulons faire fond sur le succès rencontré par la première édition de cet ouvrage, qui a été traduite dans 25 langues et utilisée par des responsables de tous niveaux, des professionnels de la santé publique et des universitaires de la Région européenne et d'ailleurs. Aujourd'hui, et nous nous en félicitons, un nombre croissant d'États membres élaborent des politiques et des programmes qui s'attaquent aux causes profondes de la morbidité et des disparités en matière de santé, et répondent aux besoins des populations victimes de la pauvreté et d'inégalités sociales.

Cette publication est le fruit d'un partenariat étroit entre le Centre pour la santé urbaine de l'OMS et l'International Centre for Health and Society de l'University College London (Royaume-Uni). Je tiens à remercier les professeurs Richard Wilkinson et Michael Marmot, qui ont mis au point le texte définitif de la présente publication. Un mot de remerciement enfin aux membres de l'équipe scientifique qui ont contribué à cet important ouvrage. Je suis convaincu que celui-ci constituera un outil précieux pour une meilleure compréhension des déterminants sociaux de la santé et stimulera des débats et des actions concrètes.

Dr Agis D. Tsouros

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

COLLABORATEURS

Professeur Mel Bartley, University College London, Royaume-Uni

Docteur David Blane, Imperial College London, Royaume-Uni

Docteur Eric Brunner, International Centre for Health and Society, University College London, Royaume-Uni

Professeur Danny Dorling, School of Geography, Université de Leeds, Royaume-Uni

Docteur Jane Ferrie, University College London, Royaume-Uni

Professeur Martin Jarvis, Cancer Research UK, Service des comportements de santé, University College London, Royaume-Uni

Professeur Michael Marmot, Département d'épidémiologie et de santé publique et International Centre for Health and Society, University College London, Royaume-Uni

Professeur Mark McCarthy, University College London, Royaume-Uni

Docteur Mary Shaw, Département de médecine sociale, Université de Bristol, Royaume-Uni

Professeur Aubrey Sheiham, International Centre for Health and Society, University College London, Royaume-Uni

Docteur Stephen Stansfeld, Barts and The London, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, Londres, Royaume-Uni

Professeur Mike Wadsworth, Medical Research Council, National Survey of Health Development, University College London, Royaume-Uni

Professeur Richard Wilkinson, Université de Nottingham, Royaume-Uni



Même dans les pays les plus développés, les moins riches ont une espérance de vie bien plus courte et sont en moins bonne santé que les plus favorisés. Ces différences non seulement représentent une grande injustice sociale, mais attirent également l'attention du monde scientifique sur certains des facteurs les plus déterminants pour la santé dans les sociétés modernes. Elles ont notamment permis de mieux comprendre que la santé est très influencée par le milieu social et ce que nous appelons les déterminants sociaux de la santé.

La présente publication aborde les principaux aspects de ces nouvelles connaissances sous l'angle de la politique des pouvoirs publics. Les thèmes traités sont notamment l'importance à long terme des déterminants de la santé à l'œuvre pendant la petite enfance, et les effets de la pauvreté, des drogues, des conditions de travail, du chômage, du soutien social, d'une alimentation saine et de la politique des transports. Pour situer la problématique dans son contexte, nous commençons par analyser les inégalités de santé d'origine sociale et étudions ensuite les facteurs psychologiques et sociaux qui influent sur la santé physique et la longévité.

Dans chaque cas, l'accent est mis sur le rôle que peuvent jouer les pouvoirs publics en favorisant un environnement social propice à la santé, et ce quel que soit le domaine abordé, qu'il s'agisse de facteurs de comportement, tels que la qualité de l'éducation des enfants, la nutrition, l'exercice physique et la toxicomanie, ou de questions plus structurelles telles que le chômage, la pauvreté et le travail. Chaque chapitre comporte un résumé des résultats les plus fiables de la recherche, une description des actions à mener par les pouvoirs publics et, finalement, les références principales. Pour une analyse plus approfondie des données disponibles, on pourra consulter

Social determinants of health (Marmot M, Wilkinson RG, eds. Oxford, Oxford University Press, 1999), ouvrage dont l'objet était de compléter la première édition des *Déterminants sociaux de la santé*. *Les faits*. Ces deux publications n'auraient pu être réalisées sans l'aide de chercheurs de premier plan, dont la plupart sont liés à l'International Centre for Health and Society de l'University College London. Ils ont consacré le temps nécessaire à la rédaction des différents chapitres constituant les deux publications, et nous leur en sommes reconnaissants.

Jadis, on estimait que la politique de santé ne devait guère dépasser le cadre de la prestation et du financement de soins médicaux ; seuls des universitaires se préoccupaient des déterminants sociaux de la santé. Ce stade est aujourd'hui dépassé. Si les soins médicaux peuvent prolonger la vie et améliorer le pronostic en cas de maladie grave, un facteur s'avère plus important pour la santé de la population dans son ensemble : le contexte social et économique qui est la cause profonde des maladies et de la nécessité de soins de santé. Cela dit, il est indéniable que l'accès généralisé aux soins médicaux constitue clairement l'un des déterminants sociaux de la santé.

On peut se demander pourquoi, dans une nouvelle publication sur les déterminants de la santé, aucune place n'est accordée à la génétique. En effet, les derniers travaux réalisés dans le domaine du génome humain devraient permettre de mieux comprendre et de mieux traiter certaines maladies. Cependant, malgré l'importance des prédispositions génétiques *individuelles* à certaines maladies, les causes communes de la morbidité des *populations* dans leur ensemble sont dictées par le milieu : elles apparaissent et disparaissent à un rythme bien plus rapide que les modifications



Le mode de vie et les conditions de vie et de travail ont une forte influence sur la santé.



génétiques, car elles sont le reflet de notre mode de vie. C'est la raison pour laquelle l'espérance de vie a tellement augmenté depuis quelques générations ; c'est aussi pourquoi la santé s'est améliorée dans certains pays européens et pas dans d'autres. Enfin, c'est ce qui explique l'accroissement ou la diminution des écarts de santé entre groupes sociaux au fur et à mesure de l'évolution de la situation économique et sociale.

Les données scientifiques servant de base à la présente publication proviennent de plusieurs

milliers de rapports de recherche. Certaines études ont été réalisées à l'aide de méthodes prospectives : des dizaines de milliers de personnes ont parfois été suivies pendant plusieurs décennies et même, dans certains cas, depuis leur naissance. D'autres études ont utilisé des méthodes d'analyse transversale et reposent sur des données individuelles, locales, nationales ou internationales. Les difficultés parfois rencontrées lors de la détermination des causes de maladies (malgré les études de suivi) ont pu être surmontées



grâce à des études d'intervention, sur ce qu'il convient d'appeler les expériences naturelles et, dans certains cas, avec l'aide d'études réalisées sur d'autres espèces de primates. Néanmoins, comme la santé et ses principaux déterminants varient considérablement selon le niveau de développement économique, le lecteur ne doit pas oublier que la majeure partie des données scientifiques ayant inspiré cette publication proviennent de pays riches. En d'autres termes, elles risquent de ne pas être toujours applicables aux pays moins développés.

Notre objectif est de faire en sorte que la politique menée à tous les échelons (dans les organismes publics et privés, sur le lieu de travail et dans le cadre de vie) tienne dûment compte des derniers résultats de la recherche, selon lesquels une société en bonne santé est créée grâce aux interventions d'un ensemble plus large de secteurs qu'on ne le pensait jusqu'à une période récente. Cependant, une publication aussi succincte que celle-ci ne peut constituer un guide complet des déterminants de la santé publique. Plusieurs volets de la politique de santé, comme la protection contre l'exposition aux substances toxiques sur le lieu de travail, ne sont pas abordés, parce qu'ils sont bien connus (quoique les mesures nécessaires ne soient pas toujours prises). Comme les incitations à des modifications du comportement individuel s'inscrivent traditionnellement dans les programmes de promotion de la santé (il semble d'ailleurs qu'elles aient parfois un effet limité), nous ne nous sommes pas attardés sur les moyens dont dispose tout un chacun pour améliorer sa santé. Néanmoins, nous insistons sur la nécessité de comprendre les mécanismes via lesquels le comportement est dicté par l'environnement et, conformément à notre approche de la santé fondée sur les déterminants sociaux, nous recommandons plusieurs

changements à apporter à l'environnement pour induire un comportement plus sain.

Comme cette publication est le fruit de contributions d'experts reconnus dans chacun des domaines abordés, il est remarquable de constater que les différents chapitres mettent tous en évidence la nécessité de vivre dans une société plus juste et plus soucieuse du bien-être général, sur le plan économique comme sur le plan social. Si l'on combine l'économie, la sociologie et la psychologie avec la neurobiologie et la médecine, il semble primordial de comprendre les liens entre une situation matérielle défavorable et ses incidences sociales. Les privations matérielles nuisent à la santé, mais cela va plus loin : les incidences sociales de la pauvreté, du chômage, de l'exclusion ou d'autres problèmes dévalorisants doivent également être pris en compte. En tant qu'êtres sociaux, il ne nous suffit pas de jouir de bonnes conditions matérielles, mais nous éprouvons aussi le besoin d'être appréciés et estimés, et ce depuis notre petite enfance. Nous avons besoin de nous faire des amis, de vivre dans une société plus sociable, de nous sentir utiles et de pouvoir exercer une activité professionnelle intéressante nous conférant un certain degré d'autonomie. Sans cela, nous sommes plus sujets à la dépression, à la toxicomanie, à l'anxiété, à l'agressivité et à un sentiment d'impuissance, autant de facteurs qui sont nuisibles à la santé physique.

Nous espérons qu'en luttant contre certaines des injustices matérielles et sociales, la politique des pouvoirs publics n'améliorera pas seulement la santé et le bien-être, mais permettra aussi d'atténuer un certain nombre de problèmes sociaux qui vont de pair avec la maladie et résultent du même processus socioéconomique.

Richard Wilkinson et Michael Marmot



1. LES INÉGALITÉS DE SANTÉ D'ORIGINE SOCIALE

Dans chaque société, l'espérance de vie est plus courte et la plupart des maladies sont plus fréquentes au bas de l'échelle sociale. La politique sanitaire doit par conséquent tenir compte des déterminants sociaux et économiques de la santé.

Ce que l'on sait

Des conditions socioéconomiques défavorables affectent la santé la vie durant. Les personnes situées au bas de l'échelle sociale sont au moins deux fois plus exposées au risque de maladie grave ou de décès prématuré que ceux qui se trouvent près du sommet de l'échelle. Mais ces effets ne se

limitent pas aux pauvres : les inégalités de santé d'origine sociale sont observées dans l'ensemble de la société. Ainsi, même dans la classe moyenne, les employés de bureau subalternes sont plus victimes de maladies et de décès prématurés que leurs collègues investis de responsabilités plus importantes (fig. 1).

Ces disparités sont notamment le résultat de facteurs matériels et psychosociaux, dont les effets se manifestent dans la plupart des maladies et des causes de décès.

Une situation défavorisée peut avoir un caractère absolu ou relatif et revêtir des formes multiples : modicité du patrimoine familial, instruction médiocre au cours de l'adolescence, précarité de l'emploi, impossibilité de renoncer à un emploi dangereux ou sans avenir, mauvaises conditions de logement, circonstances rendant difficile l'éducation des enfants et perception d'une pension de retraite insuffisante.

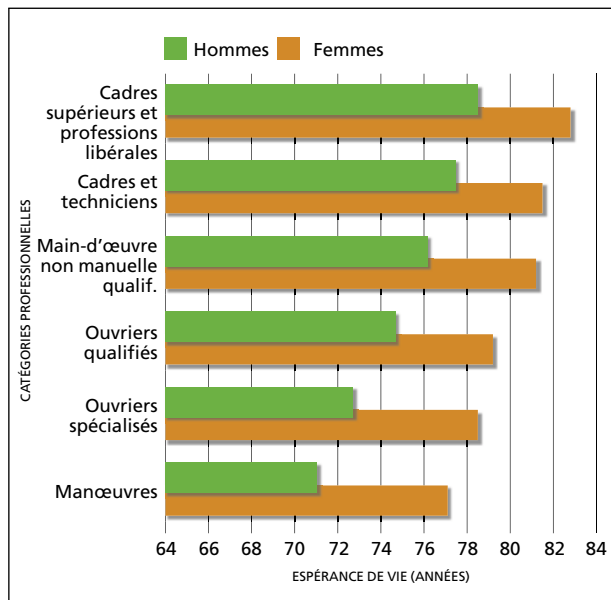
Ces problèmes ont tendance à toucher les mêmes personnes et leurs effets sur la santé s'accumulent avec le temps. Plus les gens vivent longtemps dans des conditions économiques et sociales stressantes, plus l'usure physiologique est grande et moins ils ont de chances de vivre une vieillesse en bonne santé.

L'action à mener

Si la politique des pouvoirs publics ne tient pas compte de ces réalités, elle néglige non seulement les déterminants les plus décisifs de la santé, mais aussi l'un des principaux problèmes de justice sociale auxquels doit faire face notre société.

- La vie comporte bon nombre de transitions critiques : les changements affectifs et matériels de la petite enfance, le passage de l'école

Figure 1. Espérance de vie : différences par catégorie professionnelle (Angleterre et pays de Galles, 1997–1999)





Les difficultés économiques et sociales nuisent à la santé tout au long de la vie.

primaire au collègue, le premier emploi, le départ de la maison familiale, la fondation d'un foyer, le changement d'emploi, la perspective d'un licenciement possible et, enfin, la prise de la retraite. La santé peut être affectée par chacune de ces transitions selon qu'elles se déroulent dans des conditions plus ou moins favorables. À chaque période de changement, les personnes qui ont connu des conditions difficiles dans le passé sont les plus exposées. Les politiques sociales doivent par conséquent comprendre, outre les filets de protection traditionnels, des tremplins pour compenser les désavantages antérieurs.

- Pour améliorer la santé, il faut réduire les taux d'échec scolaire, l'insécurité et le chômage, et améliorer l'habitat. Les sociétés qui permettent à tous leurs citoyens de jouer un rôle utile dans la vie sociale, économique et culturelle sont dans une meilleure situation sanitaire que celles qui se caractérisent par l'insécurité, l'exclusion et la pauvreté.
- La présente publication aborde plusieurs domaines de l'action des pouvoirs publics dans ses différents chapitres. Elle présente également des recommandations visant à améliorer la santé tout en réduisant les inégalités de santé d'origine sociale.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

Bartley M, Plewis I. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:336–341.

Mitchell R, Blane D, Bartley M. Elevated risk of high blood pressure: climate and the inverse housing law. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:831–838.

Montgomery SM, Berney LR, Blane D. Prepubertal stature and blood pressure in early old age. *Archives of Disease in Childhood*, 2000, 82:358–363.

Morris JN et al. A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:885–889.

Comité de programme sur les inégalités socioéconomiques de santé (SEGV-II). *La réduction des inégalités socioéconomiques de santé*. La Haye, ministère de la Santé, des Affaires sociales et du Sport, 2001.

van de Mheen H et al. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52:15–19.

Fig. 1 : Donkin A, Goldblatt P, Lynch K. Inequalities in life expectancy by social class 1972–1999. *Health Statistics Quarterly*, 2002, 15:5–15.



2. LE STRESS

Le stress est source d'inquiétude et d'anxiété, et nous empêche de faire face aux problèmes de l'existence. Il nuit à la santé et peut être à l'origine d'un décès prématuré.

Ce que l'on sait

Des difficultés d'ordre social et psychologique peuvent provoquer un stress continu. L'anxiété, un sentiment de vulnérabilité, une mauvaise opinion de soi-même, la solitude ou une maîtrise

insuffisante de sa vie professionnelle ou familiale peuvent, à la longue, 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 de décès prématuré. De longues périodes marquées par l'anxiété, un sentiment de vulnérabilité et l'absence d'amis sur qui on peut compter ont des effets néfastes. Dans les sociétés industrialisées, plus on descend dans l'échelle sociale, plus les problèmes de ce type sont fréquents.



Une maîtrise insuffisante de sa vie professionnelle ou familiale peut retentir considérablement sur la santé.

© RIKKE STEENVINKEL NORDENHOF/POLEFO

Comment ces facteurs psychosociaux affectent-ils la santé physique ? Dans une situation critique, nos hormones et notre système nerveux nous préparent à faire face à un danger physique immédiat en provoquant une réaction de lutte ou de fuite : augmentation de la fréquence cardiaque, mobilisation de la réserve d'énergie, déviation du flux sanguin vers les muscles et augmentation de la vigilance. Bien que les situations de stress dans la vie urbaine actuelle exigent rarement une activité physique intense ou même modérée, le stress mobilise l'énergie et les ressources normalement utilisées dans un grand nombre de processus physiologiques importants pour la conservation de la santé à long terme. Les systèmes cardiovasculaire et immunitaire sont tous deux affectés. Si ces périodes de tension sont brèves, les effets restent insignifiants. Cependant, si l'on est tendu trop souvent ou si la tension se prolonge excessivement, ces systèmes deviennent plus vulnérables à toute une série de problèmes de santé, dont des infections, le diabète, l'hypertension, les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, la dépression et l'agressivité.

L'action à mener

Bien qu'il soit possible de tenter de maîtriser les modifications biologiques induites par le stress à l'aide de médicaments, il vaut mieux agir préventivement en s'attaquant aux principales causes du stress chronique.

- À l'école, sur le lieu de travail et ailleurs, la qualité de l'environnement social et la sécurité matérielle sont souvent aussi importantes pour la santé que l'environnement physique. Les cadres favorisant un sentiment d'appartenance, de participation et de valorisation de l'individu sont plus propices à la santé que ceux dans lesquels on se sent exclu, ignoré et exploité.
- Il faut que les pouvoirs publics soient conscients que les programmes sociaux doivent prendre en compte les besoins tant psychosociaux que matériels, les deux étant sources d'anxiété et d'insécurité. En particulier, ils doivent épauler les familles comptant 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 EJ. Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal*, 1997, 314:1472-1476.

Brunner EJ et al. Adrenocortical, autonomic and inflammatory causes of the metabolic syndrome. *Circulation*, 2002, 106: 2659-2665.

Kivimaki M et al. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 2002, 325:857-860.

Marmot MG, Stansfeld SA. *Stress and heart disease*. London, BMJ Books, 2002.

Marmot MG et al. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997, 350:235-239.



3. LA PETITE ENFANCE

Pour un bon départ dans la vie, un accompagnement de la mère et du jeune enfant est indispensable : les premières phases du développement et de l'éducation influencent la santé de l'individu sa vie durant.

Ce que l'on sait

Les études d'observation et d'intervention démontrent que 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

augmentent le risque d'une santé physique déficiente et réduit les capacités physiques, intellectuelles et affectives au cours de la vie adulte. Un mauvais départ dans la vie et une croissance insuffisante laissent une empreinte biologique durable pendant la phase de développement. C'est au cours des premières années que s'acquiert le capital biologique et humain qui détermine la santé de l'individu pendant toute sa vie.

Une grossesse menée dans des conditions défavorables peut nuire au développement du fœtus, qui pâtit des problèmes de la femme

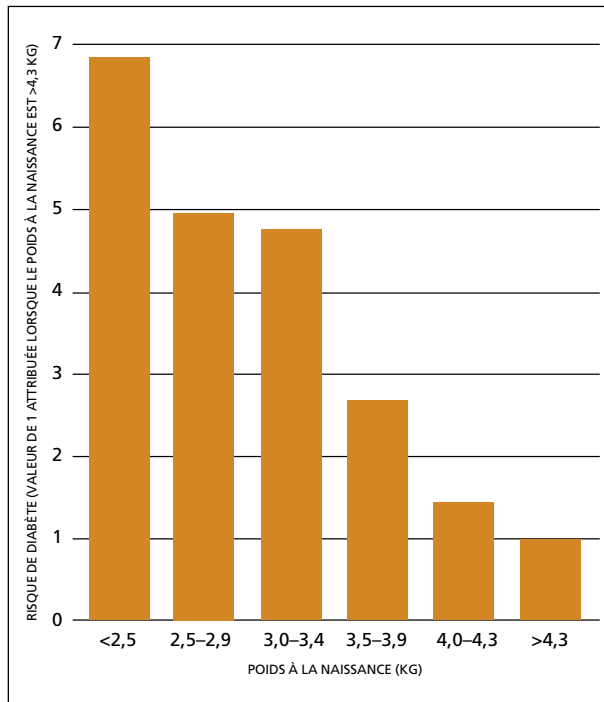
Les fondements essentiels de la santé de l'adulte s'établissent dans la petite enfance.



© FINN FRANDSEN/POLIFOTO

Figure 2. Risque de diabète chez les hommes âgés de 64 ans en fonction du poids à la naissance

Données ajustées sur l'indice de masse corporelle



enceinte : déséquilibre nutritionnel, stress, tabagisme, toxicomanie ou alcoolisme, manque d'exercice physique et insuffisance des soins prénatals. Un mauvais développement fœtal peut s'avérer néfaste à long terme pour la santé de l'individu (fig. 2).

En raison de la malléabilité des systèmes biologiques, la petite enfance joue un rôle important dans la santé de l'individu lors des phases ultérieures de sa vie. Comme le cerveau

réagit aux informations cognitives, émotionnelles et sensorielles, un attachement affectif déficient et le manque de stimulation peuvent limiter les capacités scolaires et le niveau d'instruction, provoquer des problèmes de comportement et, le cas échéant, entraîner une marginalisation sociale à l'âge adulte. L'adoption d'un mode de vie sain (alimentation équilibrée, exercice physique, abstinence tabagique, etc.) est directement liée à l'exemple que l'on a reçu de ses parents ou de ses pairs et à un bon niveau d'instruction. Une croissance physique lente ou retardée lors de la petite enfance entrave le développement cardiovasculaire, respiratoire, pancréatique et rénal, ce qui accroît le risque de maladie à l'âge adulte.

L'action à mener

Les risques sont bien plus importants lorsque l'enfant vit dans un cadre socioéconomique défavorable. La meilleure façon de les limiter est de dispenser de meilleurs soins préventifs (avant la première grossesse ainsi qu'aux mères et aux nourrissons dans des centres de soins prénatals, postnatals, pédiatriques et scolaires) et d'améliorer le niveau d'instruction des parents et des enfants. Ces programmes de santé et d'éducation ont des avantages immédiats. Ils sensibilisent davantage les parents aux besoins de leurs enfants et les rendent plus réceptifs aux informations relatives à la santé et au développement, tout en accroissant leur confiance en leur propre efficacité.

Les politiques d'amélioration de la santé dans la petite enfance devraient viser :

- à accroître le niveau général d'instruction et à assurer l'égalité des chances en matière d'instruction dans le but d'améliorer la santé des mères et de leurs enfants à long terme ;

- à assurer une bonne alimentation et une éducation sanitaire bien conçue, à mettre en place des services de santé et de soins préventifs de qualité, et à mobiliser des ressources sociales et économiques adéquates avant la première grossesse, durant la grossesse et dans la petite enfance ; ces mesures devront favoriser la croissance et le développement avant la naissance et au cours de la petite enfance, tout en réduisant les risques de maladie et de malnutrition chez le nourrisson ; et
- à favoriser des relations harmonieuses entre les parents et leurs enfants depuis la naissance, idéalement en organisant des visites à domicile et en encourageant les parents à établir de bonnes relations avec les établissements scolaires ; cela permet d'aider les parents à mieux connaître les besoins affectifs et cognitifs des enfants, stimule le développement cognitif et le comportement social de l'enfant et prévient la maltraitance.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

Barker DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.

Keating DP, Hertzman C, eds. *Developmental health and the wealth of nations*. New York, NY, Guilford Press, 1999.

Mehrotra S, Jolly R, eds. *Development with a human face*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

Rutter M, Rutter M. *Developing minds: challenge and continuity across the life span*. London, Penguin Books, 1993.

Wallace HM, Giri K, Serrano CV, eds. *Health care of women and children in developing countries*, 2nd ed. Santa Monica, CA, Third Party Publishing, 1995.

Fig. 2 : Barker DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.

4. L'EXCLUSION SOCIALE

La vie est courte quand elle est de piètre qualité. En provoquant souffrances et amertume, la pauvreté, l'exclusion sociale et la discrimination entraînent des décès prématurés.

Ce que l'on sait

La misère, la pauvreté relative et l'exclusion sociale ont un impact majeur sur la santé et la mort précoce. En outre, certains groupes sociaux courent beaucoup plus de risques de vivre dans la pauvreté.

La pauvreté absolue – à savoir le manque de biens matériels essentiels à la vie – continue d'exister, même dans les pays les plus riches d'Europe. Les chômeurs, un grand nombre de groupes ethniques minoritaires, les travailleurs immigrés, les

handicapés et les sans-abri sont particulièrement exposés à cet égard. Les sans-abri connaissent le taux le plus élevé de décès prématuré.

La pauvreté relative est le fait d'être beaucoup plus pauvre que la plupart des autres membres de la société. Selon une définition souvent utilisée, elle correspond à des ressources inférieures à 60 % du revenu national médian. Elle empêche d'avoir accès à un logement décent, à l'instruction, aux transports et à d'autres ressources essentielles. L'exclusion sociale et l'injustice nuisent à la santé et fait courir des risques élevés de mort prématurée. Les tensions engendrées par la pauvreté sont particulièrement néfastes pour les femmes enceintes, les bébés, les enfants et les personnes âgées. Dans certains pays, pas moins d'un quart de

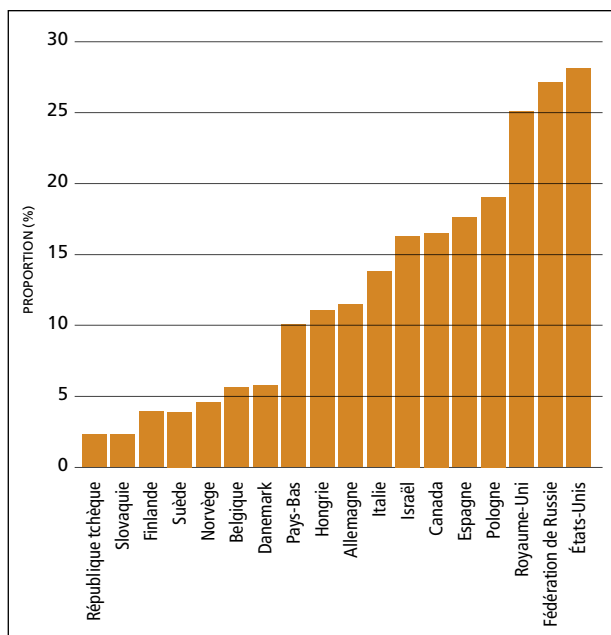


© JAN GRARUP/POLFO TO

Les sans-abri connaissent le taux le plus élevé de décès prématuré.



Figure 3. Proportion d'enfants vivant dans la pauvreté (moins de 50 % du revenu national moyen)



la population totale – proportion qui est encore plus élevée en ce qui concerne les enfants – vit dans un état de pauvreté relative (fig. 3).

L'exclusion sociale trouve également son origine dans le racisme, la discrimination, la déconsidération, l'hostilité et le chômage. Ces facteurs empêchent de bénéficier de l'instruction, d'activités de formation, de services et de la vie civique. Ils ont un effet négatif sur les plans social et psychologique, engendrent des coûts matériels et sont nocifs pour la santé. Les personnes qui vivent (ou ont vécu) dans des collectivités telles que des prisons, des maisons d'enfants et des hôpitaux psychiatriques sont particulièrement vulnérables.

Plus on vit dans des conditions défavorables, plus on risque de souffrir de problèmes de santé, notamment de maladies cardiovasculaires. Comme la pauvreté est aussi un phénomène épisodique, le nombre de personnes ayant connu la pauvreté et l'exclusion sociale au cours de leur existence est largement supérieur au nombre actuel d'exclus.

La pauvreté et l'exclusion sociale sont à la fois les causes et les effets d'un accroissement des risques de divorce, de séparation, d'invalidité, de maladies, de toxicomanies et d'isolement social. Elles créent des cercles vicieux qui ne font que dégrader davantage la situation.

Outre les effets directs de la pauvreté, il peut aussi être néfaste pour la santé de vivre dans un quartier miséreux caractérisé par un chômage élevé, de mauvaises conditions de logement, des services insuffisants et un environnement défavorable.

L'action à mener

Par le biais de leurs politiques en matière de fiscalité, d'avantages sociaux, d'emploi, d'enseignement, de gestion de l'économie, etc., les pouvoirs publics influent considérablement sur la répartition du revenu. Eu égard aux effets incontestables de leurs politiques sur les taux de mortalité et de morbidité, ils ont donc le devoir d'éliminer la pauvreté absolue et de réduire les inégalités matérielles.

- Tous les citoyens doivent bénéficier d'un revenu minimum garanti, d'une législation sur le salaire minimum, et d'un accès aux services.
- Il faut prendre des mesures en vue de réduire la pauvreté et l'exclusion sociale au niveau de l'individu et dans les quartiers.

- La législation peut contribuer à la protection des minorités et des groupes vulnérables contre la discrimination et l'exclusion sociale.
- Les politiques de santé publique devraient lever les obstacles à l'accès aux soins de santé, aux services sociaux et aux logements économiquement accessibles.
- Les politiques du marché de l'emploi, de l'enseignement et de la protection des familles devraient viser à réduire la stratification sociale.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

Claussen B, Davey Smith G, Thelle D. Impact of childhood and adulthood socio-economic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:40–45.

Kawachi I, Berkman L, eds. *Neighborhoods and health*. Oxford, Oxford University Press, 2003.

Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.

Shaw M, Dorling D, Brimblecombe N. Life chances in Britain by housing wealth and for the homeless and vulnerably housed. *Environment and Planning A*, 1999, 31:2239–2248.

Townsend P, Gordon D. *World poverty: new policies to defeat an old enemy*. Bristol, The Policy Press, 2002.

Fig. 3 : Bradshaw J. Child poverty in comparative perspective. In: Gordon D, Townsend P. *Breadline Europe: the measurement of poverty*. Bristol, The Policy Press, 2000.



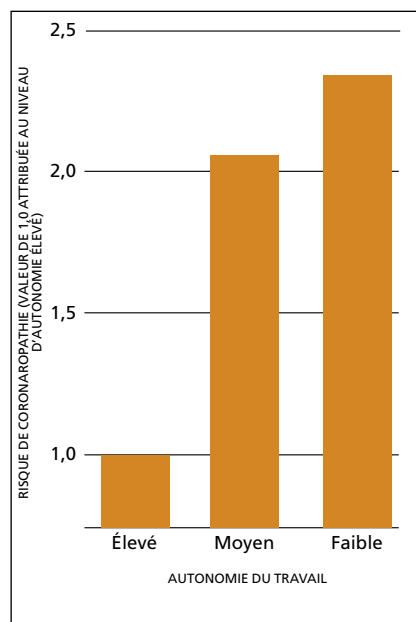
5. LE TRAVAIL

Le stress au travail augmente le risque de maladies. Les personnes qui maîtrisent leur cadre de travail sont en meilleure santé que les autres.

Ce que l'on sait

De manière générale, il vaut mieux pour la santé de travailler. Cependant, l'organisation sociale du travail, le mode de gestion et les relations sociales sur le lieu de travail ont un impact sur la santé. Il a été démontré que le stress au travail est une composante importante des grandes différences

Figure 4. Niveau d'autonomie perçu par les employés sur leur lieu de travail et incidence de coronaropathie chez les hommes et les femmes



Données ajustées sur l'âge, le sexe, la durée du suivi, le déséquilibre entre les efforts accomplis et la valorisation, la catégorie professionnelle, les facteurs de risque de maladies coronariennes et les dispositions psychologiques négatives

concernant l'état de santé, le nombre d'arrêts maladie et la mortalité prématurée observées entre les diverses couches sociales. Plusieurs études européennes réalisées dans ce domaine montrent qu'il est préjudiciable pour la santé de ne pas pouvoir utiliser ses compétences et de ne disposer que d'un pouvoir limité de décision.

Un faible niveau d'autonomie dans son travail est fortement associé à un risque élevé de douleurs lombaires, d'arrêt maladie et de maladie cardiovasculaire (fig. 4). Ces risques pour la santé sont indépendants des caractéristiques psychologiques des personnes étudiées. En bref, ils semblent liés à l'environnement professionnel.

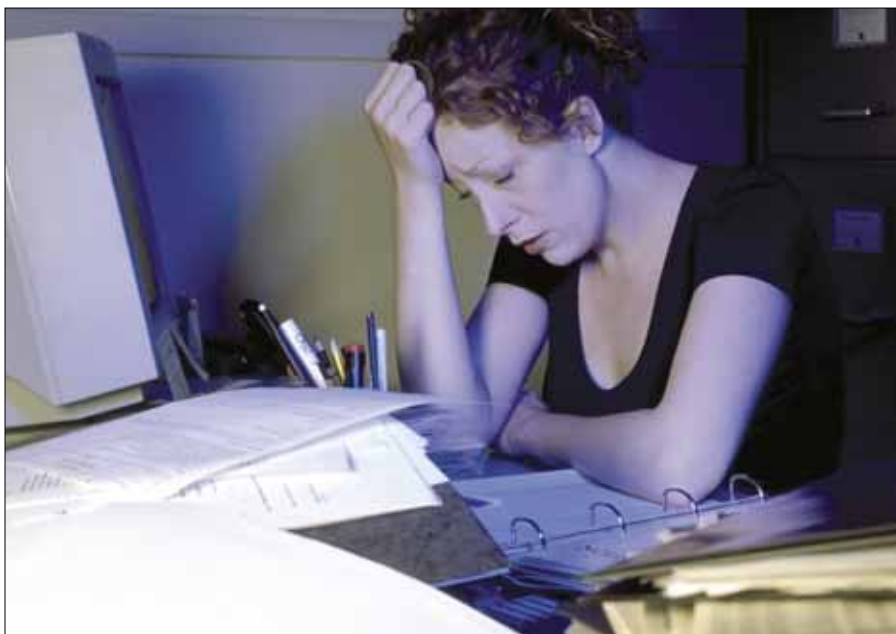
Des études ont également été menées sur l'effet de la charge de travail. Certaines révèlent une relation entre charge de travail et autonomie. Le risque est en effet élevé pour les postes où la charge de travail est importante et le niveau d'autonomie faible. Certains résultats suggèrent que la qualité des relations sociales dans le milieu de travail pourrait jouer un rôle protecteur.

De plus, il a été constaté qu'une valorisation inadéquate pour les efforts fournis au travail était associée 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. Les perspectives de carrière peuvent changer sous l'effet de l'évolution actuelle du marché du travail, de sorte qu'il peut devenir plus difficile de voir ses efforts récompensés.

L'environnement psychosocial au travail constitue donc un déterminant important de la santé et contribue aux disparités de santé observées entre les catégories sociales.

L'action à mener

- Ce n'est pas en sacrifiant la santé qu'on peut améliorer la productivité. Au contraire, il est possible de créer un « cercle vertueux » : l'amélioration des conditions de travail améliore la santé des individus, ce qui a pour conséquence d'accroître la productivité et d'instaurer ainsi des conditions de travail encore plus propices à la santé et à la productivité.
- Une participation au processus de prise de décisions a de grandes chances d'être bénéfique aux salariés à tous les niveaux de l'entreprise. Il faut donc mettre en place des mécanismes grâce auxquels les salariés peuvent jouer un rôle dans l'organisation et l'amélioration de leur cadre de travail, ce qui leur permet d'être plus autonomes, d'accomplir des tâches plus variées et de s'épanouir dans leur vie professionnelle.
- Une valorisation adéquate de l'ensemble des employés – sur le plan financier, de la considération et de satisfactions d'amour-propre – doit s'inscrire dans les bonnes pratiques de gestion de l'entreprise.
- Afin de réduire l'incidence des troubles de l'appareil locomoteur, il faut aménager les lieux de travail de façon ergonomique.
- La protection de la santé sur le lieu de travail doit être servie non seulement par une infrastructure efficace soumise à une réglementation prévoyant des inspections, mais également par un personnel formé à la détection précoce des maladies mentales et capable d'intervenir de façon appropriée.



© FIRST LIGHT

Les professions associant charge de travail importante et faible niveau d'autonomie présentent des risques élevés.



RÉFÉRENCES PRINCIPALES

Bosma H et al. Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68–74.

Hemingway H, Kuper K, Marmot MG. Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies. In: Yusuf S et al., eds. *Evidence-based cardiology*, 2nd ed. London, BMJ Books, 2003:181–217.

Marmot MG et al. Contribution of job control to social gradient in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997, 350:235–240.

Peter R et al. and the SHEEP Study Group. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation

by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(4):294–300.

Schnall P et al. Why the workplace and cardiovascular disease? *Occupational Medicine, State of the Art Reviews*, 2000, 15:126.

Theorell T, Karasek R. The demand-control-support model and CVD. In: Schnall PL et al., eds. *The workplace and cardiovascular disease. Occupational medicine*. Philadelphia, Hanley and Belfus Inc., 2000: 78–83.

Fig. 4 : Bosma H et al. Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68–74.

6. LE CHÔMAGE

La sécurité de l'emploi est bonne pour la santé, le bien-être et la satisfaction professionnelle. Un taux de chômage élevé va de pair avec une incidence importante de maladies et de décès prématurés.

Ce que l'on sait

Le chômage nuit à la santé et ses méfaits sont d'autant plus grands que le taux de chômage d'une région est élevé. Des études menées dans plusieurs pays ont démontré que les demandeurs

d'emploi et leur famille courent 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 manifester dès que le travailleur pense que son emploi est menacé. En d'autres termes, l'anxiété suscitée par l'insécurité professionnelle est aussi nuisible à la santé. La précarité de l'emploi influe sur la santé mentale (en particulier, l'anxiété et la dépression). On se

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



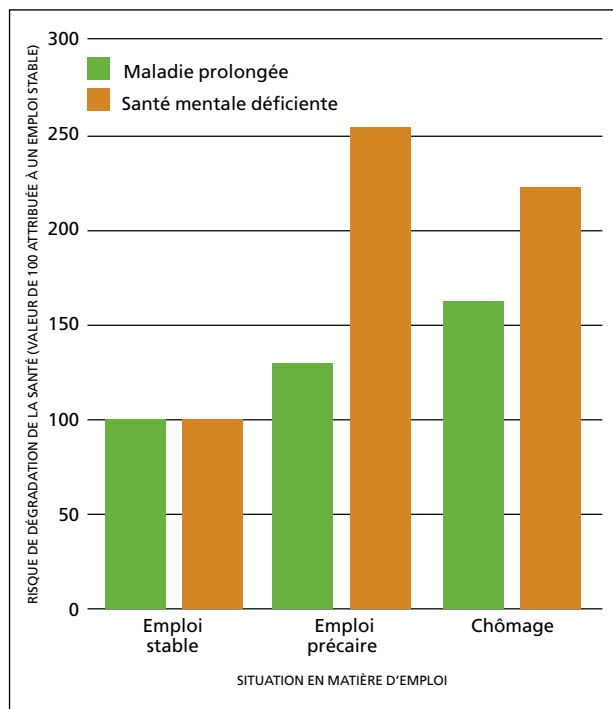
© REUTERS/FOTO



sent souffrant et l'on est davantage exposé aux maladies cardiaques ainsi qu'à leurs facteurs de risque. Comme la précarité de l'emploi ou une forte insatisfaction professionnelle peuvent être aussi néfastes que le chômage, le simple fait d'avoir du travail ne suffit pas à protéger la santé physique ou mentale : la qualité de l'emploi est également importante (fig. 5).

Au cours des années 90, l'évolution de l'économie et du marché du travail d'un grand nombre de pays industrialisés a exacerbé le sentiment de précarité de l'emploi, une situation qui, à la

Figure 5. Effet de la précarité de l'emploi et du chômage sur la santé



longue, 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

La politique mise en œuvre doit viser les trois objectifs suivants : prévenir le chômage et la précarité du travail ; atténuer les difficultés liées à la condition de chômeur ; et rétablir la sécurité de l'emploi.

- L'atténuation des fluctuations des cycles économiques par les pouvoirs publics peut contribuer à améliorer la sécurité de l'emploi et à réduire le chômage.
- La limitation du temps de travail peut également être bénéfique si elle va de pair avec la sécurité de l'emploi et la satisfaction professionnelle.
- 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 sociaux.

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*, 1985, 35:510–514.

Bethune A. Unemployment and mortality. In: Drever F, Whitehead M, eds. *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, Marsh C, Vogler C, eds. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford, Oxford University Press, 1994:188–212.

Ferrie J et al., eds. *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (WHO Regional Publications, European Series, No. 81) (<http://www.euro.who.int/document/e66205.pdf>, accessed 15 August 2003).

Iversen L et al. Unemployment and mortality in Denmark. *British Medical Journal*, 1987, 295:879–884.

Fig. 5: Ferrie JE et al. Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 2001, 322:647–651.



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 cadre de vie.

Ce que l'on sait

Un soutien social et de bonnes relations interpersonnelles ont des effets positifs sur la santé. Le soutien social contribue à donner aux individus les ressources affectives et pratiques dont ils ont besoin. L'appartenance à un réseau de relations et de soutien mutuel donne le sentiment d'être reconnu, aimé et apprécié, ce qui a un effet particulièrement protecteur sur la santé. Le soutien social peut également favoriser l'adoption d'un comportement plus sain.

Le soutien social agit aux niveaux de l'individu et 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 une crise cardiaque (fig. 6). Les personnes qui ne reçoivent qu'un faible soutien social et affectif jouissent généralement d'un bien-être moindre. Elles sont aussi plus exposées à la dépression et aux complications lors d'une grossesse, et risquent davantage d'être 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.

L'intensité de ce soutien affectif et pratique varie selon le niveau social et économique. La pauvreté peut contribuer à l'exclusion et à la solitude.

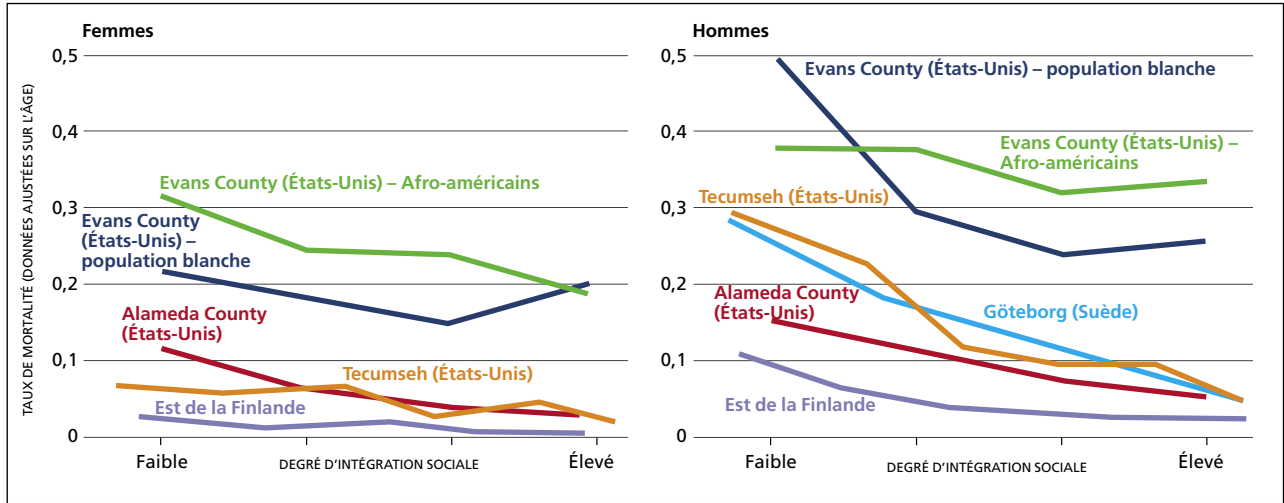
La cohésion sociale – à savoir la qualité des relations sociales et l'existence d'une confiance, d'obligations réciproques et d'un respect mutuel au sein d'une communauté et dans la société en général – contribue à protéger les individus et leur santé. L'inégalité nuit aux bonnes relations sociales. Dans les sociétés où les disparités de revenus sont importantes, la cohésion sociale a tendance à être plus faible et la criminalité violente, plus répandue. Un soutien mutuel intense est bénéfique pour la santé, alors que la détérioration des relations sociales, parfois



© FOTOKHRONIKA/POLFOTO

L'appartenance à un bon réseau social permet de se sentir aimé et soutenu.

Figure 6. Degré d'intégration sociale et mortalité dans cinq études prospectives



due à une inégalité particulièrement prononcée, réduit la confiance et augmente la violence. Une étude menée au sein d'une localité caractérisée par une forte cohésion sociale a permis de démontrer que les taux de maladie coronarienne, au départ peu élevés, augmentaient lorsque la cohésion sociale baissait.

L'action à mener

Il ressort d'études expérimentales que l'existence de bonnes relations sociales peut réduire les réactions physiologiques au stress. Des études d'intervention ont montré qu'un soutien social pouvait accroître le taux de guérison de maladies diverses et favoriser le bon déroulement d'une grossesse chez les femmes vulnérables.

- La réduction des inégalités sociales et économiques et la lutte contre l'exclusion

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 davantage de circonstances. Leur santé, et notamment leur santé mentale, s'en trouve améliorée.
- La mise en place d'infrastructures locales favorisant les réunions et les interactions est susceptible d'améliorer la santé mentale.
- 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 LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 1979, 109:186–204.

Hsieh CC, Pugh MD. Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies. *Criminal Justice Review*, 1993, 18:182–202.

Kaplan GA et al. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128: 370–380.

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*, 1996, 50(3):245–251.

Oxman TE et al. Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 1992, 135:356–368.

Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 1997, 277: 918–924.

Fig. 6 : House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*, 1988, 241:540–545.

8. LES DÉPENDANCES

Certaines personnes se réfugient dans l'alcool, la drogue et le tabac et en subissent les conséquences. Or la consommation de ces produits dépend du contexte social au sens large.

Ce que l'on sait

La toxicomanie est une réaction face à de graves problèmes sociaux et contribue beaucoup à accroître les inégalités de santé qui résultent de ceux-ci. La drogue offre le mirage d'une échappatoire à l'adversité et au stress, mais ne fait qu'empirer la situation.

L'alcoolisme, la consommation de drogues illicites et le tabagisme sont étroitement associés à des indicateurs de situation défavorisée sur les plans économique et social (fig. 7). Dans certains des pays en transition d'Europe centrale et orientale, par exemple, des bouleversements sociaux se sont produits au cours de la décennie écoulée. De ce fait, le nombre des décès liés à la consommation d'alcool (accidents, actes de violence, intoxications, traumatismes et suicides) a très nettement augmenté. L'association entre alcoolisme et mort violente existe dans d'autres pays également.

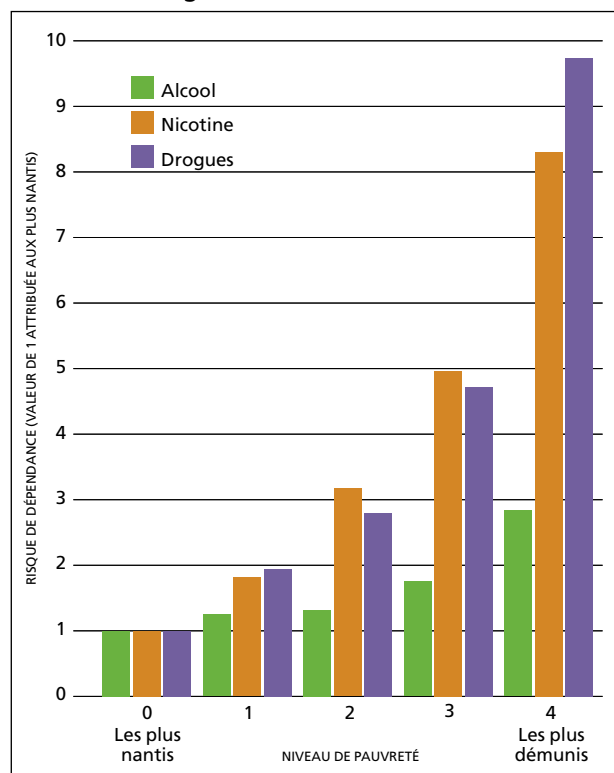


Face aux dures réalités économiques et sociales, certains se réfugient dans la consommation d'alcool, la toxicomanie et le tabagisme.

© TETHORNBANK/POLFO



Figure 7. Dénuement socioéconomique et risque de dépendance à l'alcool, à la nicotine et aux drogues (Grande-Bretagne, 1993)



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 qui ont incité l'intéressé à commencer à boire.

Cela vaut également pour le tabagisme. Les difficultés sociales – mauvaises conditions de logement, modicité des revenus, situation

monoparentale, chômage ou absence de domicile fixe – vont de pair avec des taux élevés de tabagisme et des taux très faibles de sevrage tabagique. 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.

La consommation d'alcool, le tabagisme et la toxicomanie sont en outre encouragés par les campagnes publicitaires et de promotion agressives menées par les grandes sociétés multinationales et par la criminalité organisée. Leurs activités constituent un obstacle de taille aux initiatives visant à réduire la consommation chez les jeunes. En outre, leur complicité tacite dans les activités de contrebande, notamment dans le cas du tabac, entrave les efforts déployés par les pouvoirs publics en vue de limiter la consommation par le biais des prix.

L'action à mener

- Pour lutter contre la toxicomanie (drogues légales ou illicites), il faut non seulement offrir soutien et soins aux personnes en état de dépendance, mais aussi s'attaquer aux difficultés sociales qui constituent la cause profonde de ce problème.
- La disponibilité de ces produits doit être réglementée par une politique des prix et d'octroi de licences. Il importe également d'informer le public au sujet des modes de consommation moins néfastes, de recourir à l'éducation sanitaire afin de dissuader les jeunes de consommer des substances nocives et d'offrir des traitements efficaces aux personnes dépendantes.

- Aucune de ces mesures n'est efficace si les facteurs sociaux qui sont à l'origine de la dépendance restent inchangés. On ne peut montrer du doigt le seul consommateur, car cela reviendrait à rejeter la responsabilité sur la victime au lieu de s'attaquer aux

circonstances sociales complexes qui engendrent la dépendance. Une politique efficace de lutte contre les substances toxiques doit donc s'inscrire dans le cadre général de la politique économique et sociale.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

Bobak M et al. Poverty and smoking. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:41–61.

Makela P, Valkonen T, Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow-up study. *British Medical Journal*, 1997, 315:211–216.

Marsh A, McKay S. *Poor smokers*. London, Policy Studies Institute, 1994.

Meltzer H. *Economic activity and social functioning of residents with psychiatric disorders*. London, H.M. Stationery Office, 1996 (OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 6).

Ryan, M. Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation. *British Medical Journal*, 1995, 310:646–648.

Fig. 7: Wardle J et al., eds. Smoking, drinking, physical activity and screening uptake and health inequalities. In: Gordon D et al, eds. *Inequalities in health*. Bristol, The Policy Press, 1999:213–239.



9. L'ALIMENTATION

Comme l'approvisionnement alimentaire est tributaire des marchés mondiaux, la garantie d'une alimentation saine est une question politique.

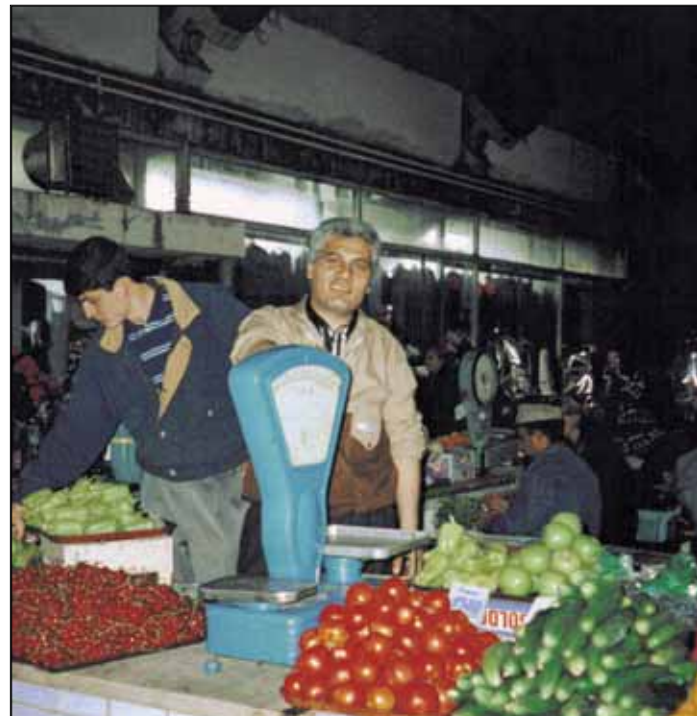
Ce que l'on sait

Un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires sont essentiels pour la santé et le bien-être. Les pénuries alimentaires et une alimentation peu variée engendrent la malnutrition et des maladies carencielles. L'excès de nourriture (une autre 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. En matière d'aliments, l'insuffisance côtoie l'abondance. Le véritable problème de santé publique réside dans la disponibilité et le coût d'aliments sains et nourrissants (fig. 8). 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.

La croissance économique et l'amélioration des conditions de logement et de l'assainissement sont à l'origine de la transition épidémiologique : les maladies

infectieuses ont régressé et les maladies chroniques ont progressé (en particulier les affections cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et les cancers). Ce phénomène s'est accompagné d'une transition nutritionnelle : en Europe occidentale, notamment, une surconsommation de graisses et de sucres à teneur élevée en énergie a entraîné 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 et la Politique agricole commune de l'Union européenne permettent aux forces du marché mondial de



Production locale pour consommation locale.

© AILEEN ROBERTSON/OWIS

déterminer les approvisionnements alimentaires. Des instances internationales telles que la Commission du Codex Alimentarius, qui fixe les normes de qualité et de sécurité sanitaire des aliments, n'ont pas de défenseurs de la santé publique en leur sein, alors que les entreprises du secteur alimentaire sont puissantes. La production alimentaire locale peut être plus viable et plus accessible, et elle soutient l'économie locale.

Les conditions économiques et sociales créent des disparités d'ordre social dans la qualité de l'alimentation, ce qui contribue à accentuer les inégalités de santé. La principale différence entre classes sociales réside dans les sources de nutriments. Dans un grand nombre de pays, les pauvres remplacent les aliments frais par des produits transformés bon marché. Néanmoins, on

retrouve souvent des régimes riches en graisses dans tous les groupes sociaux. Les personnes disposant de revenus peu élevés (jeunes ménages, personnes âgées, chômeurs, etc.) sont les moins à même de bien s'alimenter.

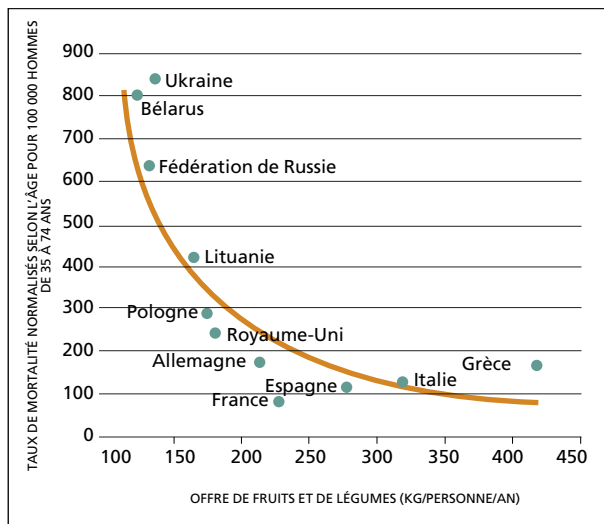
Pour la prévention des maladies chroniques, il faut consommer davantage de légumes et fruits frais, de légumineuses et de féculents peu transformés, mais moins de graisses animales, de sucres raffinés et de sel. Plus de 100 comités d'experts se sont accordés sur ces objectifs diététiques.

L'action à mener

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

- la prise en compte de considérations de santé publique dans le domaine alimentaire, pour que tous, notamment les populations vulnérables, puissent se procurer des aliments nutritifs et frais à un prix abordable ;
- un processus démocratique, transparent et responsable de prise de décisions pour l'ensemble des questions relatives aux dispositions réglementaires sur les aliments, avec la participation de toutes les parties prenantes, y compris les consommateurs ;
- la promotion de méthodes de production agroalimentaire viables préservant les ressources naturelles et l'environnement ;
- une sensibilisation aux vertus d'une alimentation saine, notamment par le biais des programmes scolaires, en diffusant des informations sur l'alimentation et la nutrition, les bonnes pratiques culinaires, la production d'aliments

Figure 8. Mortalité due aux coronaropathies en fonction de l'offre de fruits et de légumes dans certains pays européens



- et les bienfaits sociaux de la préparation d'un repas convivial ;
- la disponibilité d'informations utiles concernant les aliments, la diététique et la santé, ciblant notamment les enfants ;
- 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.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916) (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf, accessed 14 August 2003).

Premier Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition [pages Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (<http://www.euro.who.int/Document/E74104.pdf>, consulté le 13 janvier 2004).

Roos G et al. Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:35–43.

Systematic reviews in nutrition. Transforming the evidence on nutrition and health into knowledge [web site]. London,

University College London, 2003 (<http://www.nutritionreviews.org/>, accessed 14 August 2003).

World Cancer Research Fund. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective.* Washington, DC, American Institute for Cancer Research, 1997 (<http://www.aicr.org/exreport.html>, accessed 14 August 2003).

Fig. 8 : FAOSTAT (Bilan alimentaire) [base de données disponible en ligne]. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 25 septembre 2003.

WHO mortality database [database online]. Geneva, World Health Organization, 25 September 2003.

Base de données de la Santé pour tous [base de données disponible en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 25 septembre 2003.

10. LES TRANSPORTS

Une politique des transports soucieuse de la santé décourage le recours à l'automobile et favorise la marche à pied et le vélo, tout en améliorant 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 permis de limiter les travaux manuels et domestiques, et a contribué à l'épidémie croissante d'obésité, il faut trouver de nouvelles façons de faire de l'exercice physique. La politique des transports peut donc jouer un rôle crucial dans la lutte contre un mode de vie sédentaire en décourageant l'utilisation de la voiture, en favorisant le recours à la marche et au vélo et en améliorant 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 aussi le nombre de décès et de traumatismes graves consécutifs aux accidents de la route. Bien

que les accidents de voiture causent également des lésions corporelles 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.

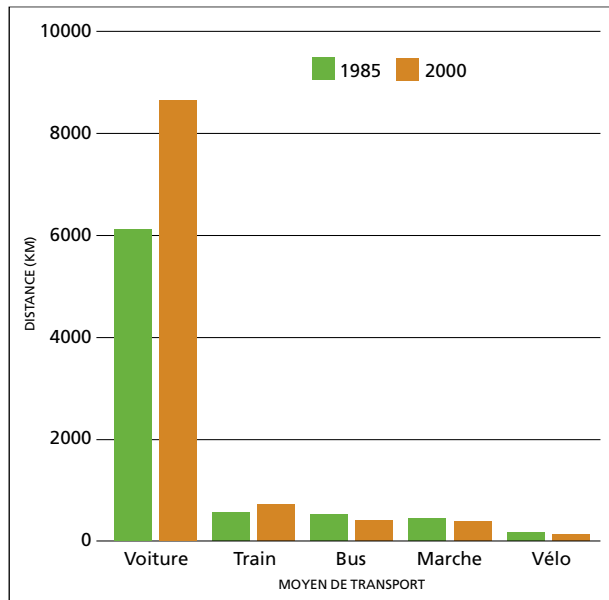
Contrairement à l'utilisation de la voiture, qui isole les gens, la marche à pied, le vélo et les transports



© FINN FRANSEN/POLFO

Les routes doivent donner la priorité aux cyclistes.

Figure 9. Distance parcourue par personne et par moyen de transport (Grande-Bretagne, 1985 et 2000)



en commun stimulent les contacts sociaux. La circulation routière divise artificiellement les quartiers et sépare les deux côtés d'une même rue. À cause de la diminution du nombre de piétons, la rue perd son rôle d'espace social et le piéton isolé craint d'être agressé. Qui plus est, les banlieues accessibles uniquement aux voitures tendent à isoler les personnes non motorisées, en particulier les jeunes et les personnes âgées. L'isolement et le manque de contacts sociaux sont fortement associés à une santé déficiente.

À une réduction du trafic correspond une diminution de la pollution liée 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 représentent des modes de déplacement de choix dans les villes denses du futur.

L'action à mener

Le XXI^e siècle doit être marqué par une réduction de la dépendance vis-à-vis de la voiture. 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 (fig. 9). Les politiques nationales et locales doivent inverser cette tendance, malgré la forte pression des nombreux secteurs (pétrole, caoutchouc, aménagement des routes, construction, vente et réparation de voitures, publicité) qui profitent de l'utilisation de la voiture.

- 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, avec des liaisons régulières et fréquentes dans 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 ainsi que les amendes en cas d'infraction.

- 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, une situation qui favorise le recours à l'automobile.
- De plus en plus, l'expérience prouve que la construction de routes encourage l'usage de la voiture, alors que les restrictions imposées à la circulation peuvent, paradoxalement, réduire les embouteillages.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

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

Fletcher T, McMichael AJ, eds. *Health at the crossroads: transport policy and urban health*. New York, NY, Wiley, 1996.

Making the connections: transport and social exclusion. London, Social Exclusion Unit, Office of the Deputy Prime Minister, 2003 (<http://www.socialexclusionunit.gov.uk/published.htm>, accessed 14 August 2003).

McCarthy M. Transport and health. In: Marmot MG, Wilkinson R, eds. *The social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999:132–154.

Transport, environment and health in Europe: evidence, initiatives and examples. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/hcp/UrbanHealthTopics/20011207_1, accessed 14 August 2003).

Fig. 9 : Transport trends 2002: articles (Section 2: personal travel by mode). London, Department for Transport, 2002 (http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_transstats/documents/page/dft_transstats_506978.hcsp, accessed 18 September 2003).



Le stress

Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : Nouvelles conceptions, nouveaux espoirs. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/fr/index.htm>, consulté le 13 janvier 2004).

Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvhfre/en/, consulté le 13 janvier 2004).

La petite enfance

Un lien crucial – Interventions en faveur de la croissance physique et du développement psychologique. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CHS_CAH_99.3_fre.pdf, consulté le 13 janvier 2004).

Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=french>, consulté le 13 janvier 2004).

L'exclusion sociale

Ziglio E et al. *Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (Études de cas en santé publique, n° 1) (<http://www.euro.who.int/document/e80253.pdf>, consulté le 13 janvier 2004).

Les dépendances

Convention-cadre pour la lutte antitabac [pages Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (http://www.who.int/gb/fctc/F/F_Index.htm, consulté le 13 janvier 2004).

Global status report on alcohol. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm, accessed 14 August 2003).

Rapport sur la politique de lutte antitabac en Europe. Évaluation de la mise en œuvre du Troisième plan d'action pour une Europe sans tabac 1997–2001. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/Document/e74574.pdf>, consulté le 13 janvier 2004).

L'alimentation

Global strategy for infant and young child feeding [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm, accessed 15 August 2003).

Globalization, diets and noncommunicable diseases. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/hpr/NPH/docs/globalization.diet.and.ncds.pdf>, accessed 15 August 2003).

WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/hpr/global.strategy.shtml>, accessed 15 August 2003).

Les transports

A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/e75662.pdf>, accessed on 15 August 2003).

Charte sur les transports, l'environnement et la santé. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (EUR/ICP/EHCO 02 02 05/9 Rev.4) (<http://www.who.dk/document/e73498.pdf>, consulté le 13 janvier 2004).

Dora C, Phillips M, eds. *Transport, environment and health.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 89) (<http://www.euro.who.int/document/e72015.pdf>, accessed on 15 August 2003).

Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP) [web pages]. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2003 (<http://www.unece.org/the-pep/new/en/welcome.htm>, accessed 15 August 2003).



Les pauvres vivent moins longtemps et sont plus souvent malades que les riches. Cette disparité met en évidence le fait que l'environnement social influe considérablement sur la santé.

Cet ouvrage examine les disparités sociales en matière de santé et explique les influences psychologiques et sociales qui s'exercent sur la santé physique et la longévité. Il examine ensuite les connaissances relatives aux principaux déterminants sociaux de la santé aujourd'hui et le rôle que les politiques des pouvoirs publics peuvent jouer dans la création d'un environnement social favorable à la santé.

Cette deuxième édition s'appuie sur les sources les plus récentes pour définir et décrire les principaux déterminants sociaux de la santé dans la société actuelle. Elle renvoie aux principales études pour chacun d'entre eux : le stress, la petite enfance, l'exclusion sociale, les conditions de travail, le chômage, le soutien social, les dépendances, l'alimentation et la politique de transports.

La politique et l'action sanitaires doivent agir sur les déterminants sociaux de la santé, en s'attaquant aux causes des maladies avant qu'elles n'engendrent des problèmes. Il s'agit là d'une tâche difficile pour les décideurs, les acteurs de la santé publique, celles et ceux qui mènent une action de sensibilisation en matière de santé. Cette publication présente les faits et les différentes options qui leur permettront d'agir.

ISBN 92 890 2370 8

Organisation mondiale de la santé

Bureau régional de l'Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhague Ø

Danemark

Tél. : +45 39 17 17 17

Fax : +45 39 17 18 18

Courriel : postmaster@euro.who.int

Site Web : www.euro.who.int

**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'entre 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
Biélorus
Belgique
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Chypre
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
Monaco
Norvège
Ouzbékistan
Pays-Bas
Pologne
Portugal
République de Moldova
République tchèque
Roumanie
Royaume-Uni
Saint-Marin
Serbie et Monténégro
Slovaquie
Slovénie
Suède
Suisse
Tadjikistan
Turkménistan
Turquie
Ukraine