



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L' Europe



Assurer à tous une vie prospère et en bonne santé :

le Rapport de situation sur l'équité en santé en Europe
Résumé d'orientation





Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Assurer à tous une vie prospère et en bonne santé :

le Rapport de situation sur l'équité en santé en Europe
Résumé d'orientation

Résumé

L'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et des objectifs de développement durable a fourni un cadre au renforcement des mesures visant à améliorer la santé et le bien-être pour tous et à veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte. Malgré des améliorations globales observées en termes de santé et de bien-être dans la Région européenne de l'OMS, des inégalités subsistent au sein des pays. Le présent rapport identifie cinq conditions essentielles nécessaires pour créer et instaurer durablement une vie en bonne santé pour tous : des services de santé de bonne qualité et accessibles, la sécurité des revenus et la protection sociale, des conditions de vie décentes, le capital social et humain et un emploi et des conditions de travail convenables. Des mesures stratégiques sont requises afin d'aborder les cinq conditions. Le Rapport de situation sur l'équité en santé examine en outre les moteurs de l'équité en santé, à savoir les facteurs fondamentaux pour créer des sociétés plus équitables : la cohérence des politiques, la responsabilisation, la participation à la vie de la communauté et l'autonomisation. Le rapport expose des données probantes sur les indicateurs des inégalités en santé dans chacun des 53 États membres de la Région, ainsi que des solutions pour réduire ces inégalités.

Mots clés

INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ
GESTION ET PLANIFICATION DE LA SANTÉ
DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ
FACTEURS SOCIOÉCONOMIQUES
DÉVELOPPEMENT DURABLE

Les demandes concernant les publications du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sont à adresser à :
Publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhague, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

© Organisation mondiale de la santé 2019

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Sous la direction de Nicole Satterley

Mise en page de Marta Pasqualato

Imprimé en Italie par AREAGRAPHICA SNC DI TREVISO GIANCARLO & FIGLI - LITOSTAMPA VENETA

Traduit par Audrey Previtali

Sommaire

| | |
|---|----|
| Liste des illustrations | 6 |
| Liste des abréviations | 7 |
| Remerciements | 8 |
| Avant-propos | 9 |
| Résumé d'orientation | 10 |
| Équité en santé et prospérité | 10 |
| Innovations de l'HESRI | 11 |
| Situation de l'équité en santé et tendances | 12 |
| Comprendre les lacunes : quels facteurs contribuent aux inégalités en santé au sein des pays de la Région européenne de l'OMS ? | 20 |
| Il est possible de concrétiser l'équité en santé à courte échéance, même dans le cadre des cycles politiques..... | 21 |
| Les cinq conditions essentielles pour créer et soutenir une vie en bonne santé pour tous - Solutions et progrès sur le plan politique | 23 |
| La santé et les services de santé..... | 23 |
| La santé et la sécurité des revenus et la protection sociale..... | 25 |
| La santé et les conditions de vie..... | 27 |
| La santé et le capital social et humain | 30 |
| La santé et l'emploi et les conditions de travail..... | 32 |
| Références..... | 34 |

Liste des illustrations

Figures

| | |
|---|----|
| Figure O.1. Compilation de trois types de données dans le HESR..... | 11 |
| Figure O.2. Espérance de vie à la naissance, par niveau d'éducation, 2016 (ou dernière année disponible)..... | 12 |
| Figure O.3. Écart entre le nombre de décès d'enfants pour 1000 naissances vivantes dans les régions sous-nationales les plus défavorisées comparé à ce nombre dans les régions sous-nationales les plus favorisées, 2016 (ou dernière année disponible, avec progression depuis 2005) | 13 |
| Figure O.4. Pourcentage des adultes qui déclarent des difficultés dans leurs activités quotidiennes dues à des problèmes de santé (ajusté sur l'âge), par quintile de revenu..... | 16 |
| Figure O.5. Écart entre la part des adultes de plus de 65 ans qui déclarent un état de santé médiocre ou mauvais sur 100 adultes dans le quintile des revenus les plus modestes et cette part dans le quintile des revenus les plus élevés, 2017 (et tendances depuis 2005) | 17 |
| Figure O.6. Écart entre le pourcentage des adultes qui déclarent une mauvaise santé mentale selon l'indice de bien-être de l'OMS (WHO-5) sur 100 adultes dans le quintile des revenus les plus modestes comparé à ce pourcentage dans le quintile des revenus les plus élevés (plusieurs années et tendances), par groupement de pays | 19 |
| Figure O.7. Inégalités moyennes au sein des pays face aux MNT et à leurs facteurs de risque (écart des pourcentages enregistrés entre les personnes les plus longtemps scolarisées et celles les moins longtemps scolarisées)..... | 19 |
| Figure O.8. Conditions de l'équité en santé d'après le HESR | 20 |
| Figure O.9. La contribution des cinq conditions aux inégalités en matière de santé autodéclarée, de santé mentale et de satisfaction par rapport à la vie (pays de l'UE) | 21 |
| Figure O.10. Le potentiel de 8 mesures macroéconomiques à réduire les inégalités face aux maladies limitantes chez les adultes en 2 à 4 ans dans 24 pays..... | 22 |
| Figure O.11. Contribution des services de santé aux inégalités en santé autodéclarée (pays de l'UE) | 23 |
| Figure O.12. Contribution des conditions de vie aux inégalités en santé autodéclarée (pays de l'UE) | 28 |
| Figure O.13. Dépenses publiques par habitant dans le logement et les équipements publics, 2017 (et tendances depuis 2006) | 29 |
| Figure O.14. Contribution du capital social et humain aux inégalités en santé autodéclarée (pays de l'UE)..... | 30 |
| Figure O.15. Pourcentage des adultes qui rapportent avoir parfois un faible capital social, mesuré par le manque de confiance, d'organisation, de sécurité et le sentiment d'isolement, pendant plusieurs années, par niveau d'éducation et par groupement de pays | 31 |
| Figure O.16. Contribution de l'emploi et des conditions de travail aux inégalités dans la santé autodéclarée (pays de l'UE) | 32 |

Tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau O.1. Moyennes et fourchettes de l'espérance de vie et écarts dans l'espérance de vie pour 19 pays de la Région européenne de l'OMS, 2016 (ou dernière année disponible)..... | 13 |
| Tableau O.2. Écart entre le nombre des personnes qui déclarent un mauvais état de santé dans le quintile des revenus les plus modestes et ce nombre dans le quintile des revenus les plus élevés, pour 100 personnes | 18 |

Liste des abréviations

| | |
|----------|---|
| CSU | Couverture sanitaire universelle |
| EEQV | Enquête européenne sur la qualité de vie |
| ESE | Enquête sociale européenne |
| Eurostat | Office statistique de l'Union européenne |
| GDL | Global Data Lab |
| HBSC | Comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé |
| HESR(i) | (Initiative du) Rapport de situation sur l'équité en santé |
| MNT | Maladies non transmissibles |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économique |
| ODD | Objectifs de développement durable |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| PIB | Produit intérieur brut |
| PPA | Parité des pouvoirs d'achat |
| SRCV-UE | Statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie |
| UE | Union européenne |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| WVS | Enquête sur les valeurs dans le monde |

Remerciements

Le rapport de l'OMS visant à assurer à tous une vie prospère et en bonne santé, le Rapport de situation sur l'équité en santé en Europe, est dirigé par le Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, établi à Venise (Italie). Chris Brown, directeur du Bureau de l'OMS à Venise, est responsable de l'élaboration stratégique et de la coordination du Rapport de situation sur l'équité en santé, qui est un produit clé de la série d'activités entreprises par la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être, sous la direction générale du docteur Piroska Östlin. Un appui pour l'élaboration de ce rapport a notamment été accordé par la Fondation Robert Wood Johnson. Les points de vue exprimés dans ce document ne reflètent pas nécessairement ceux de la Fondation.

Des apports techniques importants ont été fournis par Chris Brown, Lin Yang et Tammy Boyce du Bureau de l'OMS à Venise, ainsi que par Ben Barr et Tanith Rose du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche sur les politiques dans le domaine des déterminants sociaux de la santé à l'Université de Liverpool (Angleterre).

Des contributions notables ont été apportées par les membres du Groupe de travail d'experts scientifiques : Isabel Yordi Aguirre (Genre et droits humains, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Clare Bambra (Institute of Health and Society, Université de Newcastle), Ben Barr (Institute of Population Health Sciences, Université de Liverpool), Paula Braveman (École de médecine, Université de Californie, San Francisco), Matthias Braubach (Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Giuseppe Costa (Département des sciences cliniques et de biologie, Université de Turin), Paula Franklin (consultante en recherche et en politiques, Belgique), Peter Goldblatt (Institute of Health Equity, University College de Londres), Scott Greer (École de santé publique, Université du Michigan), Louise Haag (Département des sciences politiques, Université d'York), Rachel Hammonds (Faculté de droit, Université d'Antwerp), Johanna Hanefeld (Recherche en politiques et systèmes de santé, London School of Hygiene & Tropical Medicine), Gorik Ooms (Législation et gouvernance mondiales

en matière de santé, London School of Hygiene & Tropical Medicine), Daniel La Parra (Département de sociologie, Université d'Alicante), Enrique Gerardo Loyola Elizondo (consultant en recherche et politiques), Julia Lynch (Ronald O. Perelman Center for Political Science and Economics, Université de Pennsylvanie), Asa Nihlén (Genre et droits humains, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Jennie Popay (Département de sociologie et de santé publique, Université de Lancaster), Aaron Reeves (Département de sociologie, Université d'Oxford), Barbara Rohregger (consultante en recherche et politiques, Italie), Marc Suhrcke (Santé et systèmes de santé, Luxembourg Institute of Socio-Economic Research), Denny Vågerö (Centre des études sur l'équité en santé, Université de Stockholm), Carmen Vives-Cases (Institut universitaire de recherche pour l'égalité hommes-femmes, Université d'Alicante), Margaret Whitehead (Department of Public Health and Policy, Université de Liverpool).

Le rapport a également bénéficié des contributions de : Andrej Belák, Sara Barragan Montes, Jonny Currie, Séverine Deguen, Anna Giné March, Phil McHale, David Mosler, Jan Pelozo, Dwayne Proctor, Ritu Sadana, Matthew Saunders, Steven Senior, Shixin (Cindy) Shen, Johannes Siegrist, Pia Vracko, le National Institute for Health Research North West Coast Collaboration for Applied Health Research and Care, et le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche sur les politiques dans le domaine des déterminants sociaux de la santé à l'Université de Liverpool.

Plusieurs membres du personnel du Bureau de Venise et du Bureau régional en poste dans toutes les divisions et dans divers bureaux de pays ont participé au processus, parmi lesquels : Emilia Aragon De Leon, Andrea Bertola, Antonella Biasiotto, João Breda, Maria Luisa Buzelli, Tatjana Buzeti, Snezhana Chichevalieva, Dan Chisholm, Tina Dannemann Purnat, Masoud Dara, Tamás Gyula Evetovits, Jill Farrington, Carina Ferreira-Borges, Manfred Huber, Gabrielle Jacob, Dorota Jarosinska, Monika Kosinska, Joana Madureira Lima, Lorenzo Lionello, Marco Martuzzi, Bettina Menne, Kristina Mauer-Stender, Lazar Nikolic, David Novillo Ortiz, Piroska Östlin, Ivo Rakovac, Oliver Schmoll, Sarah Thomson, Adam Tiliouine, Nicole Britt Valentine, Martin Weber, Hanna Yang et Francesco Zambon.

Avant-propos

La Région européenne de l'OMS jouit d'une longue histoire et tradition à l'heure de soutenir les politiques universelles, la protection sociale et les approches de la santé basée sur les droits, et d'accorder la priorité aux conditions nécessaires à une vie en bonne santé. Inspirés par la cible visant à réduire les inégalités en santé dans le cadre de la politique Santé 2020, de nombreux pays, régions et communautés ont pris des mesures pour réduire les lacunes en santé.

Néanmoins, les tendances observées dans la réduction de ces lacunes sont hétérogènes, le rythme d'amélioration est plus lent que prévu et des nouveaux groupes, qui présentent un risque disproportionnellement plus élevé de mauvaise santé et de morbidité prématurée, apparaissent. En conséquence, beaucoup de personnes au sein de nos sociétés sont en retard sur le plan de la santé et du bien-être, et de ce fait, leurs chances de jouir pleinement d'une vie prospère sont diminuées.

Les effets clivants des lacunes majeures en santé et en bien-être dans les pays de la Région européenne de l'OMS menacent le cœur même des valeurs européennes de solidarité et de stabilité, sur lesquelles la prospérité et la paix ont été édifiées. Nous devons améliorer notre compréhension des moteurs des lacunes en santé au fil du temps et indiquer plus clairement les mesures et les approches qui produiront les meilleurs résultats en termes d'équité en santé. Cette connaissance est essentielle pour encourager un soutien politique aux fins de l'action, pour attirer l'attention des gouvernements sur les solutions et pour permettre un dialogue honnête et inclusif avec le public sur l'importance de la réduction des inégalités en santé pour la santé et le bien-être de tous en Europe au XIX^e siècle.

Le Rapport sur l'équité en santé a été rédigé en gardant à l'esprit ces objectifs. Il propose des innovations dans l'analyse des relations entre la situation sanitaire et la garantie et la qualité des conditions essentielles pour que chaque enfant et chaque adulte puissent vivre en bonne santé. Il ne s'arrête pas à la description du problème et montre

en quoi les politiques et les décisions en matière d'investissement ont des répercussions, positives ou négatives, sur la concrétisation de l'équité en santé et du bien-être tout au long de la vie. C'est la première fois que nous disposons d'une image précise des facteurs qui animent et renforcent les inégalités en santé dans nos sociétés et des options et des solutions stratégiques qui permettent d'induire des changements positifs.

Un ensemble complet d'interventions mises en œuvre dans le cadre des grandes politiques publiques aura le plus de chances de parvenir à niveler vers le haut la situation sanitaire entre les groupes sociaux et entre les filles et les garçons et les femmes et les hommes, dans tous nos pays. Le Rapport de situation sur l'équité en santé démontre que cette approche peut engendrer une réduction des inégalités en santé y compris en une période de 2 à 4 ans, soit la durée standard d'un mandat gouvernemental. En outre, il est très largement avéré que l'ensemble d'interventions qui améliorera l'équité en santé comporte les mêmes interventions nécessaires à une croissance inclusive. Cela signifie que les efforts que nous déployons pour améliorer l'équité en santé constituent des investissements dans le bien-être et dans le développement de toute la société, conformes à la réalisation d'ici 2030 des objectifs de développement durable des Nations Unies.

Un progrès effectif requiert d'impliquer de nouveaux partenaires et de briser les obstacles majeurs aux avancées. Notre premier partenaire reste l'enfant, le jeune, la femme ou l'homme qui ne peut prospérer ou s'épanouir. C'est leur voix, leur expérience vécue, leur passion, leur moteur et leur résilience que nous devons alimenter pour accomplir des progrès équitables en santé et aux fins du développement durable.

Ce rapport européen de l'OMS visant à assurer à tous une vie prospère en bonne santé est un outil inestimable qui permettra d'alimenter les débats, d'inspirer des actions et de consolider les alliances pour l'équité en santé à l'intérieur des pays et entre les pays de la Région européenne de l'OMS.

Dr Zsuzsanna Jakab

Directrice régionale de l'OMS pour l'Europe

Résumé d'orientation

- Le Rapport de situation sur l'équité en santé (HESR, d'après son sigle en anglais) est un examen global de la situation et des tendances en matière d'inégalités en santé, et des conditions essentielles requises pour pouvoir vivre en bonne santé dans la Région européenne de l'OMS.
- L'amélioration de la santé et du bien-être pour tous en réduisant les inégalités en santé et en veillant à ce que personne ne soit laissé pour compte aura de larges retombées économiques, sociales et environnementales positives dans les États Membres.
- Ce rapport vise à changer les idées reçues selon lesquelles les inégalités en santé sont trop complexes pour qu'on les résolve et les mesures à prendre et l'efficacité des politiques et des approches peu claires.
- Le HESR recense les progrès accomplis dans la mise en œuvre d'une série de mesures aux répercussions importantes pour la réduction des inégalités et démontre le lien existant entre les niveaux d'investissement dans ces mesures, ainsi que leur couverture et leur adoption et les lacunes dans les conditions essentielles requises pour une vie prospère et en bonne santé.
- Le rapport fait partie intégrante de l'Initiative du HESR (HESRi), qui comporte de nouvelles données factuelles et des outils que les États membres peuvent utiliser pour accélérer les progrès dans la réduction des inégalités en santé.

Équité en santé et prospérité

L'analyse du HESR consolide les données probantes sur la manière dont la santé et la prospérité sont étroitement liées et souligne qu'il est impératif que les valeurs sociales de solidarité, d'équité et de droits soient incluses dans les politiques de fiscalité et de croissance.

- Dans de nombreuses communautés, les effets de la désindustrialisation et de la mondialisation sont loin d'avoir constitué une réussite ; au contraire, ces phénomènes se sont traduits par des taux de chômage élevés, une progression des inégalités et de mauvais résultats sur le plan sanitaire. On peut le constater à toutes les étapes de notre vie.

Les efforts visant à réduire les inégalités en santé représentent des investissements majeurs en faveur d'une croissance inclusive et vice versa.

- Un scénario de 50 % de réduction des inégalités en termes d'espérance de vie entre les groupes sociaux apporterait des avantages monétisés aux pays allant de 0,3 % à 4,3 % du produit intérieur brut (PIB). Les interventions visant à supprimer les obstacles créés par une mauvaise santé et un mal-être sont bénéfiques au bien-être des populations et de l'économie.

Le secteur de la santé est un moteur fondamental de l'équité, de la prospérité et des économies inclusives, mais bien d'autres secteurs, comme la finance, le logement, l'emploi et l'éducation, ont également un rôle crucial à jouer.

- Lorsque les systèmes de santé sont consultés lors de la création et du suivi de plans de développement économique, la situation peut engendrer des cercles vertueux de croissance inclusive et d'équité. Les pratiques responsables du système de santé dans les domaines de l'emploi et de l'achat de biens et de services donnent lieu à de bons emplois, permettent d'en créer de nouveaux et contribuent directement à la sécurité des revenus, à l'égalité entre les sexes et au développement du capital humain aux niveaux local et national.

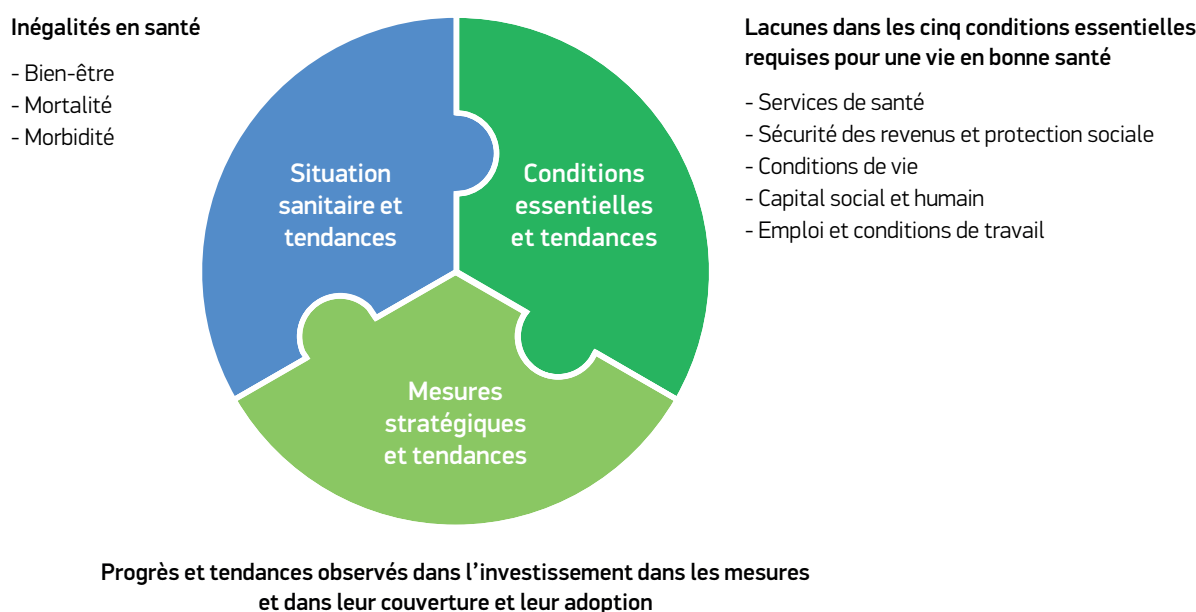
Le public appuie pleinement les efforts en faveur d'une société plus équitable et les investissements dans les conditions nécessaires pour permettre à tous de prospérer et de s'épanouir dans la vie et sur le plan sanitaire.

- Dans la Région européenne de l'OMS, la majorité des gens souhaitent vivre dans une société plus équitable. Ils estiment que les différences de revenu dans leur pays sont trop importantes et que la réduction des inégalités salariales devrait être une priorité pour les autorités nationales.
- Les personnes qui sont laissées pour compte n'ont que le sentiment d'être abandonnées. Le fait de ne pas bénéficier des mêmes opportunités, la stigmatisation et la vie dans une situation chronique d'insécurité (qu'elle soit sociale, financière et/ou culturelle) accroissent le stress et l'anxiété et réduisent le sentiment de confiance et d'appartenance à la société. Cette conjoncture a des répercussions sur l'ensemble de la société.

Innovations de l'HESRi

- L'analyse et les conclusions du HESR sont générées à partir d'une nouvelle série de données. Elles rassemblent trois types de données (fig. O.1) et utilisent des innovations en termes de méthodes d'analyse pour permettre une meilleure compréhension de l'équité en santé, des voies qui induisent l'équité et les inégalités et de la façon dont les interventions stratégiques sont associées au rythme de progression de la réduction des lacunes en matière de santé et de bien-être dans l'ensemble des pays de la Région européenne de l'OMS (annexe 1).
- Les données du HESR présentent les avantages suivants.
 1. Les données par pays permettent aux gouvernements de renforcer la prise de décisions, en adaptant en conséquence leur action et l'investissement aux fins de l'équité en santé.
 2. L'analyse encourage les ministres de la Santé à démontrer en quoi les décisions prises dans d'autres secteurs contribuent aux inégalités en termes de santé et de bien-être ou interagissent avec celles-ci.
 3. Les données probantes permettent aux autorités nationales et sous-nationales et aux autorités de santé d'améliorer la cohérence des politiques en faveur d'une meilleure équité en termes de santé et de chances d'épanouissement.

Figure O.1. Compilation de trois types de données dans le HESR



- Le HESR utilise différentes analyses et visualisations de données pour appuyer une bonne compréhension de la situation actuelle en matière d'inégalités en santé au sein des pays. Il répertorie également les cas éventuels de réduction ou de progression importante de ces inégalités sur une période de 10 à 15 ans (données d'analyse des tendances) (annexe 1).
- **Les diagrammes de répartition à gradient** sont utilisés afin de présenter le gradient socioéconomique pour chaque indicateur, comme l'espérance de vie, en examinant comment les niveaux de l'indicateur varient entre les sous-groupes de personnes. Trois ou cinq sous-groupes sont définis conformément aux marqueurs de la situation socioéconomique, par exemple le nombre d'années de scolarisation (fig. O.2), ou les niveaux de revenus ou de richesse. Pour les personnes de chaque sous-groupe, le niveau moyen de l'indicateur est calculé et représenté dans le diagramme par un point d'une couleur distincte.
- **Les diagrammes des écarts** sont utilisés pour montrer la différence ou l'écart entre les niveaux moyens de l'indicateur dans le sous-groupe le plus favorisé comparé aux niveaux enregistrés dans le sous-groupe le plus défavorisé. Ainsi, les diagrammes mettent en avant l'écart entre le quintile

des revenus les plus élevés et le quintile des revenus les plus modestes ou entre les personnes ayant été le plus longtemps scolarisées (niveau universitaire) et celles ayant été scolarisées le moins longtemps (niveau collège). Les symboles vert-orange-rouge présents dans ces figures montrent en outre si l'écart pour chaque pays a reculé, s'il a progressé ou s'il a stagné pendant la période spécifiée (par ex. fig. O.3).

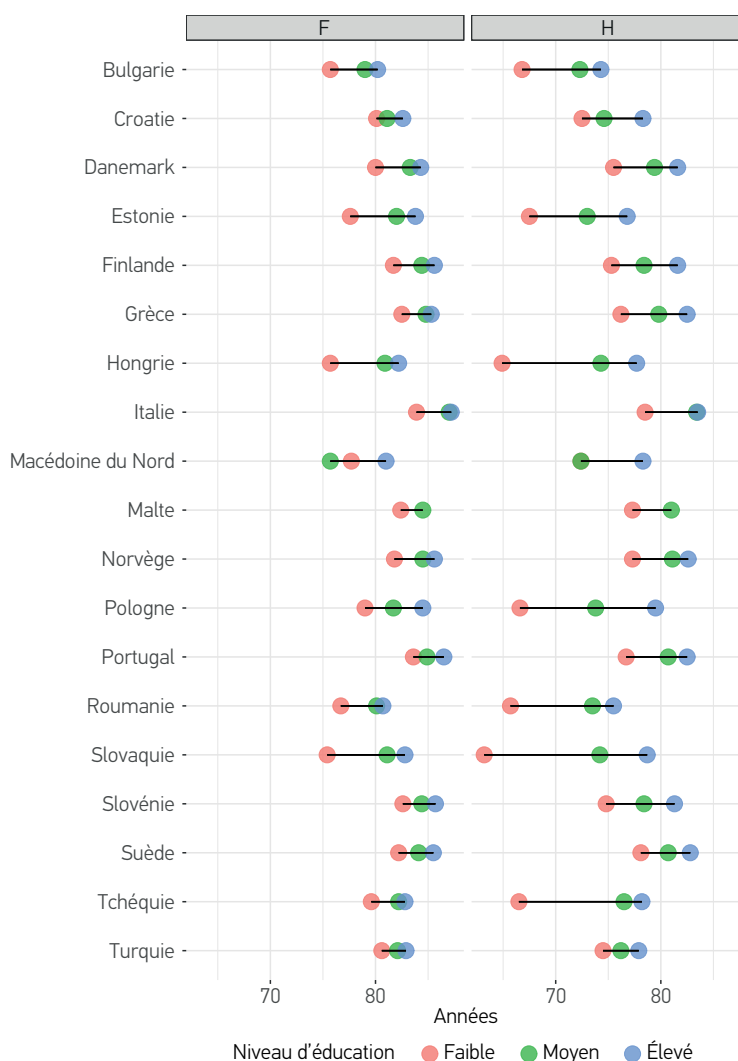
- **Les diagrammes récapitulatifs circulaires** sont utilisés pour synthétiser les inégalités relatives à plusieurs indicateurs pour des pays d'un point à l'autre de la Région européenne de l'OMS, en fournissant un profil de l'ampleur moyenne des inégalités dans les États membres. Si les diagrammes des écarts s'appuient sur l'écart existant entre

les niveaux des indicateurs des sous-groupes, le diagramme récapitulatif circulaire utilise le rapport entre les niveaux des indicateurs pour confronter les différents indicateurs et plus facilement les interpréter.

- **Les diagrammes de décomposition** sont utilisés pour montrer de quelle façon les lacunes dans chacune des cinq conditions essentielles, contribuent, lorsqu'elles sont conjuguées, aux lacunes pour un indicateur de santé donné, comme la santé mentale ou les maladies limitantes. Ces diagrammes permettent aux responsables politiques de mieux discerner le poids relatif de chaque condition à l'heure de contribuer à l'équité/aux inégalités pour un indicateur de santé spécifique (annexe 2).

Situation de l'équité en santé et tendances

Figure O.2. Espérance de vie à la naissance, par niveau d'éducation, 2016 (ou dernière année disponible)



Notes. F = femmes. H = hommes. Les données pour Malte datent de 2011. Les données concernant le plus haut niveau d'éducation à Malte ne sont pas disponibles.

Source : informations compilées par les auteurs à partir de données Eurostat.

L'espérance de vie moyenne progresse d'un point à l'autre de la Région mais dans tous les pays, des inégalités en santé persistent entre les adultes des différents groupes sociaux.

- L'espérance de vie moyenne dans la Région européenne de l'OMS a augmenté, passant de 76,7 ans en 2010 à 77,8 ans en 2015. Toutefois, cette progression dissimule des disparités au sein des

pays, comme le montre la figure 0.2 pour 19 pays (à l'aide de données ventilées par niveau d'éducation).

- Le tableau 0.1 synthétise les données présentées dans la figure 0.2 en montrant comment l'espérance de vie et les écarts en la matière selon le niveau d'éducation varient entre les hommes et les femmes au sein de ces 19 pays.

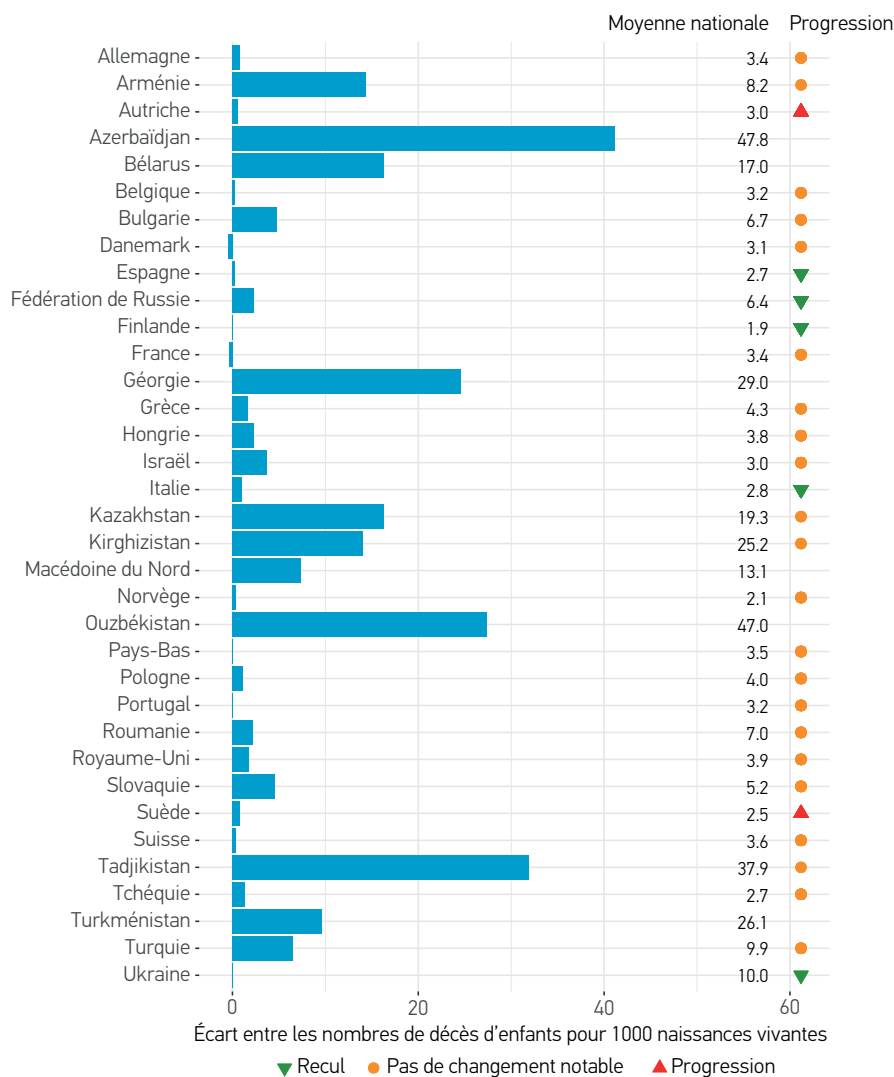
Tableau 0.1. Moyennes et fourchettes de l'espérance de vie et écarts dans l'espérance de vie pour 19 pays de la Région européenne de l'OMS, 2016 (ou dernière année disponible)

| | Espérance de vie (en années) | | Écarts dans l'espérance de vie (en années) | |
|--------|------------------------------|------------|--|------------|
| | Moyenne | Fourchette | Moyenne | Fourchette |
| Femmes | 82,0 | 78,1–86,0 | 3,9 | 2,3–7,4 |
| Hommes | 76,2 | 71,1–81,8 | 7,6 | 3,4–15,5 |

Source : informations compilées par les auteurs à partir de données Eurostat.

- Dans ces 19 pays, l'espérance de vie moyenne des hommes est moins élevée que celle des femmes et les variations de l'espérance de vie des hommes entre les différents groupes sociaux sont plus importantes qu'elles ne le sont dans le cas des femmes.
- L'écart entre l'espérance de vie des femmes les plus longtemps scolarisées et des femmes les moins longtemps scolarisées est resté le même ou a augmenté dans les 19 pays entre 2013 et 2016. Quant aux hommes, cet écart est resté le même dans quasiment tous les pays.
- **Il existe de profondes variations de l'espérance de vie entre les hommes des différents groupes sociaux et entre les femmes des différents groupes sociaux, au sein même des pays** (Fig. 0.2).
- Les femmes scolarisées moins longtemps sont plus susceptibles de mourir entre 2,3 et 7,4 années plus tôt que les femmes scolarisées davantage d'années.
- Les hommes scolarisés moins longtemps sont plus susceptibles de mourir entre 3,4 et 15,5 années plus tôt que les hommes scolarisés davantage d'années.
- Dans quatre pays, les hommes ayant été scolarisés jusqu'au collège décèdent plus de 10 ans plus tôt que les hommes ayant un diplôme universitaire.

Figure 0.3. Écart entre le nombre de décès d'enfants pour 1000 naissances vivantes dans les régions sous-nationales les plus défavorisées comparé à ce nombre dans les régions sous-nationales les plus favorisées, 2016 (ou dernière année disponible, avec progression depuis 2005)



Notes. Les données les plus récentes dataient de 2016 pour la plupart des pays, à l'exception des suivants : Azerbaïdjan 2006, Bélarus 2005, Fédération de Russie 2015, Géorgie 2005, Kazakhstan 2015, Kirghizistan 2014, Macédoine du Nord 2005, Ouzbékistan 2006, Tadjikistan 2015, Ukraine 2012.

Sources : informations compilées par les auteurs à partir de données Eurostat, de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et du Global Data Lab (GLD).

Le lieu où vous naissez et vivez dans un pays peut avoir des répercussions sur vos chances d'épanouissement, même dans les premières années de votre existence.

- La gravité des inégalités géographiques en termes de mortalité infantile varie considérablement d'un pays de la Région européenne de l'OMS à l'autre.
- À partir des données sur la mortalité infantile pour 35 pays, la figure 0.3 révèle que pour 1000 naissances vivantes, pas moins de 41 nourrissons de plus ne survivent pas à la première année de leur existence s'ils naissent dans les quartiers les plus défavorisés, par rapport à ceux qui naissent dans les quartiers favorisés.
- L'étendue de ces inégalités est comparable aux taux absolus de mortalité infantile d'un point à l'autre de la Région : les taux moyens de mortalité infantile au sein des pays de la Région européenne de l'OMS oscillent entre 1,9 et 47,8 décès pour 1000 naissances vivantes.
- On constate des différences notables dans les niveaux de mortalité infantile entre les zones géographiques lorsque l'on compare les pays présentant des économies et des traditions culturelles similaires. C'est révélateur du fait que les inégalités en matière de mortalité infantile sont évitables.

- **Dans beaucoup de pays, les écarts en termes de mortalité infantile n'ont pas évolué depuis la fin des années 2000.**
- Dans 23 de 35 pays de la Région européenne de l'OMS, ces écarts dans les taux de mortalité infantile enregistrés entre les régions sous-nationales les plus défavorisées et les plus favorisées ont stagné ou se sont creusés entre 2005 et 2016 (fig. O.3).

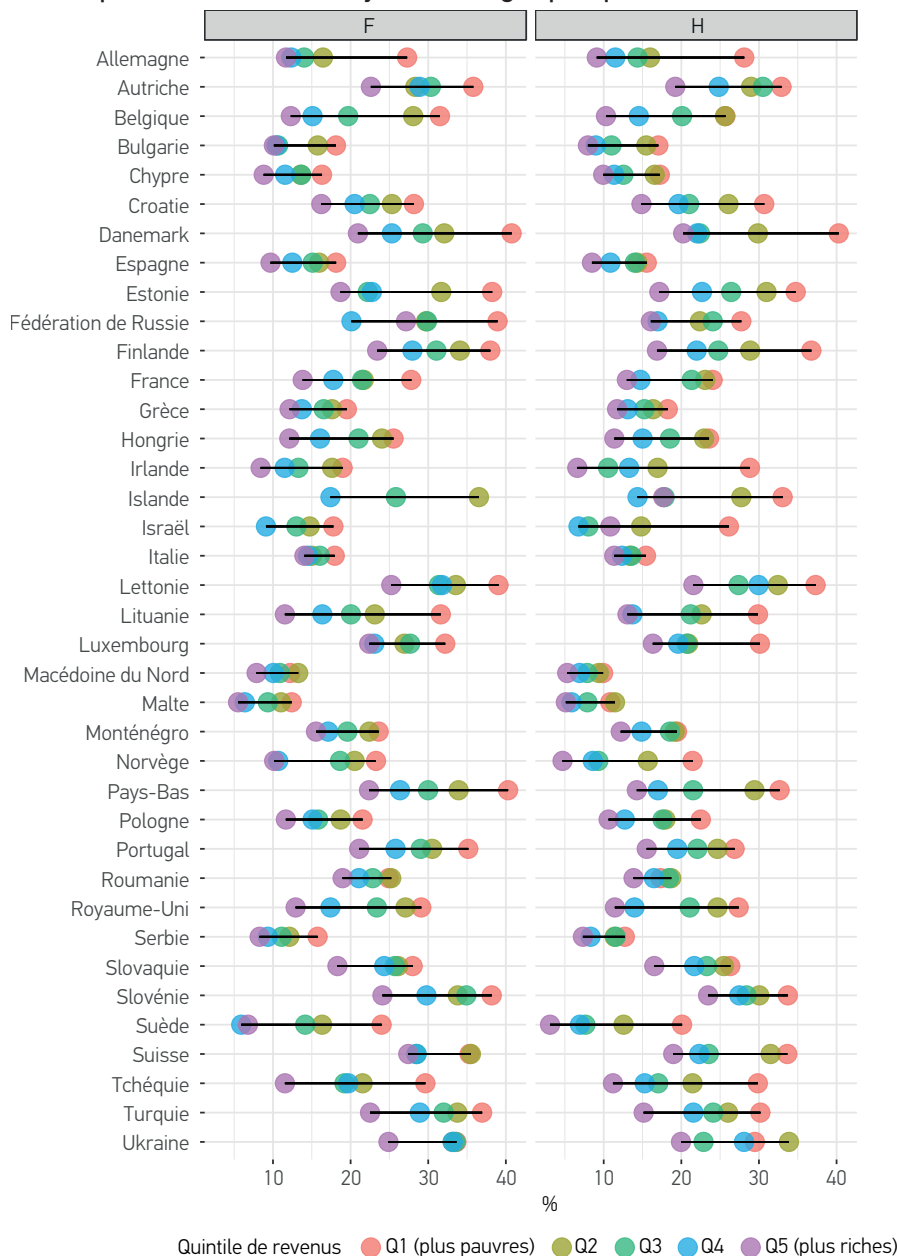
Les inégalités en matière d'affections chroniques limitent la participation aux activités quotidiennes et empêchent de nombreux adultes de pouvoir vivre une vie décente.

- Les inégalités en matière de maladie limitante ont un impact non seulement sur les chances de bénéficier d'une vie de qualité chez soi et d'une vie de famille, mais aussi sur la productivité globale des travailleurs d'un pays, et par conséquent sur les performances économiques nationales.
- Les inégalités en matière de maladie limitante sont répandues dans tous les pays de la Région européenne de l'OMS. Sur les 38 pays apparaissant dans la figure O.4, la part des hommes et des femmes qui rapportent des entraves dans la réalisation d'activités quotidiennes dues à la mauvaise santé suit un gradient social important par quintile de revenu.
- Les données des 38 pays révèlent que sur 100 femmes, entre quatre et 20 femmes de plus situées dans le quintile des revenus les plus modestes rapportent des difficultés dans leur vie quotidienne dues à une mauvaise santé comparées à celles du quintile des revenus les plus élevés.
- Quant aux hommes, entre quatre et 22 hommes de plus sur 100 situés dans le quintile des revenus les plus modestes font état de telles difficultés par rapport aux hommes dans le quintile des revenus les plus élevés.
- Entre 2005 et 2016, les écarts en termes de maladie limitante sont restés inchangés ou ont augmenté dans 32 des 38 pays de la figure O.4 pour les femmes, et dans 31 des 38 pays pour les hommes.

Les écarts en matière de santé autodéclarée et de bien-être sont les signes avant-coureurs du risque inégal de tomber malade.

- Des écarts en matière de santé autodéclarée et de bien-être existent à toutes les étapes de la vie et les tendances révèlent que les variations entre les groupes sociaux d'un même pays grandissent.
- Les mesures autodéclarées de la santé et du bien-être sont de plus en plus distinguées comme les premiers détecteurs des risques de mortalité et de morbidité et sont largement considérées comme des indicateurs fiables de la situation sanitaire objective.
- Les pourcentages des enfants, des adultes en âge de travailler et des adultes âgés de 65 ans ou plus qui déclarent un mauvais état de santé ventilés par revenu du foyer ou par niveau de richesse montrent que le gradient socioéconomique en santé prend de l'ampleur à chaque étape de la vie.
- Les données des 38 pays étudiés révèlent que sur 100 filles, il y a en moyenne six filles de plus dans le quintile des revenus les plus modestes qui déclarent uniquement un état de santé médiocre ou mauvais comparé au quintile des revenus les plus élevés. Concernant les garçons, ils sont en moyenne cinq garçons de plus pour 100 garçons dans le quintile des revenus les plus modestes comparé au quintile des revenus les plus élevés.
- En ce qui concerne les adultes en âge de travailler, les écarts se creusent. En moyenne 19 femmes de plus et 17 hommes de plus sur 100 appartenant au quintile des revenus les plus modestes rapportent uniquement un état de santé médiocre ou mauvais, comparé au quintile des revenus les plus élevés.

Figure O.4. Pourcentage des adultes qui déclarent des difficultés dans leurs activités quotidiennes dues à des problèmes de santé (ajusté sur l'âge), par quintile de revenu



Notes. F = femmes. H = hommes. Données manquantes en raison de la taille trop réduite de l'échantillon des femmes en Islande (Q1 et Q5) et en Israël (Q5).

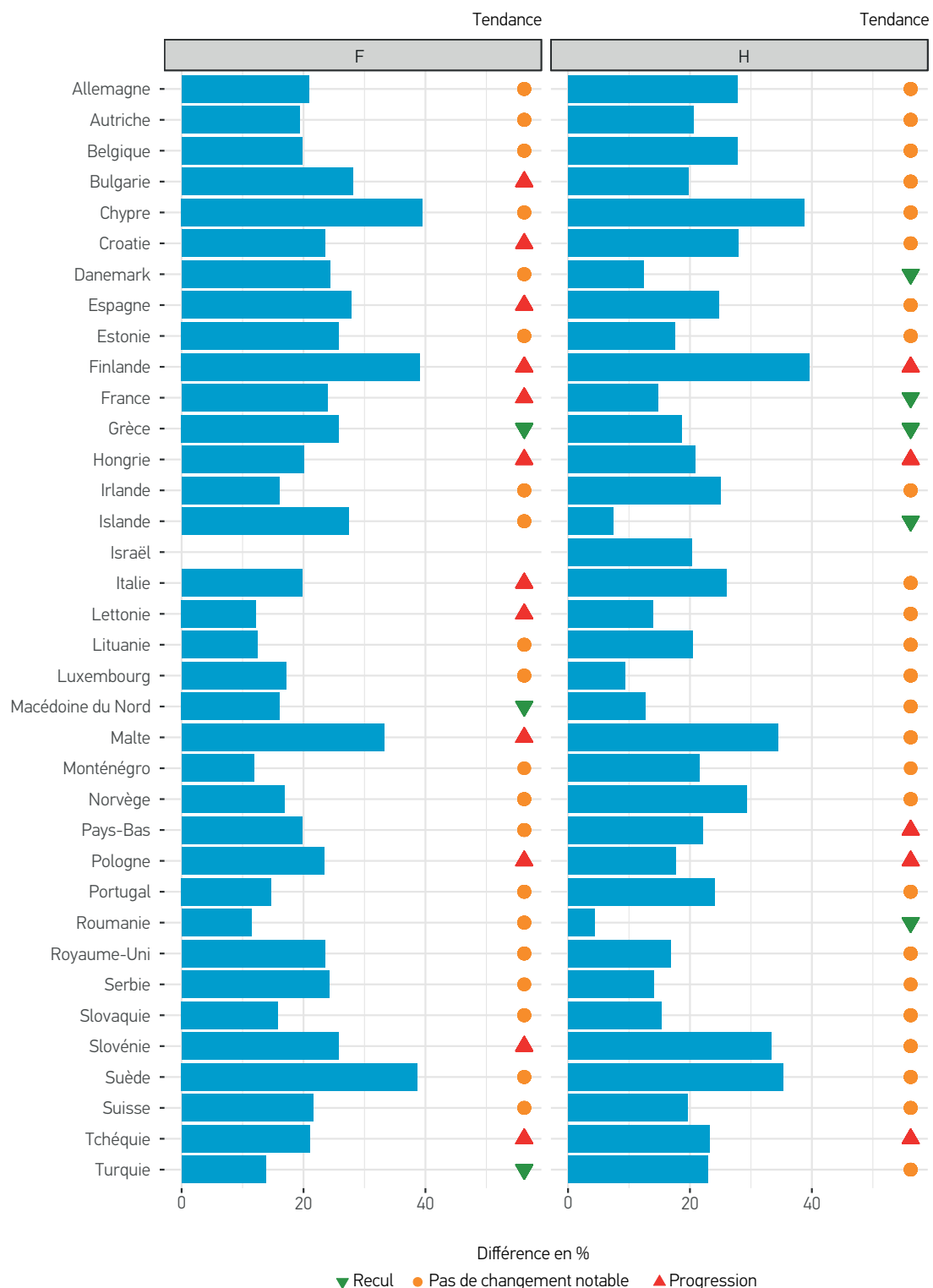
Sources : informations compilées par les auteurs à partir de données pour la période 2012-2017 des Statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie (SRCV-UE) et de l'Enquête sociale européenne (ESE).

En l'absence d'interventions efficaces, les lacunes en santé persistent et s'aggravent au fil du temps.

- Ce constat soulève de plus en plus de préoccupations compte tenu des bouleversements démographiques vers un vieillissement des sociétés qui surviennent à travers la Région européenne de l'OMS. Dans le cas des adultes âgés de 65 ans ou plus, les lacunes mentionnées précédemment sont plus marquées avec en moyenne 22 femmes de plus et 21 hommes de plus sur 100 dans le quintile des revenus les plus modestes qui déclarent uniquement un état de santé médiocre ou mauvais, comparé au quintile des revenus les plus élevés (fig. O.5).

- Même si ces données proviennent de personnes différentes à différentes étapes de leur vie à un moment précis dans le temps, plutôt que de personnes identiques sur plusieurs années, il n'en est pas moins évident qu'au vu de ce panorama statique de l'existence, les inégalités se renforcent à chaque étape de la vie.
- Ces fossés en matière d'équité tout au long de la vie sont une occasion manquée de permettre aux personnes de prospérer et de s'épanouir.

Figure O.5. Écart entre la part des adultes de plus de 65 ans qui déclarent un état de santé médiocre ou mauvais sur 100 adultes dans le quintile des revenus les plus modestes et cette part dans le quintile des revenus les plus élevés, 2017 (et tendances depuis 2005)



Notes. F = femmes. H = hommes.

Sources : informations compilées par les auteurs à partir de données 2017 extraites de l'enquête des SRCV-UE et de l'ESE.

En l'absence de contrôle, les inégalités en santé s'accroissent tout au long de la vie.

● Le tableau O.2 montre l'écart entre le nombre de personnes qui déclarent un mauvais état de santé dans le quintile des revenus les plus modestes et ce nombre dans le quintile des revenus les plus élevés à différentes étapes de la vie (sur 100 personnes).

Tableau O.2. Écart entre les nombres de personnes qui déclarent un mauvais état de santé dans le quintile des revenus les plus modestes et ce nombre dans le quintile des revenus les plus élevés, pour 100 personnes

| | Enfance | Années d'activité | Stade ultérieur de l'existence |
|--------|---------|-------------------|--------------------------------|
| Femmes | 6 | 19 | 22 |
| Hommes | 5 | 17 | 22 |



Sources : informations compilées par les auteurs à partir de données de l'enquête 2014 sur le Comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) et de données pour la période 2012-2017 de l'enquête des SRCV-UE et de l'ESE.

Les inégalités en santé mentale sont aussi répandues dans la Région européenne de l'OMS que les inégalités en santé physique.

- Les hommes et les femmes qui vivent sur les revenus les plus modestes au sein des pays de la Région sont en moyenne deux fois plus susceptibles de déclarer un mauvais état de santé mentale que les personnes enregistrant les revenus les plus élevés.
- La santé mentale constitue une priorité majeure de santé publique en raison de ses taux de comorbidité avec les maladies cardiovasculaires et les maladies transmissibles comme la tuberculose.
- La dépression et l'anxiété comptent parmi les cinq premières causes de la charge globale de morbidité dans la Région (mesurée en termes d'années de vie corrigées du facteur invalidité).
- L'analyse des données pour les 35 pays utilisés pour constituer la figure 0.6 et regroupés par pays présentant des politiques et un paysage politique similaires (annexe 3), montre que sur 100 femmes, entre 12 et 16 de plus dans le quintile des revenus les plus modestes déclarent une mauvaise santé mentale que dans le quintile des revenus les plus élevés. Et sur 100 hommes, entre 9 et 17 de plus dans le quintile des revenus les plus modestes déclarent une mauvaise santé mentale par rapport aux hommes du quintile des revenus les plus élevés.

Les différences entre les sexes en termes d'inégalités en santé mentale varient d'un point à l'autre de la Région européenne de l'OMS et n'ont pas enregistré de baisse significative entre 2007 et 2016.

- Le groupement des pays utilisé dans la figure 0.6 souligne le fait que les différences entre les sexes en termes de gravité des inégalités en santé mentale varient selon les endroits dans la Région.

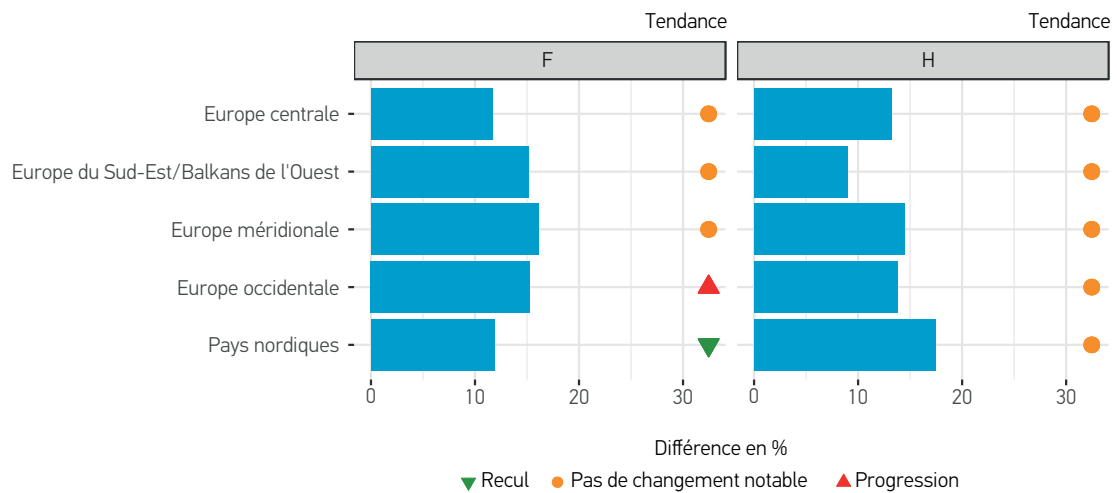
Des inégalités face aux maladies non transmissibles (MNT) et les facteurs de risque associés existent d'un point à l'autre de la Région.

- Les inégalités concernant 4 des 5 facteurs de risque pour les MNT suivent un gradient socioéconomique (fig. 0.7).
- Plus une personne bénéficie de ressources et d'opportunités sociales et économiques importantes, moins elle est susceptible de développer un facteur de risque pour les MNT (à l'exception de la consommation d'alcool).
- La figure 0.7 compare les inégalités moyennes dans plusieurs indicateurs des MNT et de leurs facteurs de risque entre les hommes et les femmes le plus longtemps et le moins longtemps scolarisé/es (niveau universitaire et niveau collège, respectivement) au sein des pays de la Région européenne de l'OMS.
- Le risque supplémentaire de maladie cardiovasculaire, de diabète, d'obésité et de tabagisme chez les femmes scolarisées le moins longtemps par rapport aux femmes scolarisées le plus longtemps est plus marqué que le risque supplémentaire encouru par les hommes, lorsque l'on effectue la même comparaison entre les niveaux d'éducation.
- En moyenne, dans la Région, les femmes les moins longtemps scolarisées courent deux fois plus de

risque de développer un diabète que les femmes les plus longtemps scolarisées, alors que ce risque n'est que 1,5 fois plus important chez les hommes. 4,3 % des femmes les moins scolarisées rapportent

un cas de diabète contre 2,2 % des femmes les plus longtemps scolarisées. Dans le cas des hommes, ces taux sont respectivement de 3,8 % et 2,8 %.

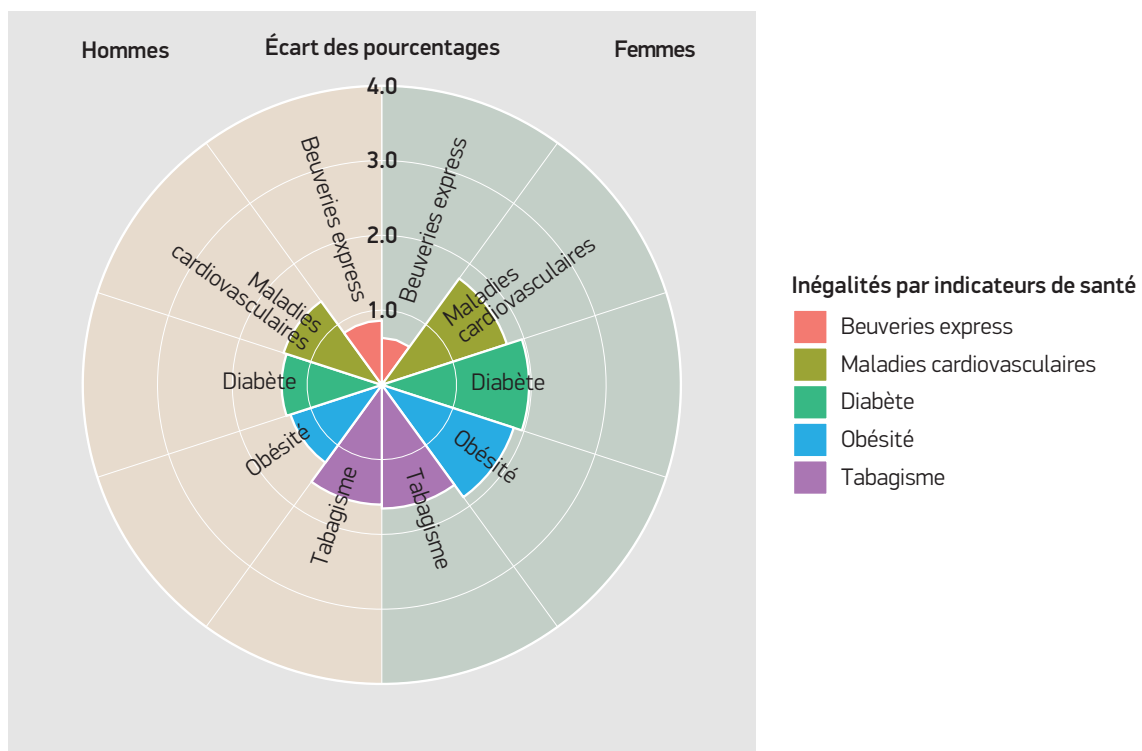
Figure 0.6. Écart entre le pourcentage des adultes qui déclarent une mauvaise santé mentale selon l'indice de bien-être de l'OMS (WHO-5) sur 100 adultes dans le quintile des revenus les plus modestes comparé à ce pourcentage dans le quintile des revenus les plus élevés (plusieurs années et tendances), par groupement de pays



Notes. F = femmes. H = hommes.

Source : informations compilées par les auteurs sur la base de données pour la période 2007-2016 extraites de l'Enquête européenne sur la qualité de vie (EEQV).

Figure 0.7. Inégalités moyennes au sein des pays face aux MNT et à leurs facteurs de risque (écart des pourcentages enregistrés entre les personnes les plus longtemps scolarisées et celles les moins longtemps scolarisées)



Source : informations compilées par les auteurs à l'aide de la base de l'ensemble de données sur l'équité en santé.

Comprendre les lacunes : quels facteurs contribuent aux inégalités en santé au sein des pays de la Région européenne de l'OMS ?

Le HESR utilise de nouvelles méthodes pour comprendre les moteurs des tendances et de l'état des inégalités en santé au sein des pays de la Région.

- Il est important de mesurer la situation sanitaire et ses tendances, mais sans une compréhension de la nature des facteurs et des décisions qui attisent les inégalités, l'attention resterait fixée sur la description du problème, plutôt que sur l'identification des solutions et des mesures à prendre.
- Le HESR a saisi et analysé pour la première fois les relations entre les inégalités en santé, les conditions essentielles pour une vie en bonne santé et le degré des investissements en faveur des mesures qui influencent les résultats en matière d'équité en santé et la couverture et l'adoption de ces mesures.

- Il s'agit d'une avancée considérable dans la possibilité d'accélérer une action systématique et pangouvernementale qui affecte l'ensemble de la société pour améliorer l'équité dans le domaine de la santé.
- Le HESR a permis d'identifier cinq conditions (fig. 0.8) qui ont des répercussions sur l'équité en santé ; les lacunes dans chaque domaine sont toutes importantes en elles-mêmes pour expliquer les inégalités en santé entre les hommes et les femmes d'un groupe social à l'autre et d'une zone géographique à l'autre.

Figure 0.8. Conditions de l'équité en santé d'après le HESR



Afin d'améliorer l'équité en santé au sein des pays, des actions portant sur les cinq conditions au moyen d'une conjonction d'approches stratégiques ciblées et universelles sont requises.

- La combinaison d'interventions stratégiques adaptées au degré d'inégalité entre les groupes sociaux induit une amélioration de la santé de tous, tout en accélérant le rythme des avancées pour les personnes qui seraient autrement laissées pour compte.
- La figure 0.9 montre la contribution relative des lacunes dans chacune des cinq conditions essentielles à l'heure d'expliquer les inégalités en santé au sein des pays qui concernent trois priorités majeures de santé publique pertinentes d'un point à l'autre de la Région européenne de l'OMS.

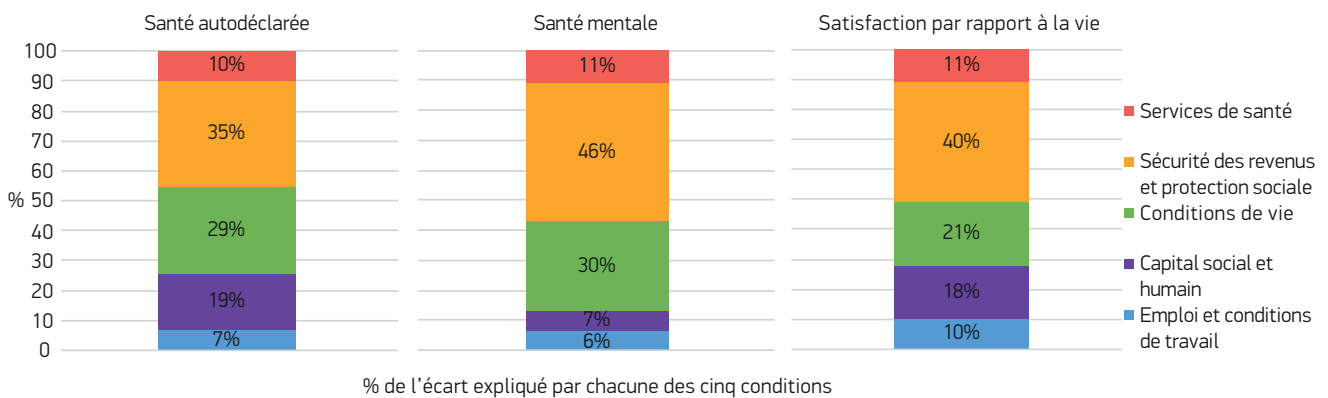
Ces cinq conditions essentielles sont nécessaires pour que les personnes jouissent d'une vie en bonne santé et ce sont les politiques publiques qui contribuent à créer ces conditions.

- Le HESR utilise une méthode de décomposition pour quantifier la (portée de la) contribution de chacune des cinq conditions aux inégalités en santé, par rapport aux autres. Compte tenu des données disponibles, l'analyse révèle que les cinq conditions contribuent toutes statistiquement de manière aussi importante aux inégalités dans les trois indicateurs de santé et que la part relative de leur contribution reste homogène d'un indicateur à l'autre.¹

¹ En raison des exigences strictes pour l'analyse par décomposition, certains facteurs qui influencent l'équité en santé n'ont pas été pris en compte (par ex., il n'a pas été possible d'inclure une mesure directe de la qualité des emplois ou des conditions de travail, mais seulement le fait que les personnes font des heures supplémentaires) (voir annexe 2).

- Les différences entre les groupes socio-économiques en termes de *sécurité des revenus* et de *conditions de vie* constituent le premier moteur des inégalités en santé autodéclarée, en santé mentale et en satisfaction par rapport à la vie au sein des pays de la Région européenne de l'OMS, en concourant à près de 2/3 des inégalités en santé entre les groupes socioéconomiques au sein des pays (annexe 4).
- Chacune ces cinq conditions essentielles nécessaires pour créer et instaurer durablement une vie en bonne santé pour tous est examinée séparément dans les pages qui suivent.

Figure O.9. La contribution des cinq conditions aux inégalités en matière de santé autodéclarée, de santé mentale et de satisfaction par rapport à la vie (pays de l'UE)



Note. L'analyse tient compte de l'âge et du sexe des sujets.

Source : informations recueillies par les auteurs à partir de données de l'EEQV pour la période 2003–2016.

Il est possible de concrétiser l'équité en santé à courte échéance, même dans le cadre des cycles politiques

Le HESR façonne les solutions requises pour réduire les inégalités en santé en examinant la relation entre l'équité en santé et la mise en œuvre, la couverture et l'adoption des politiques publiques clés au fil du temps.

- Les lacunes qui existent en santé entre les groupes socioéconomiques peuvent être réduites, même dans le cadre de mandats politiques de 2 à 4 ans (figure O.10). Les responsables politiques peuvent être assurés qu'avec des investissements et des interventions justes, il est possible de réduire les inégalités en santé, même à court terme.
- Un scénario de 50 % de réduction des inégalités en termes d'espérance de vie entre les groupes sociaux apporterait des avantages monétisés aux pays allant de 0,3 % à 4,3 % du PIB. Les interventions visant à supprimer les obstacles créés par une mauvaise santé et un mal-être sont bénéfiques au bien-être des populations et de l'économie.
- La figure O.10 montrent les effets potentiels de huit mesures macroéconomiques sur la réduction des inégalités en santé. L'amélioration est mesurée par le recul de la part des maladies limitantes déclarées par les adultes dans les quintiles des revenus les plus modestes et celui des revenus les plus élevés (au sein des pays).
- Les barres vertes représentent les réductions moyennes des inégalités en santé qui ont été permises 2 à 4 ans après la mise en œuvre par les pays de chacune des huit mesures énumérées à gauche du diagramme. Plus d'informations sont disponibles à la section 3.1.

Sept des mesures présentent une corrélation positive avec les réductions des inégalités en santé.

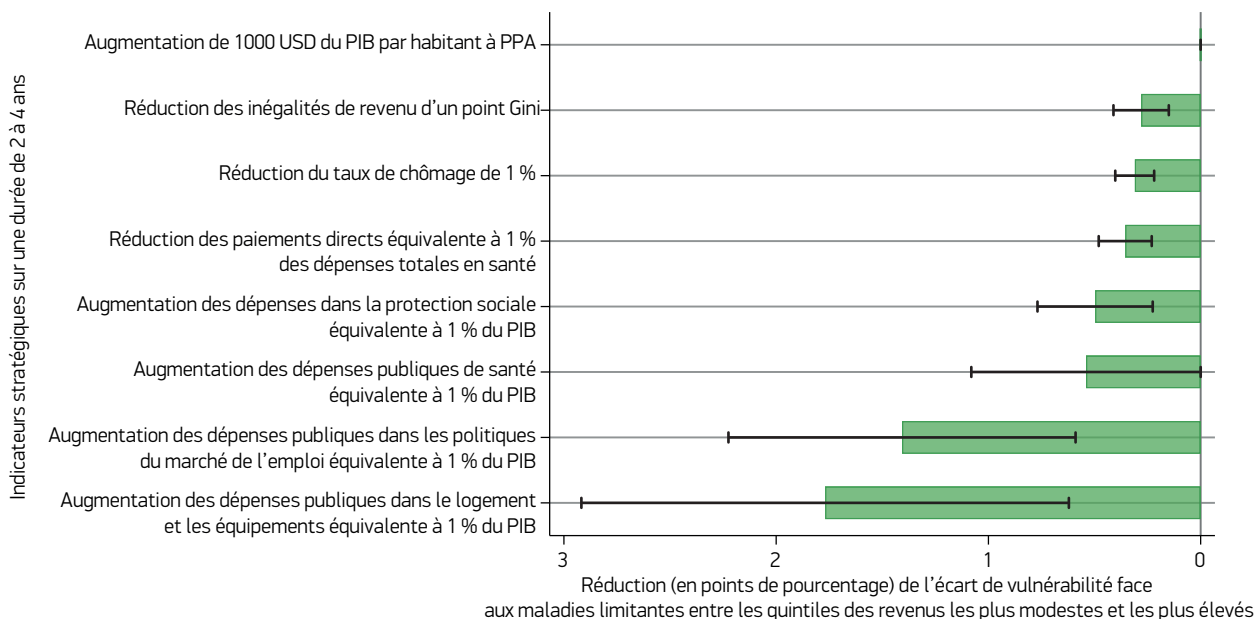
- L'augmentation du revenu par personne est la seule mesure qui ne semble pas associée à la réduction des inégalités en santé.

- L'étendue de la corrélation de chacune des mesures avec les inégalités en santé varie.
- Six des mesures présentent statistiquement un fort potentiel de réduire à court terme les inégalités face aux maladies limitantes chez les adultes : l'augmentation des dépenses publiques dans le logement et les équipements publics, l'augmentation des dépenses dans les politiques

du marché de l'emploi, la réduction des inégalités de revenu, l'augmentation des dépenses dans la protection sociale, la réduction du chômage et la réduction des paiements directs dans le secteur de la santé.

- Il convient de noter qu'il ne s'agit pas d'une analyse des causes, ni d'un modèle prédictif.

Figure O.10. Le potentiel de 8 mesures macroéconomiques à réduire les inégalités face aux maladies limitantes chez les adultes en 2 à 4 ans dans 24 pays

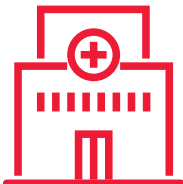


Note. PPA = parité des pouvoirs d'achat.

Source : informations recueillies par les auteurs sur la base des données pour 2008-2014 de l'ensemble des données sur l'équité en santé.

Les cinq conditions essentielles pour créer et soutenir une vie en bonne santé pour tous – Solutions et progrès sur le plan politique

La santé et les services de santé



La santé et les services de santé

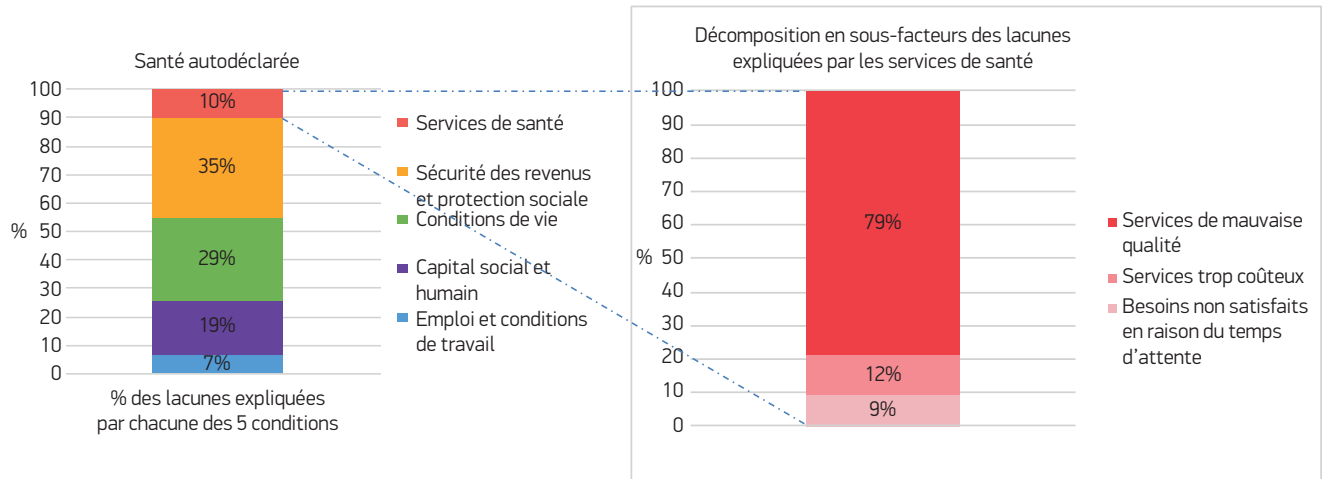
En moyenne, 10 % des inégalités en santé autodéclarée entre les 20 % d'adultes les plus aisés et les 20 % d'adultes les plus modestes dans les pays européens sont la conséquence de différences systématiques dans la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des services de santé (fig. O.11).

- Les inégalités en termes de besoins en soins de santé non satisfaits n'ont pas évolué de manière significative depuis la fin des années 2000. Dans la majorité des pays de la Région européenne de l'OMS, ces inégalités sont restées inchangées ou se

sont renforcées entre 2008 et 2017. L'écart moyen entre les taux de besoins en soins de santé non satisfaits entre les hommes et les femmes les plus ou les moins longtemps scolarisés dans les pays de la Région s'élevait à 2,7 % en 2017 contre 2,6 % en 2008.

- L'action en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU) constitue une avancée essentielle pour la réduction des inégalités en santé.
- Cela implique que chaque enfant, chaque femme et chaque homme ait accès aux services de santé de qualité dont il a besoin, sans rencontrer de difficultés financières, et que cet accès lui soit garanti.

Figure O.11. Contribution des services de santé aux inégalités en santé autodéclarée (pays de l'UE)



Sources : informations compilées par les auteurs à partir de données extraites de l'EEQV pour la période 2003-2016.

Solutions et progrès sur le plan politique

- D'après les statistiques, la réduction des paiements directs en santé est fortement corrélée à la réduction des inégalités face aux maladies limitantes entre les adultes du quintile des revenus les plus élevés et ceux du quintile des revenus les plus modestes sur une période de 2 à 4 ans (fig. O.10).
- Néanmoins, les réformes visant à réduire les besoins en soins de santé non satisfaits sont susceptibles d'accroître les paiements directs en santé ; aussi est-il important de veiller à ce que les mesures visant à améliorer l'accès aux services de santé ne renforcent pas également les difficultés financières, en particulier pour les personnes qui sont déjà laissées pour compte.

- Les pays peuvent limiter les besoins en soins de santé non satisfaits et les difficultés financières en identifiant et en abordant les lacunes dans les services de la couverture sanitaire universelle et en mettant en œuvre des interventions à la mesure des besoins pour que chacun bénéficie d'un accès équitable à des services de santé de haute qualité.
- Dans la Région européenne de l'OMS, les niveaux de paiements directs dans le secteur de la santé varient entre 7,1 % et 80,6 % des dépenses totales de santé. Dans plus de la moitié des pays de la Région, les paiements directs en santé exprimés en proportion des dépenses actuelles de santé ont augmenté ou sont restés identiques entre 2000 et 2016.
- Les dépenses de santé exprimées en pourcentage du PIB oscillent entre 2,1 % et 11,9 % d'un point à l'autre de la Région. Ces dépenses ont progressé dans 32 des 53 pays entre 2005 et 2014, mais dans 13 pays, les dépenses en santé n'ont pas évolué, et dans huit pays, ces dépenses ont décliné.
- De la même façon, le tableau des tendances des dépenses publiques de santé reste mitigé. Les niveaux des dépenses publiques de santé enregistrés dans la Région varient entre 0,03 % et 0,5 % du PIB. Près de la moitié des 34 pays pour lesquels des données étaient disponibles entre 2000 et 2017 ont augmenté leurs dépenses, tandis que dans l'autre moitié de ces pays, le budget de la santé publique n'a pas progressé pour satisfaire aux besoins grandissants.

La santé et la sécurité des revenus et la protection sociale



La santé et la sécurité des revenus et la protection sociale

En moyenne, 35 % des inégalités en santé autodéclarée entre les 20 % d'adultes les plus aisés et les 20 % d'adultes les plus modestes dans les pays européens sont la conséquence de différences systématiques dans le risque ou l'exposition à l'insécurité des revenus et dans l'absence ou l'insuffisance de la protection sociale.

- Le combat pour joindre les deux bouts, notamment pour pouvoir payer pour les biens et services considérés comme essentiels et jouir d'une vie digne, décente et indépendante (comme les dépenses en énergie, en nourriture et en logement), est un facteur majeur qui explique les inégalités en santé autodéclarée entre les groupes sociaux dans les pays de la Région européenne de l'OMS.
- Le risque de pauvreté est directement corrélé à une morbidité précoce et à une mortalité prématurée. Les jeunes, ceux qui n'ont qu'un emploi temporaire ou à mi-temps, les personnes ayant la responsabilité d'aider et les personnes âgées courent un risque plus grand d'être en mauvaise santé associé à un risque de pauvreté (1, 2).

- Le risque de vivre dans la précarité influence la santé mentale et les parcours psychosociaux. Les recherches ne cessent de relier les inégalités de revenu à l'aggravation des résultats relatifs au capital sanitaire et social.
- Les effets de la pauvreté dans les premières années de l'existence et pendant l'enfance sont fermement associés à l'augmentation du risque d'adopter des comportements néfastes à la santé, comme le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et l'usage de stupéfiants au cours de l'adolescence. Cette corrélation va jusqu'au développement accru de maladies chroniques, notamment du diabète, du cancer, de maladies cardiovasculaires et de maladies respiratoires à un âge plus avancé.

La pauvreté infantile demeure un problème d'un point à l'autre de la Région européenne de l'OMS.

- Dans les 34 pays de la Région européenne de l'OMS pour lesquels des données étaient disponibles, les enfants sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les adultes (3). En moyenne 20 enfants sur 100 vivent dans un état de pauvreté relative, contre 17 adultes sur 100 en moyenne.

Solutions et progrès sur le plan politique

D'après les statistiques, la réduction des inégalités de revenu et de la pauvreté relative, ainsi que les investissements dans les dépenses en protection sociale sont fortement associés à une réduction des inégalités face aux maladies limitantes entre les adultes du quintile des revenus les plus modestes et ceux du quintile des revenus les plus élevés sur une période de 2 à 4 ans (fig. O.10).

- Les politiques de protection sociale non stigmatisantes ont des répercussions positives sur la réduction des inégalités en santé liées à l'insécurité des revenus et à la pauvreté. Les systèmes de sécurité de revenu robustes, multidimensionnels et inclusifs, qui prévoient un revenu de base sans conditions et qui sont complétés par des systèmes participatifs appuyés par l'État, présentent les meilleurs effets en termes de réduction des inégalités en santé. Ces systèmes incluent des politiques de congés parentaux, de retraite obligatoire, de protection sociale dans les premières années de l'existence et pour les familles et d'indemnisation chômage bien conçues.

Dans la majorité des pays de la Région européenne de l'OMS, les tendances en matière de dépenses de protection sociale n'ont pas beaucoup évolué ou ont empiré ces dernières années.

- Entre 2000 et 2012, les dépenses nationales moyennes dans la protection sociale ont chuté, passant de 12,9 % à 6,1 % du PIB. Ce recul représente une réduction moyenne de 50 % de ces dépenses exprimées en pourcentage du PIB d'un point à l'autre de la Région en une décennie.
- En 2017, en moyenne 17 personnes sur 100 vivaient dans une situation de pauvreté relative dans la Région, contre seulement 15 personnes sur 100 en 2005.
- Les dépenses affectées à la protection sociale des personnes en âge de travailler (allocations familiales et indemnités chômage) ont aussi reculé, passant d'une moyenne de 3,8 % du PIB d'un point à l'autre de la Région en 2008 à 1,6 % en 2011 (la dernière année pour laquelle des données sont disponibles).

- Les changements apportés aux mécanismes permettant de bénéficier des allocations sociales dans beaucoup de pays ont donné lieu à des retards et à des conditions qui ont augmenté l'insécurité financière des familles et contribué à augmenter les taux de mal-être et de troubles mentaux (qui se traduisent souvent par du stress, de l'anxiété et la dépression).

Des variations importantes sont observées entre les pays en matière de niveau et de tendance des progrès réalisés dans la réduction des inégalités de revenu.

- Dans les 35 pays européens qui disposaient de données pour l'année 2017, entre neuf et 26 personnes sur 100 vivent dans une pauvreté relative (si l'on se base sur le pourcentage de la population qui vit avec moins de 60 % du revenu disponible péréquaté médian).
- Dans 15 pays, cette inégalité de revenu a progressé entre 2005 et 2017, tandis qu'elle a reculé dans seulement six pays.
- Dans 14 pays, dont certains pays des Balkans de l'Ouest, de l'Asie centrale et du Caucase, où la pauvreté est mesurée en fonction du seuil de pauvreté national, entre trois et 31 personnes sur 100 vivent en dessous de ce seuil.
- Dans huit pays sur ces 14, le taux de pauvreté a reculé entre 2005 et 2016. Toutefois, ces tendances ne sont pas directement comparables aux tendances de la pauvreté relative, qui sont mieux à même d'isoler les personnes laissées pour compte des classes moyennes.

La santé et les conditions de vie



La santé et
les conditions de vie

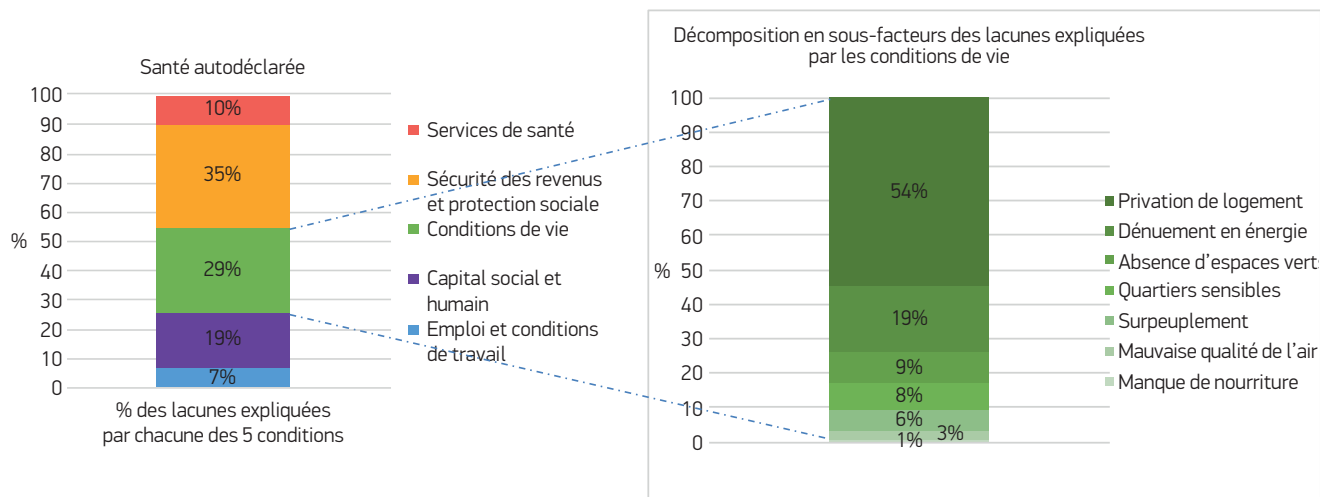
En moyenne, 29 % des inégalités en santé autodéclarée entre les 20 % d'adultes les plus aisés et les 20 % d'adultes les plus modestes dans les pays européens sont la conséquence de différences systématiques dans les environnements et les conditions de vie des personnes.

- Les régimes fonciers peu sûrs, les foyers de mauvaise qualité, le dénuement en énergie, les quartiers sensibles et le manque d'équipements publics ont tous leur importance d'un point de vue statistique pour expliquer les inégalités en santé au sein des pays de la Région européenne de l'OMS (fig. O.12).
- Avoir un toit constitue un besoin humain fondamental et la mauvaise qualité des foyers est intrinsèquement associée à la mauvaise santé. Les personnes qui vivent dans des foyers aux revenus modestes sont plus susceptibles d'être confrontées à de multiples difficultés liées au logement. En effet, outre le froid en hiver, elles risquent davantage d'habiter des intérieurs où se développe la moisissure et où la qualité de l'air est mauvaise.
- D'un point à l'autre de la Région, on observe une corrélation forte entre les pays qui présentent des taux élevés de privation de logement et une espérance de vie basse.
- Les personnes qui vivent dans des quartiers économiquement sous-développés au sein des pays sont proportionnellement plus exposées à la pollution atmosphérique (intérieure et extérieure), aux inondations, à la pollution sonore et à une densité élevée de circulation.
- Les inégalités en termes d'assainissement et de pénurie d'eau entre les quintiles de revenu persistent dans certains pays de la Région.
- Sur 100 foyers, en moyenne 20 de plus appartenant au quintile des revenus les plus modestes font face à l'insécurité sanitaire que les foyers du quintile des revenus les plus élevés. Les personnes qui vivent dans ces foyers les plus modestes ne peuvent pas s'offrir de plats riches en protéines tous les deux jours.

Solutions et progrès sur le plan politique

Le logement, c'est davantage qu'un toit. Il apporte un sentiment d'appartenance, de sûreté, de sécurité et d'intimité.

- D'après les statistiques, l'augmentation des dépenses publiques dans le logement et les équipements publics, comme les feux de circulation, les espaces verts et les établissements publics, est fortement corrélée à la réduction des inégalités face aux maladies limitantes entre les adultes du quintile des revenus les plus modestes et ceux du quintile des revenus les plus élevés sur une période de 2 à 4 ans (fig. O.10).
- Un logement peut ne pas être sûr pour de nombreuses raisons : les coûts, un régime foncier peu stable, le dénuement en énergie et le surpeuplement (4, 5).
- Accroître la disponibilité de nouveaux logements de qualité à un prix abordable peut bénéficier à la santé de tous. Quand les responsables politiques investissent dans la fourniture de nouveaux logements dans les quartiers les plus défavorisés et qu'ils font participer les personnes et les communautés dans le processus de développement, ils produisent un effet accéléré qui permet d'aider à réduire les inégalités en santé en faveur des personnes laissées pour compte.
- L'instauration de normes au moyen de législations et de réglementations, conjuguées à des incitations, notamment des subventions aux propriétaires et aux propriétaires qui louent leur bien afin d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité, le régime foncier et la qualité, est une solution efficace pour réduire les inégalités en santé.

Figure O.12. Contribution des conditions de vie aux inégalités en santé autodéclarée (pays de l'UE)

Source : informations recueillies par les auteurs sur la base de données extraites de l'EEQV pour la période 2003-2016.

- Comparées aux personnes du quintile des revenus les plus élevés, les personnes du quintile des revenus les plus modestes courent un risque : huit fois plus grand d'être affectées par une privation de logement grave, deux fois plus grand de vivre dans une maison surpeuplée et plus de cinq fois plus grand d'endurer l'insécurité énergétique.
- Les dépenses allouées au logement et aux équipements publics dans la Région européenne de l'OMS (y compris les feux de circulation, la sécurité, les espaces verts et les établissements publics) variaient entre 39 EUR par personne et 543 EUR par personne en 2017.
- Dans la plupart des pays, ces dépenses sont restées identiques ou ont enregistré un recul entre 2006 et 2017 (fig. O.13).

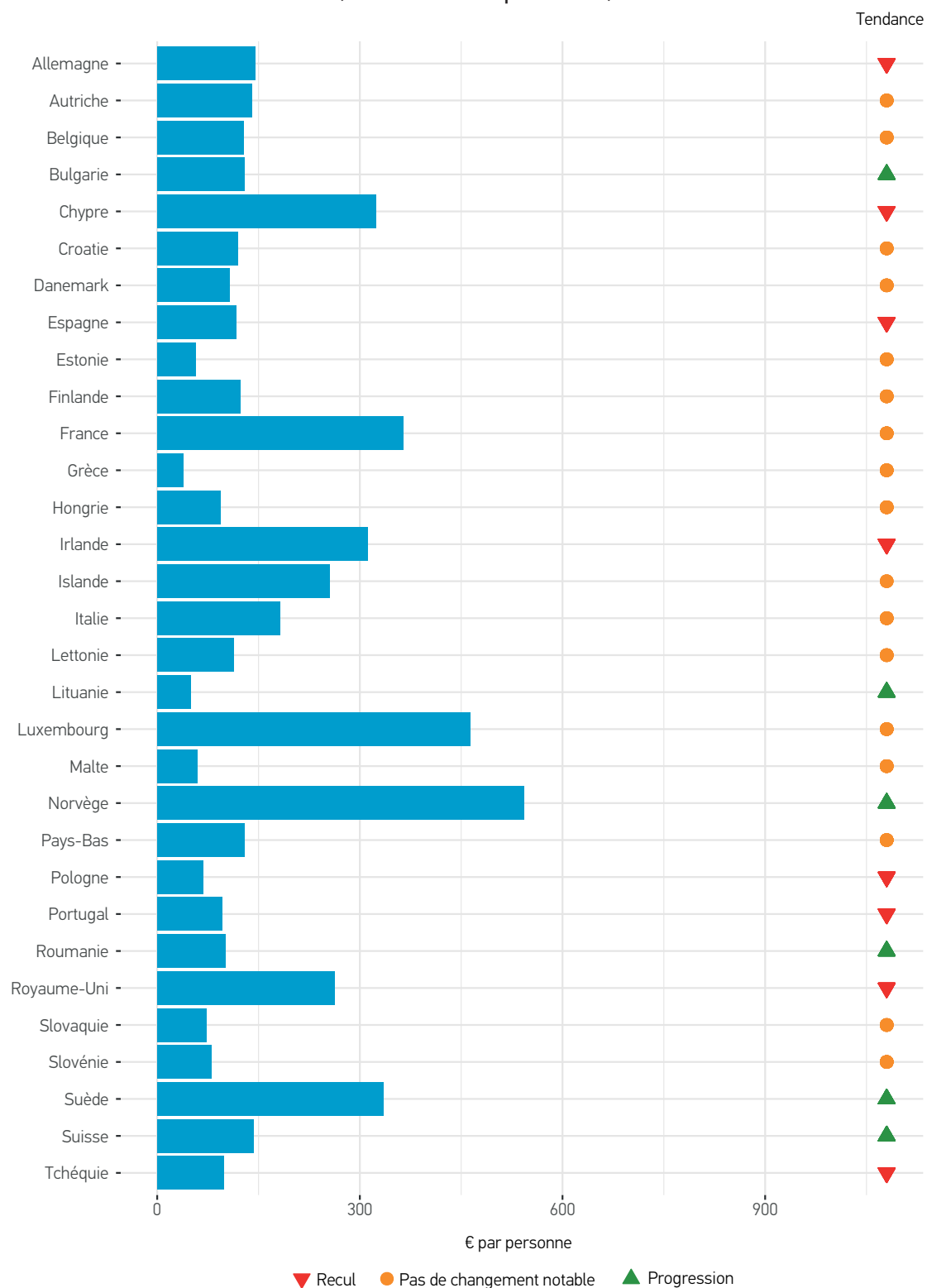
Les mesures qui visent à rendre plus abordables les logements dotés d'un système de chauffage économe en énergie et d'installations d'assainissement internes sont indispensables pour réduire les inégalités en santé mentale et face aux maladies respiratoires ou transmises par l'eau d'un point à l'autre du gradient social.

- L'utilisation d'une formule d'équité pour orienter la fourniture et l'entretien des services publics essentiels d'approvisionnement en eau potable, en énergie et en système d'assainissement permet de garantir que les investissements profitent aux personnes les plus vulnérables et qu'ils contribuent à accélérer les améliorations en matière d'équité en santé portant sur les conditions de vie.

Il est indispensable de réglementer les intérêts commerciaux pour réduire les inégalités liées à l'insécurité énergétique et aux services d'approvisionnement en eau et d'assainissement inadaptés.

- La fourniture et la tarification de services essentiels comme l'énergie, l'eau et l'assainissement peuvent s'appuyer sur les enseignements tirés de l'approche utilisée pour la tarification des médicaments essentiels.
- Les inégalités associées aux services de base d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement subsistent dans certains pays de la Région. Dans 11 économies en transition pour lesquelles des données ventilées par richesse étaient disponibles, les personnes du quintile des moins aisés ont le moins de chances d'avoir accès à des services basiques d'approvisionnement en eau potable.
- Dans neuf de ces 11 économies en transition, les familles du quintile des moins aisés sont les moins susceptibles d'avoir accès à des services d'assainissement de base.

**Figure O.13. Dépenses publiques par habitant dans le logement et les équipements publics, 2017
(et tendances depuis 2006)**



Source : informations recueillies par les auteurs à partir de données Eurostat pour l'année 2017.

La santé et le capital social et humain

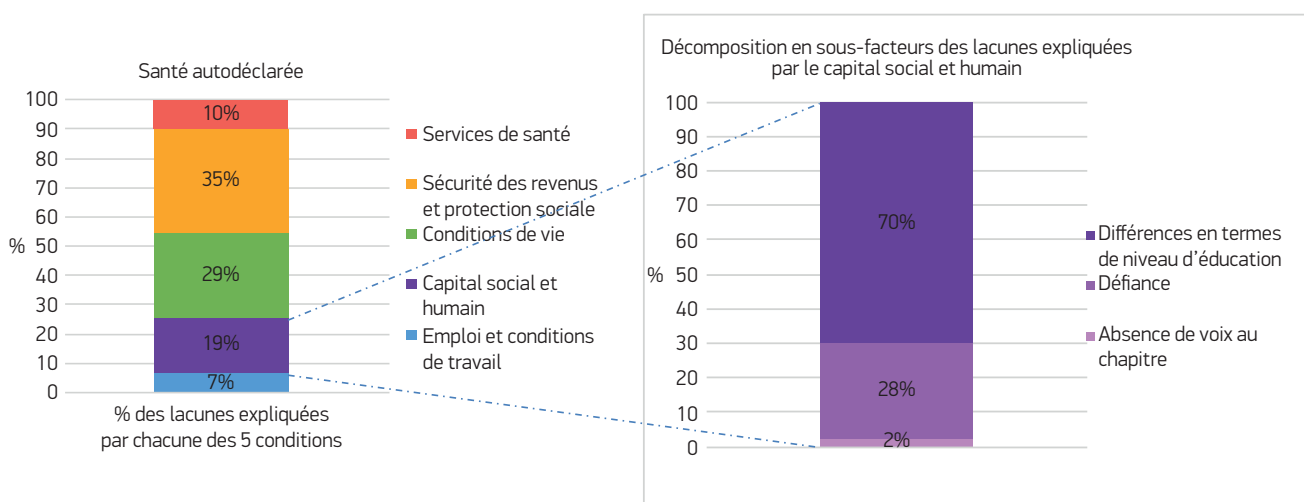


La santé et le capital social et humain

Lorsqu'ils sont combinés, le manque de contrôle et de confiance en autrui et les mauvais résultats en termes d'éducation revêtent une importance élevée statistiquement à l'heure d'expliquer 19 % de l'écart en termes de mauvaise santé entre les 20 % d'adultes les plus aisés et les 20 % d'adultes les plus modestes au sein des pays européens (fig. O.14).

- Les résultats scolaires, le degré de confiance en autrui et le sentiment de contrôle sur les facteurs qui influencent les chances et les choix dans la vie d'une personne sont essentiels au bien-être et à la santé.
- L'exposition à des environnements de défiance, caractérisés par un plus grand risque de criminalité, par l'isolement social, par l'absence de personnes à qui demander de l'aide et par l'absence de voix au chapitre, est étroitement associée à une mauvaise santé mentale et à un plus grand risque de morbidité.

Figure O.14. Contribution du capital social et humain aux inégalités en santé autodéclarée (pays de l'UE)



Source : informations recueillies par les auteurs sur la base de données extraites de l'EEQV pour la période 2003-2016.

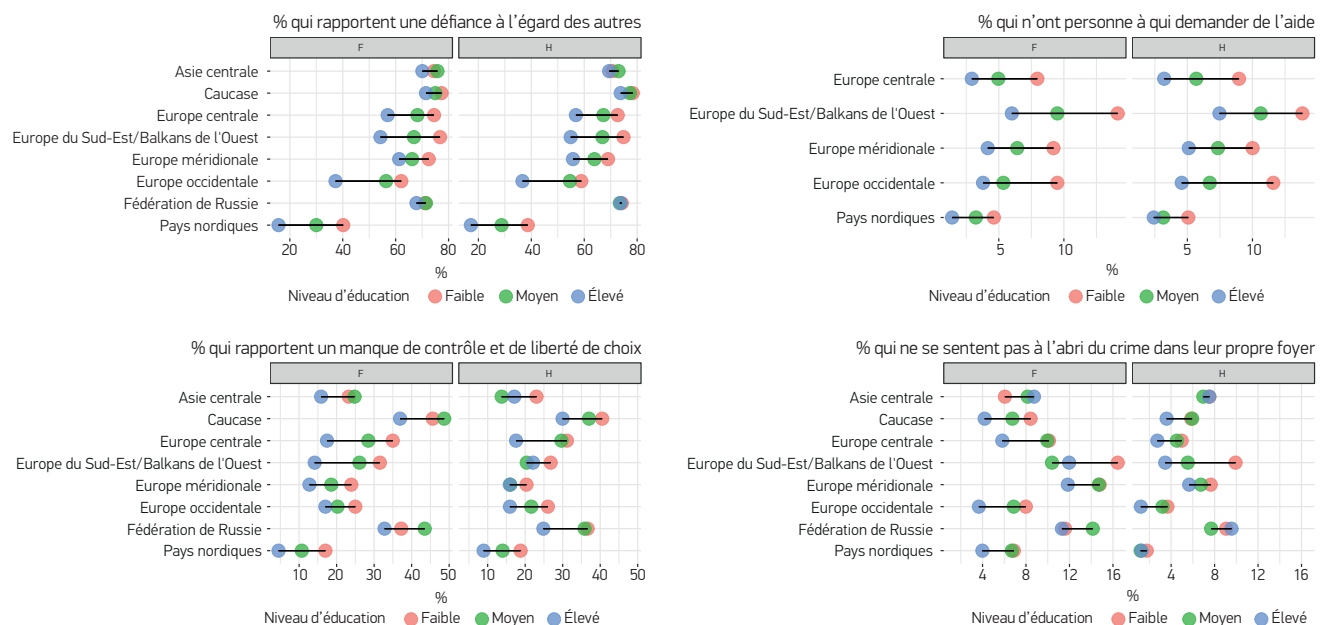
Solutions et progrès sur le plan politique

Les mesures qui favorisent avec succès l'augmentation des opportunités de formation et la réduction des lacunes en termes de résultats scolaires des premières années de l'existence à un stade ultérieur sont indispensables à la concrétisation d'une plus grande équité en santé.

- Les actions stratégiques visant à rompre la transmission intergénérationnelle des écarts en matière d'instruction peuvent aussi aider à briser la transmission subséquente des écarts en termes de bien-être. Il peut s'agir par exemple de réaliser des investissements ciblés dans l'éducation pendant la petite enfance ou de la dispense d'un enseignement approprié et accessible aux adultes qui n'ont reçu qu'une éducation formelle limitée étant plus jeunes.
- D'un point à l'autre de la Région européenne de l'OMS, les enfants des parents qui ont été le moins longtemps scolarisés sont beaucoup moins susceptibles de disposer du niveau de compétence minimal requis en mathématiques et en lecture à l'âge de 15 ans que les enfants des parents qui ont été le plus longtemps scolarisés.
- L'écart entre les taux de compétence d'un point à l'autre de la Région varie entre 10,6 % et 67,7 % pour les filles, et 12,6 % et 51,8 % pour les garçons.
- Les dépenses publiques en faveur de l'enseignement préscolaire ont augmenté dans deux tiers des pays (21/32) pour lesquels des données étaient disponibles, entre 2012 et 2015 (voir section 2.5).
- Quand on accroît les dépenses, il est important de savoir s'il existe des inégalités dans l'affectation des investissements car souvent, les zones géographiques disposant de peu de ressources reçoivent moins de fonds que les zones riches en ressources.

- Les adultes dont l'instruction formelle a duré le plus longtemps sont plus susceptibles de participer à des formations tout au long de leur vie, que ce soit par le biais de formations professionnelles, d'un apprentissage informel ou d'une instruction destinée aux adultes. Cette situation a une incidence sur l'éducation en matière sociale et sanitaire, sur le sentiment de contrôle sur sa destinée et sur la capacité à faire face aux chocs économiques et sociaux (comme la perte d'un emploi).
 - Dans plus de deux tiers des pays pour lesquels des données sont disponibles, l'écart entre les groupes sociaux en termes de participation à une éducation ou à des formations formelles et informelles est resté identique ou a progressé entre 2005 et 2017. Dans le cas des femmes, cet écart est constaté dans 23 des 31 pays et, dans le cas des hommes, il apparaît dans 21 des 31 pays.
- Les mesures qui promeuvent le capital social contribuent à améliorer la santé et le bien-être, à renforcer les communautés et à réduire la corruption et l'isolement social.**
- Une participation utile à la société, la confiance en autrui et la capacité à influencer les décisions contribuent à une meilleure résilience individuelle et sociale, à des niveaux de bien-être mental plus élevés et à de plus faibles taux de morbidité.
 - La confiance est l'instrument de mesure du capital social le plus répandu et un marqueur fort du bien-être au niveau des individus comme des sociétés.
 - Des degrés plus élevés de confiance sont observés dans les sociétés en meilleure santé physique et mentale et dans lesquelles les revenus sont répartis plus équitablement.
 - Le manque de confiance en autrui est responsable de 28 % des inégalités en santé expliquées par la condition essentielle du *capital social et humain*.
 - Dans la plupart des pays, regroupés en pays présentant des politiques et un paysage politique similaire (annexe 3), les hommes et les femmes les moins longtemps scolarisés sont plus susceptibles de faire état de sentiments de confiance et de sécurité en berne, de l'absence d'une personne à qui demander de l'aide et du manque de choix et de contrôle sur leur existence (fig. O.15).

Figure O.15. Pourcentage des adultes qui rapportent avoir parfois un faible capital social, mesuré par le manque de confiance, d'organisation, de sécurité et le sentiment d'isolement, pendant plusieurs années, par niveau d'éducation et par groupement de pays



Notes. F = femmes. H = hommes.

Sources : informations recueillies par les auteurs à partir de données extraites de l'EEQV, de l'ESE, de l'enquête des SRCV-UE et de l'Enquête sur les valeurs dans le monde (WVS) pour la période 2005-2016.

La santé et l'emploi et les conditions de travail



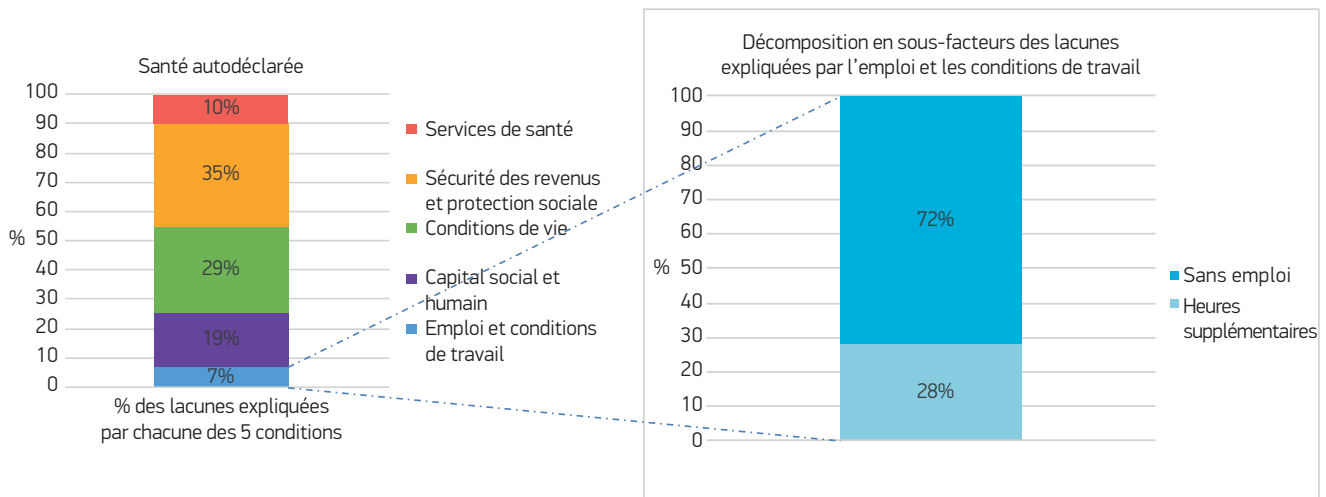
La santé et l'emploi et les conditions de travail

En moyenne, 7% des inégalités en santé autodéclarée entre les 20 % d'adultes les plus aisés et les 20 % d'adultes les plus modestes dans les pays européens sont la conséquence de différences systématiques dans l'emploi et les conditions de travail (fig. O.16).

- L'insécurité de l'emploi, les contrats temporaires et les mauvaises conditions de travail sont associés à une mauvaise santé mentale, à une mauvaise santé autodéclarée et à un risque accru d'événement cardiovasculaire mortel ou non. Ces facteurs de stress liés au travail suivent un gradient social.

- L'exclusion d'un emploi de qualité peut grandement affecter la santé et le bien-être. Le premier facteur des lacunes en santé autodéclarée liées à l'emploi et aux conditions de travail sont les différences entre les situations professionnelles.
- Être au chômage, sans formation ou sans éducation lorsqu'on a entre 18 et 28 ans constitue un facteur de risque de mauvaise santé mentale et de survenue précoce de maladies cardiovasculaires à un âge ultérieur.
- Toutefois, avoir un emploi n'est pas forcément suffisant pour réduire les affections néfastes à la santé. Les heures supplémentaires et la qualité du travail ont aussi une forte influence sur les inégalités en santé.

Figure O.16. Contribution de l'emploi et des conditions de travail aux inégalités dans la santé autodéclarée (pays de l'UE)



Source : informations recueillies par les auteurs sur la base de données extraites de l'EEQV pour la période 2003-2016.

Solutions et progrès sur le plan politique

D'après les statistiques, la réduction du chômage associée à l'augmentation des dépenses dans les politiques du marché de l'emploi est fortement corrélée à la réduction des inégalités face aux maladies limitantes entre les adultes du quintile des revenus les plus modestes et ceux du quintile des revenus les plus élevés sur une période de 2 à 4 ans.

- L'augmentation des salaires induit une amélioration de la santé et un recul des inégalités. Les mécanismes d'aide au revenu et de protection financière, comme les transferts sociaux, permettent aux personnes de gagner un salaire de base pour réduire le risque de pauvreté et d'exclusion sociale. En outre, des salaires

minimums décents garantissent aux travailleurs un niveau seuil de ressources pour répondre aux besoins sanitaires et autres besoins essentiels, et réduisent ainsi le stress et améliorent le bien-être et la santé mentale.

- Les politiques actives du marché de l'emploi, l'apprentissage efficace tout au long de la vie et la formation professionnelle, combinés à une législation relative à l'emploi équitable et à des systèmes de sécurité sociale adéquats, peuvent améliorer l'équité en santé, développer l'emploi et contribuer à la croissance économique.

- Les dépenses affectées aux politiques du marché de l'emploi d'un point à l'autre de la Région européenne de l'OMS oscillent entre 0,5 % et 3,2 % du PIB. Dans 19 des 25 pays pour lesquels des données sont disponibles, ces dépenses ont soit stagné soit reculé entre 2005 et 2016.
- Les politiques du marché de l'emploi tendent à bénéficier davantage aux hommes qu'aux femmes d'un point à l'autre de la Région. Dans 28 pays pour lesquels des données ventilées par sexe étaient disponibles, sur 100 personnes en recherche d'emploi, en moyenne 35 étaient des hommes prenant part à des programmes mis en œuvre dans le cadre des politiques du marché de l'emploi, contre 30 femmes seulement intégrées dans ces programmes.

Les valeurs sociales et les répercussions doivent systématiquement être abordées dans les décisions prises aux niveaux national et paneuropéen.

- Les décisions adoptées au niveau paneuropéen ont d'importantes répercussions au sein des pays. Par exemple, la déréglementation des contrats d'embauche (vers 2008) a été pensée à l'origine pour stimuler la création d'emplois. C'est en effet ce qui s'est passé. Néanmoins, plus de 50 % de l'ensemble des nouveaux emplois créés sont classés comme temporaires ou non sûrs et la majorité de ces postes de basse qualité, mal rémunérés ou incertains ont été occupés par des personnes qui étaient déjà laissées pour compte, sur le plan économique comme sur le plan sanitaire.

Références

1. Lundberg O, Dahl E, Fritzell J, Palme J, Sjöberg O. Social protection, income and health inequities. Rapport final du groupe de travail sur le PIB, les impôts, les revenus et la protection sociale. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2016 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/302874/TG-GDP-taxes-income-welfare-final-report.pdf?ua=1, consulté le 1er avril 2019).
2. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2014 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf, consulté le 1er avril 2019).
3. Child poverty in Europe and central Asia region: definitions, measurement, trends and recommendations. New York (États-Unis) : Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; 2017 (<https://www.unicef.org/eca/media/3396/file>, consulté le 1er avril 2019).
4. Clair A, Reeves A, McKee M, Stukler D. Constructing a housing precariousness measure for Europe. *J Eur Soc Policy* 2018 ; 29(1) : 13-28 (<https://doi.org/10.1177/0958928718768334>, consulté le 1er avril 2019).
5. Lignes directrices de l'OMS relatives au logement et à la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276001/9789241550376-eng.pdf?ua=1>, consulté le 1er avril 2019).

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'OMS pour l'Europe est l'un des six bureaux régionaux 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
Biélarus
Belgique
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Chypre
Croatie
Danemark
Espagne
Estonie
Fédération de Russie
Finlande
France
Géorgie
Grèce
Hongrie
Irlande
Islande
Israël
Italie
Kazakhstan
Kirghizistan
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Macédoine du Nord
Malte
Monaco
Monténégro
Norvège
Ouzbékistan
Pays-Bas
Pologne
Portugal
République de Moldova
Roumanie
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Saint-Marin
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Suède
Suisse
Tadjikistan
Tchéquie
Turkménistan
Turquie
Ukraine



Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Téléphone : +45 45 33 70 00 Fax : +45 45 33 70 01

Courriel : eurocontact@who.int