



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE
COPENHAGUE

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE

Cinquante et unième session, Madrid, 10 – 13 septembre 2001

Point 7 b) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC51/8
+ EUR/RC51/Conf.Doc./6
18 juillet 2001
10267M
ORIGINAL : ANGLAIS

LA PAUVRETE ET LA SANTE – DONNEES DISPONIBLES
ET ACTION MENEES DANS LA REGION EUROPEENNE DE L'OMS

La pauvreté et les problèmes de santé forment un cercle vicieux. Les données disponibles montrent que la santé est une condition préalable au développement et que les populations pauvres qui ne sont pas en bonne santé ne peuvent tirer pleinement parti des possibilités de développement.

L'OMS joue un rôle actif dans l'Effort massif contre la pauvreté et a l'intention de lancer des activités dans un cadre unifié d'action, en étroite coopération avec les partenaires de développement et les gouvernements.

Le présent document passe en revue les pathologies les plus fréquemment liées à la pauvreté dans la Région européenne de l'OMS et propose des actions pour réduire la pauvreté.

Un projet de résolution est joint pour examen par le Comité régional.

SOMMAIRE

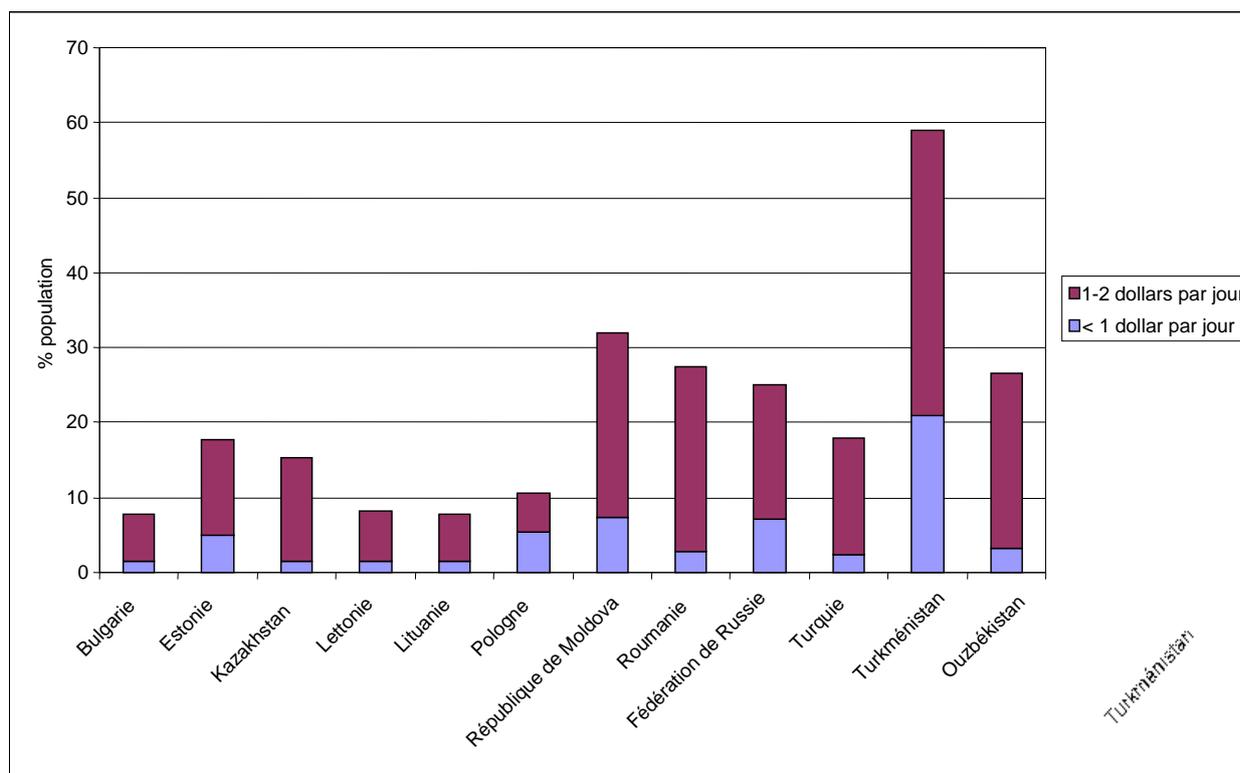
	<i>Page</i>
Introduction	1
Pauvreté et santé.....	3
La pauvreté et l’OMS	14
Conclusions	14
Références	16

INTRODUCTION

1. Au XXI^e siècle, la pauvreté comporte plusieurs dimensions. Elle ne se limite pas à l'insuffisance de moyens matériels, mais comprend également un faible niveau d'instruction, une mauvaise santé, la vulnérabilité et l'exposition à des risques environnementaux et professionnels, l'absence de représentation et l'impuissance. La pauvreté empêche les individus de satisfaire leurs besoins alimentaires sur les plans quantitatif et qualitatif (insécurité alimentaire), d'obtenir les moyens nécessaires pour traiter des maladies qui peuvent l'être et de bénéficier d'eau potable et d'installations d'assainissement. Elle les empêche donc de réaliser leur potentiel, ce qui nuit considérablement à la société et entrave le développement (1).

2. La pauvreté absolue¹ dans le monde a évolué au cours de la décennie écoulée. Pas moins de 1,2 milliard de personnes ont un revenu inférieur à 1 dollar des États-Unis par jour, mais la répartition de la pauvreté dans les différentes régions du monde a changé. Des améliorations se sont produites en Asie orientale et dans le Pacifique, mais la situation s'est détériorée en Afrique sub-saharienne ainsi que dans la Région européenne. Dans cette dernière, en 1998, 2% de la population (soit environ 24 millions de personnes) vivaient dans la pauvreté absolue (fig. 1). Le pays le plus pauvre de la Région européenne est le Turkménistan, où près de 60% des habitants ont moins de 2 dollars par jour pour vivre (2).

Figure 1. Proportion de la population disposant de moins de 2 dollars et de moins de 1 dollar par jour dans certains pays de la Région européenne de l'OMS



Source : Banque mondiale (2)

¹ La pauvreté absolue est la pauvreté qui ne permet pas aux individus de se procurer un panier minimum d'articles de consommation de 2,15 dollars par jour (Banque mondiale) (2).

3. La pauvreté relative² représente également un grave problème dans un certain nombre de pays européens. Dans 18 pays d'Europe centrale et orientale (PECO) et nouveaux États indépendants (NEI), au milieu des années 90, plus de 165 millions de personnes ne disposaient que de 4 dollars par jour pour vivre : dans 8 pays, la proportion de personnes devant se contenter de ces ressources atteignait 50% ou plus (3). Dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la pauvreté relative est importante ; par exemple, 11% des habitants vivaient dans une pauvreté relative au Royaume-Uni en 1995 (3) et 13% en Italie en 1999 (4).

4. Les effets de la pauvreté ne sont répartis de façon inégale entre les pauvres. Il résulte de données disponibles que la pauvreté peut avoir des conséquences différentes selon le sexe et le groupe d'âge. Les femmes représentent 70% de la population mondiale vivant dans la pauvreté absolue (5). Cependant, il est difficile d'estimer de façon séparée le nombre d'hommes pauvres et de femmes pauvres, étant donné que les données sur la consommation sont recueillies au niveau des ménages. Néanmoins, les données disponibles sur la santé et l'instruction montrent que les femmes sont souvent défavorisées (2). En outre, les enfants sont particulièrement touchés. Par exemple, ils représentent environ la moitié des pauvres d'Asie centrale, mais cela n'est pas étonnant, dans la mesure où ils constituent de 35% (au Kazakhstan) à 48% (au Tadjikistan) de la population des Républiques d'Asie centrale. Cependant, si l'on examine le risque d'être pauvre par rapport à la moyenne nationale, les enfants d'Asie centrale courent un risque élevé de pauvreté. Au Kazakhstan, les enfants ont une probabilité d'être pauvres qui est supérieure de 24% à la moyenne, les chiffres correspondants étant de 14% au Turkménistan, de 12% au Kirghizistan et de 7% au Tadjikistan. Dans toutes les Républiques d'Asie centrale pour lesquelles des données sont disponibles, le risque relatif de pauvreté d'une famille augmente en fonction du nombre d'enfants (6).

5. Le chômage en tant que cause de pauvreté et de mauvaise santé représente un grave problème dans l'ensemble de l'Europe. En Europe centrale et orientale, l'ampleur de ce problème a atteint des proportions alarmantes au cours de la décennie écoulée et ses répercussions sur la santé de la population sont considérables (7,8). Au milieu des années 90, le chômage (selon la définition de l'Organisation internationale du travail) était estimé à nettement plus de 20% au Kirghizistan (9) et de 30% dans l'ex-République yougoslave de Macédoine et au Tadjikistan (10). Bien que l'ampleur du problème et le contexte soient différents, le chômage représente également un grave problème en Europe occidentale depuis quelques décennies. Une analyse de la situation en matière de chômage dans l'Union européenne (UE) met en évidence une forte augmentation du chômage, qui est passé de 3% au début des années 70 à environ 11% au milieu des années 90, la moyenne pour l'UE étant de 8,6% en avril 2001 (11). Compte tenu de ces tendances, des millions d'Européens sont ou ont été touchés par le chômage et par ses conséquences sur les plans de la santé et de la pauvreté (12).

6. Les effets du chômage et de la pauvreté sur les enfants et les jeunes, tant en Europe occidentale (13) qu'en Europe orientale (14) sont très importants. Il a été démontré que le chômage des jeunes était un facteur de risque pour les perspectives d'emploi futures (15). Il est souvent lié à des problèmes sociaux et sanitaires tels que la violence, le suicide, l'abus d'alcool, la toxicomanie et la criminalité (16,17). En 1998, les taux de chômage des jeunes dans 18 pays d'Europe centrale et orientale étaient environ deux fois plus élevés que les taux de chômage globaux. Cette tendance regrettable est également observée dans de nombreux pays d'Europe occidentale.

7. Le lien entre la pauvreté et les zones urbaines est également très net en Europe. Plus de la moitié de la population du monde et plus des deux tiers de la population européenne vivent dans des villes. Comme le monde s'urbanise de plus en plus, on constate une augmentation du nombre des pauvres des villes et des clivages entre villes et au sein des villes et entre groupes sociaux. Déjà un quart à un tiers des ménages urbains du monde vivent dans la pauvreté absolue (18). En Europe, la pauvreté urbaine constitue un problème pour les villes tant dans la partie occidentale que dans la partie orientale de la Région. À Amsterdam, par exemple, plus d'un cinquième des ménages vit en dessous du seuil de pauvreté (tableau 1).

² La pauvreté relative se caractérise par des ressources économiques qui ne permettent pas d'avoir le mode de vie minimum acceptable dans la société considérée, ce qui correspond à un revenu inférieur à 60% de la médiane (Banque mondiale) (2).

Tableau 1. Prévalence de la pauvreté relative dans certaines villes de la Région européenne

Ville	Ménages se trouvant sous le seuil de pauvreté (%)	Seuil de pauvreté (dollars par ménage par mois)
Chisinau	92,0	163
Bakou	87,1	97
Sofia	71,2	183
Budapest	36,6	504
Amsterdam	20,5	807
Tilburg	15,7	816
Marseille	15,0	455
Strasbourg	7,5	406

Source : Données de 1993 de la base de données sur les indicateurs urbains mondiaux du Centre des Nations Unies pour les établissements humains (<http://www.urbanobservatory.org/indicators/database>) (site consulté le 9 juillet 2001). Les villes retenues l'ont été parce que les données les concernant étaient complètes.

8. Sur le plan de la charge de morbidité, les pauvres des villes souffrent d'un « double préjudice », qui résulte de ce qu'il est convenu d'appeler la « pénalité urbaine » (19). Les pauvres des villes sont davantage exposés aux maladies en raison des mauvaises conditions de logement, de l'absence d'assainissement, d'un mauvais régime alimentaire et de risques professionnels, mais ils disposent de moins de ressources pour faire face à la maladie parce qu'ils sont souvent marginalisés et ne bénéficient pas de réseaux sociaux, contrairement aux pauvres des campagnes. Cependant, la maladie peut elle-même créer et perpétuer la pauvreté, ce qui crée un cercle vicieux entravant le développement économique et social (20).

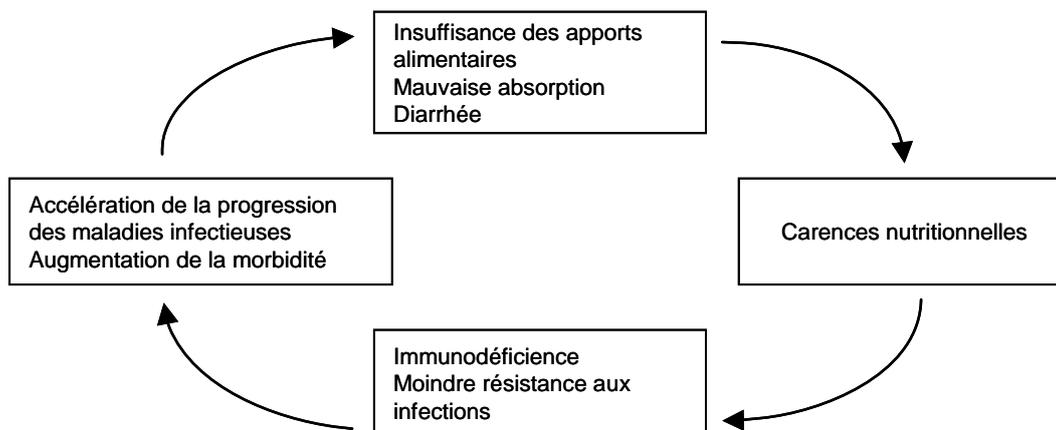
9. Dans de nombreuses villes, l'absence de domicile est devenue un grave problème, bien qu'aucune enquête internationale systématique n'ait encore été réalisée à ce sujet et qu'il ne soit donc pas possible de comparer la situation dans les 51 États membres de la Région européenne.

10. Les données disponibles montrent que les sans-abri sont en mauvaise santé. Il découle d'études récentes qu'ils ont des taux de mortalité et de morbidité globaux plus élevés que le reste de la population (21) et, en particulier, qu'ils souffrent plus souvent de problèmes respiratoires chroniques, de tuberculose, de crises d'épilepsie et de perte de conscience, d'alcoolodépendance et de toxicomanie (20). Les suicides parmi les sans-abri seraient 35 fois plus fréquents que dans l'ensemble de la population (21), et les tentatives de suicide sont également très courantes, en particulier parmi les plus jeunes (22). Une étude réalisée récemment au Royaume-Uni a montré que les personnes dont la situation économique, sanitaire ou sociale est mauvaise et qui bénéficient de prestations sociales sous la forme de la mise à disposition de chambres meublées ont des taux de mortalité cinq fois plus élevés que les personnes ayant un domicile fixe (20). Les taux de mortalité des personnes réduites à dormir dans la rue sont 25 fois plus élevés que ceux de la population ayant un domicile fixe et leur espérance de vie est en moyenne deux fois moindre que celle des personnes jouissant de bonnes conditions de logement.

PAUVRETE ET SANTE

11. La pauvreté et la mauvaise santé forment un cercle vicieux. La pauvreté nuit à la santé parce qu'elle augmente les risques personnels et environnementaux, la malnutrition et l'insécurité alimentaire et réduit l'accès aux connaissances et aux informations ainsi qu'aux soins de santé (fig. 2), tandis que la mauvaise santé engendre la pauvreté en réduisant le revenu des ménages, l'aptitude à apprendre et la productivité et en provoquant une dégradation de la qualité de la vie. En conséquence, la pauvreté est un déterminant important des problèmes de santé, mais peut également résulter d'une mauvaise santé.

Figure 2. Un cercle vicieux : la pauvreté engendre la malnutrition et l'immunodéficience



Source : Programme nutrition et sécurité alimentaire, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

12. La pauvreté – qu'elle soit définie en fonction du revenu, de la situation socioéconomique, des conditions de vie ou du niveau d'instruction – est le principal déterminant des problèmes de santé (23,24). Elle va de pair avec une espérance de vie peu élevée, une mortalité infantile importante, une mauvaise santé reproductive, des taux élevés de maladies infectieuses, en particulier la tuberculose et l'infection à VIH, des taux élevés de consommation de substances toxiques (tabac, alcool et drogues illégales), des taux élevés d'incidence de maladies non transmissibles, de dépression et de suicide, et une exposition élevée à des risques environnementaux. Les données qui mettent en évidence certaines de ces corrélations sont résumées ci-après.

13. Il existe une corrélation directe entre le produit national brut (PNB) par habitant, mesuré en parités de pouvoir d'achat (PPA) et l'espérance de vie à la naissance. Celle-ci augmente fortement en fonction du PNB jusqu'à un montant d'environ 4000 dollars par an et ensuite beaucoup plus lentement, pour se stabiliser aux environs de 12 000–15 000 dollars. Cependant, certains pays ont des PNB par habitant identiques mais des espérances de vie très différentes. Il est donc possible d'augmenter considérablement l'espérance de vie et d'améliorer grandement la santé grâce à un programme de soutien social approprié pour assurer la sécurité alimentaire, de bons soins de santé, l'instruction et d'autres avantages sociaux, indépendamment de la seule croissance économique. En fait, dans un certain nombre de pays, une forte croissance économique n'est pas allée de pair avec une amélioration appréciable de la santé de la population (1).

14. Une baisse importante de l'espérance de vie, qui ne se retrouve dans aucun autre pays en dehors de périodes de guerre, de famine ou de fléaux (25), a été observée en Europe orientale et dans les nouveaux États indépendants au cours des dernières décennies, par comparaison aux pays de l'UE. En 1970, l'espérance de vie était grosso modo la même (différence inférieure à 1,5 année) dans les pays qui constituent aujourd'hui l'Union européenne et en Europe orientale à l'exclusion de l'Union soviétique. En 1990, l'écart avait atteint quatre années et, en 1997, il s'élevait à six ans chez les hommes. En outre, du milieu des années 70 au milieu des années 90, l'espérance de vie à l'âge de 15 ans parmi les hommes a baissé en Europe orientale, alors qu'elle augmentait en Europe occidentale. L'évolution dans les nouveaux États indépendants a été plus spectaculaire encore : en 1970, l'espérance de vie y était déjà inférieure de quatre ans parmi les hommes et d'un an parmi les femmes à l'espérance de vie dans le reste de l'Europe orientale. En 1997, l'écart s'était élargi, pour atteindre plus de dix ans chez les hommes et plus de six ans chez les femmes (soit une baisse d'environ cinq ans au cours d'une période de huit années) (26). Une analyse rigoureuse des statistiques sur la mortalité a confirmé la validité de ces données (27). Une grande partie de l'excédent de mortalité est due à des maladies chroniques qui surviennent à l'âge adulte ainsi qu'à des actes de violence, au tabagisme, au régime alimentaire et à la consommation d'alcool principalement (28). Une augmentation de la mortalité va également de pair avec des augmentations de la pauvreté et des inégalités de revenus (29). L'augmentation de la pauvreté s'accompagne d'une hausse notable de l'insécurité alimentaire, comme l'indique la proportion du revenu des ménages qui doit être affectée aux achats d'aliments (tableau 2).

Tableau 2. Proportion du revenu des ménages qui doit être affectée aux achats d'aliments dans certains pays, 1989–1994

	Pauvreté : pourcentage de travailleurs ayant une rémunération inférieure à 50% de la moyenne		Insécurité alimentaire : coût des aliments en pourcentage du revenu moyen	
	1989	1994	1989	1994
Bulgarie	5	10	43	49
Fédération de Russie	12	33	34	47
Hongrie	13	15	37	38
Lettonie	10	21	36	52
Lituanie	12	20	35	57
Pologne	4	12	49	43
République tchèque	6	9	33	32
Roumanie	–	–	52	62

Source : Bobak et al. (28).

15. Les données disponibles montrent que les familles et les individus en situation de pauvreté peuvent aussi souffrir d'un manque absolu de nourriture, ce qui engendre une insuffisance pondérale, un retard de croissance et des risques à long terme de maladies chroniques et infectieuses. Cependant, la situation la plus fréquente dans la Région européenne se caractérise par un régime alimentaire inadapté, c'est-à-dire trop riche en énergie (ce qui engendre l'obésité), mais également pauvre en nutriments nécessaires pour la santé et la prévention des maladies. La dénutrition, c'est-à-dire tant l'émaciation³ que le retard de croissance⁴, chez les jeunes enfants a de graves conséquences fonctionnelles pour les personnes touchées, les ménages et les pays (voir plus loin l'encadré). La dénutrition des enfants entrave leur croissance, augmente les risques de maladie, porte atteinte à leur développement intellectuel et nuit ultérieurement à leurs résultats scolaires et à leur productivité professionnelle. Les liens entre la malnutrition et, la mortalité, la morbidité, les résultats scolaires et les performances professionnelles sont bien établis (30). Le retard de croissance des enfants a des conséquences à l'âge adulte : petite taille (31) et augmentation du risque d'obésité et de maladies cardiovasculaires.

Le coût de la dénutrition pour la société

Dans une population telle que celle de l'Ouzbékistan, un calcul simple montre que les retards de croissance entraînent d'énormes pertes de productivité future. Le nombre d'enfants d'âge préscolaire (0–3 ans) est de 1 892 000, dont 31% souffrent d'un retard de croissance à l'âge de trois ans. Parmi ceux qui souffrent d'un tel retard de croissance, 14% sont gravement atteints. Après l'âge de 22 mois environ, les enfants atteints d'un grave retard de croissance ont une stature inférieure d'environ 10 cm aux enfants normaux et les enfants souffrant d'un retard de croissance modéré ont une stature inférieure de 7 cm aux enfants normaux. Le retard de croissance pendant l'enfance se traduit par des déficits de stature comparables à l'âge adulte. Si l'on suppose que la stature moyenne est de 1,60 m, 7–10 cm correspondent à une réduction de stature de 4,38–6,25% due à un retard de croissance pendant l'enfance, ce qui, d'après les estimations, se traduit par une baisse de productivité professionnelle de 6,04% pour ceux qui souffrent d'un retard de croissance modéré et de 8,6% pour ceux qui sont atteints d'un grave retard de croissance (32). Si l'on retient un salaire annuel de 870 dollars, la perte de productivité liée à ces enfants s'élèvera à environ 33 millions de dollars.

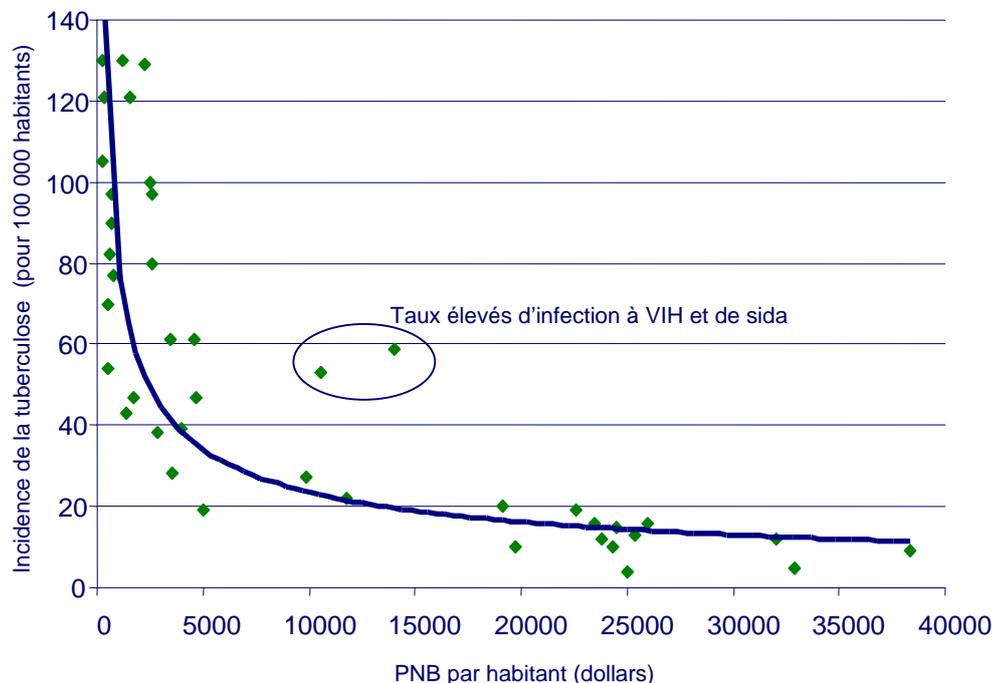
Source : Banque mondiale (2).

³ Émaciation : rapport poids-stature inférieur de plus de deux écarts types à la norme de référence (*Utilisation et interprétation de l'anthropométrie*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1995 (Série des rapports techniques de l'OMS, n° 854)).

⁴ Retard de croissance : rapport stature-âge inférieur de plus de deux écarts types à la norme de référence (*Utilisation et interprétation de l'anthropométrie*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1995 (Série des rapports techniques de l'OMS, n° 854)).

16. En 1999, on a détecté plus de 370 000 nouveaux cas de tuberculose dans la Région européenne de l'OMS, ce qui représente le chiffre le plus élevé au cours des deux dernières décennies (33). La plupart de ces cas se sont produits en Europe orientale et dans les nouveaux États indépendants, où la tuberculose progresse de façon inquiétante depuis le début des années 90 (34). Tous les pays dont le taux d'incidence de la tuberculose dépasse 70 cas pour 100 000 habitants (14 pays) ont un PNB par habitant inférieur à 2700 dollars, tandis que tous les pays dont le taux de notification de cas de tuberculose est inférieur à 15 cas pour 100 000 habitants (9 pays) ont un PNB par habitant supérieur à 24 000 dollars. Seuls 2 pays sur 41 de la Région européenne (Espagne et Portugal) font exception à cette règle, dans la mesure où ils ont un taux d'incidence de la tuberculose élevé par rapport à leur PNB. Cela pourrait être dû au fait que ces deux pays sont les seuls pays de la Région où les taux d'infection à VIH ont commencé à avoir des effets importants sur l'épidémie de tuberculose (fig. 3).

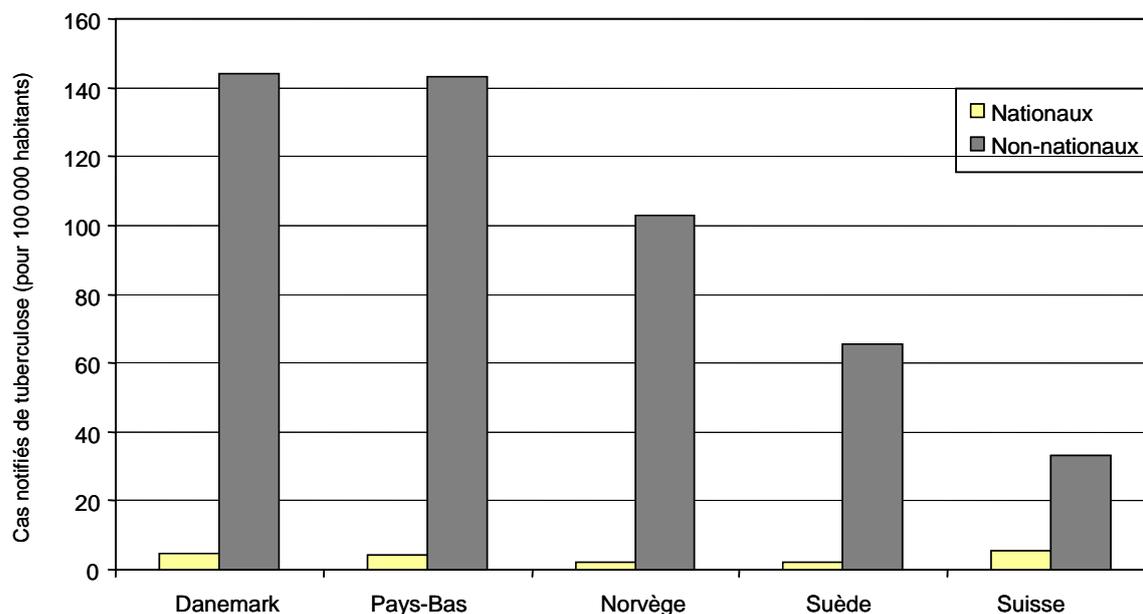
Figure 3. Tuberculose et pauvreté, 1999



Source : Programme de lutte contre la tuberculose, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

17. Les taux de notification de la tuberculose parmi les non-nationaux sont très supérieurs aux taux de la population autochtone dans les pays d'Europe occidentale (fig. 4). En 1998, 25% des cas de tuberculose recensés dans les pays de l'Union européenne touchaient des non-nationaux, tandis que les chiffres correspondants pour les pays d'Europe centrale et orientale étaient de 1% et pour les NEI et les pays Baltes 4%. En 1999, les cas de tuberculose parmi les non-nationaux représentaient plus de 60% de tous les cas dans certains pays de l'Union européenne. Au Danemark et aux Pays-Bas, les taux de notification de cas de tuberculose parmi les nationaux étaient de 4,0 et de 4,5 pour 100 000 habitants respectivement, tandis que les chiffres correspondants pour les non-nationaux étaient de 144,2 et de 143,4, respectivement (Service tuberculose, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, données non publiées).

Figure 4. Tuberculose et origine géographique, 1999



Source : Programme de lutte contre la tuberculose, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

18. Les données concernant les nouveaux États indépendants montrent que les facteurs de risque relatifs à la tuberculose sont le chômage, la malnutrition, l'alcoolisme, une incarcération passée et l'absence de domicile. Parmi 1715 tuberculeux dont la maladie a été détectée en Lettonie en 2000, 36% étaient chômeurs, 8% avaient été incarcérés précédemment, 34% étaient alcooliques ou toxicomanes, et 18% souffraient de malnutrition (directeur du programme national de lutte contre la tuberculose, communication personnelle). Des données analogues relatives au district d'Ivanovo (Fédération de Russie) dans les années 90 montrent que 55% des tuberculeux étaient chômeurs, 61% étaient alcooliques et environ 30% avaient été incarcérés précédemment (35).

19. L'infection à VIH et le sida représentent aujourd'hui l'obstacle au développement dont la progression est la plus rapide. Ils se caractérisent par la rapidité de leur diffusion et leurs effets dévastateurs. En Europe orientale, région qui semblait avoir été relativement épargnée au milieu des années 90, il y a aujourd'hui, selon les estimations, 270 000 personnes souffrant d'infection à VIH et on estime que l'incidence du sida augmentera à l'avenir. Pour le moment, c'est l'Ukraine qui est le pays le plus touché, bien que la Fédération de Russie, le Bélarus, le Kazakhstan et la République de Moldova aient tous enregistré de très fortes augmentations du taux d'infection à VIH au cours de ces dernières années.

20. Selon l'ONUSIDA (36), la pauvreté et l'analphabétisme pourraient augmenter les risques de contracter des maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection à VIH et le sida, dans la mesure où les personnes ayant un faible revenu sont moins en mesure que les personnes à revenus plus élevés de se procurer des préservatifs ou de faire traiter des infections transmises par voie sexuelle, tandis que les personnes peu instruites ont plus de mal à s'informer sur les dangers d'un comportement à risque et à comprendre les messages de prévention.

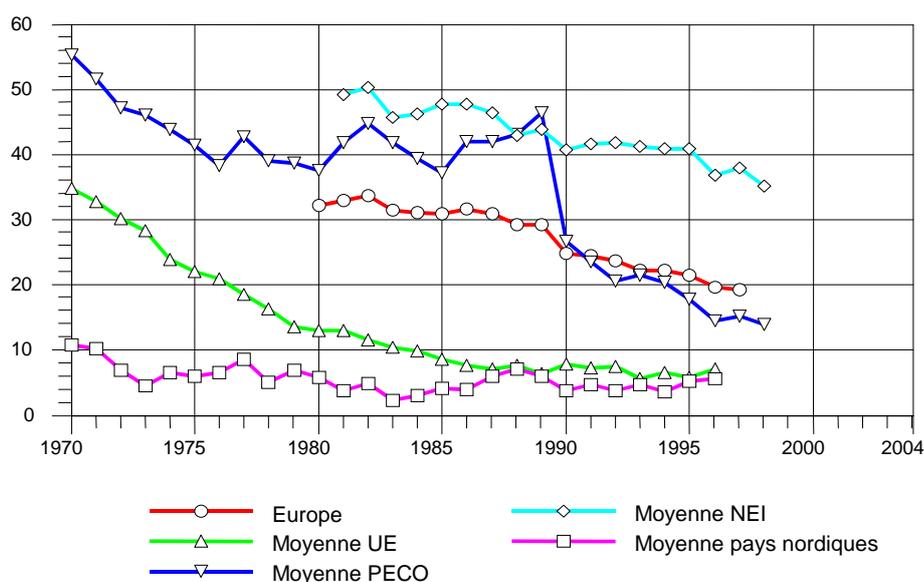
21. Les facteurs qui favorisent la transmission du VIH sont notamment l'instabilité économique, les épidémies d'autres infections transmises par voie sexuelle, la pauvreté et des facteurs sociaux tels que les rôles assignés aux individus en fonction de leur sexe (37). Le risque de contracter une infection à VIH augmente dans les pays caractérisés par le changement économique et la baisse de l'activité économique, l'augmentation du chômage et l'appauvrissement de la population, la croissance de l'économie informelle, la baisse des crédits affectés à la santé publique, l'augmentation rapide du nombre de toxicomanes s'injectant de la drogue et une importante migration de la population (38). En outre, les déterminants sociaux des épidémies

d'infections à transmission sexuelle sont notamment une polarisation sociale marquée, une pauvreté croissante et une baisse des dépenses d'équipement affectées à l'infrastructure sociale, qui influencent le comportement sexuel ainsi que les facteurs déterminant la période d'infectiosité (39). Les groupes vulnérables, qui comprennent notamment les travailleurs du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogue par voie intraveineuse et les jeunes, sont particulièrement concernés par le lien entre la pauvreté et l'infection à VIH et le sida.

22. Les données disponibles montrent clairement que la pauvreté a des incidences sur la santé reproductive, en particulier chez les femmes, bien qu'elle influe également sur la santé reproductive et sexuelle des hommes. Cette observation est valable pour tous les pays de la Région européenne et non uniquement ceux dans lesquels des changements économiques se sont produits récemment ou sont encore en cours : elle se vérifie en particulier parmi les populations pauvres constituées de personnes socialement défavorisées, d'immigrés et de réfugiés qui résident dans les pays riches d'Europe occidentale.

23. La mortalité maternelle est fortement liée à la pauvreté. Le ratio de mortalité maternelle et les taux de mortalité infantile sont les plus élevés dans les pays les plus pauvres de la Région, en particulier les républiques d'Asie centrale et les pays du Caucase. Les ratios de mortalité maternelle dans ces pays sont plus de huit fois plus élevés que dans les autres pays de la Région (fig. 5) (26).

Figure 5. Décès maternels dus à toutes les causes pour 100 000 habitants



Source : Base de données de la santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

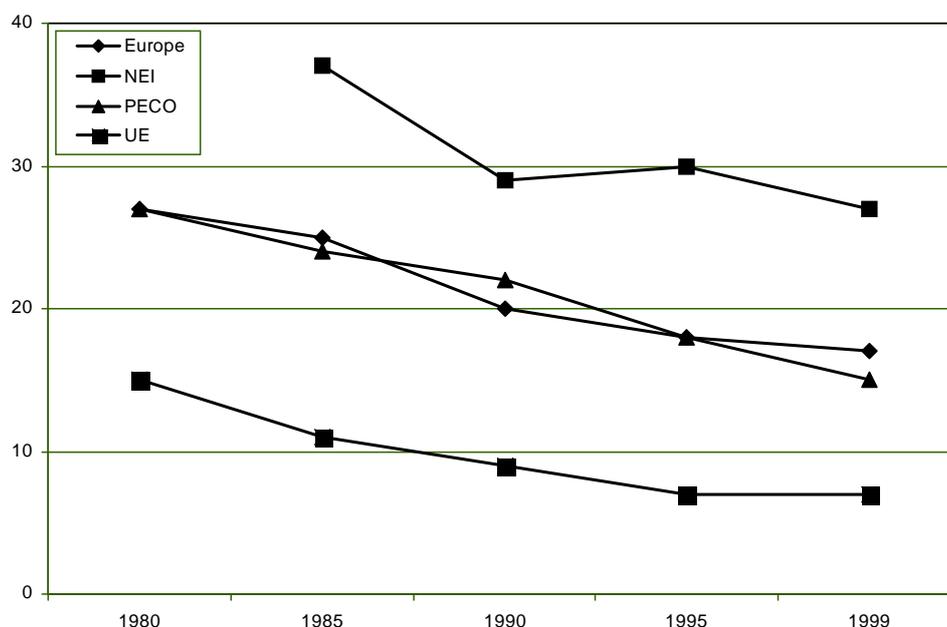
24. Outre un faible revenu par habitant, le manque d'équité de la répartition des richesses constitue également un facteur de risque pour la santé reproductive. Dans certains pays, il existe d'importantes différences de ratios de mortalité maternelle selon la région. Dans certains nouveaux États indépendants, par exemple, la proportion d'accouchement à domicile sans assistance professionnelle appropriée atteint pas moins de 60–70% dans les zones rurales reculées, étant donné que les familles ne disposent pas des moyens nécessaires pour assurer un transport à l'hôpital ou payer les services hospitaliers⁵.

⁵ Rapports non publiés de consultants nationaux et rapports sur des missions effectuées par des fonctionnaires de l'OMS, du FNUAP et de l'UNICEF au Tadjikistan et en Géorgie.

25. Des études menées pour la Commission européenne montrent que les taux de mortalité et de morbidité maternelle, ainsi que de mortalité infantile sont plus élevés parmi les femmes immigrées vivant dans des pays d'Europe occidentale que parmi les femmes appartenant aux majorités ethniques des mêmes pays. Les taux d'avortements des immigrées sont plus élevés et l'utilisation de contraceptifs modernes est généralement moindre. Ces différences sont dues à une moins bonne information concernant les services appropriés et les prestations auxquelles ces femmes ont droit, par exemple en matière de soins prénatals et d'accès aux contraceptifs. On dispose d'informations fiables à ce sujet pour l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, la Suède et d'autres pays de l'Union européenne (40).

26. Les enfants pauvres courent un risque plus élevé de mourir au cours des cinq premières années de leur existence et de souffrir d'infections respiratoires aiguës, de diarrhée, d'anomalies congénitales et de maladies chroniques. L'état de santé des enfants est très variable dans la Région européenne de l'OMS : dans certains pays, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans figurent parmi les plus bas du monde, tandis que dans d'autres, ils sont encore très élevés (fig. 6).

Figure 6. Taux de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans, tendances européennes



Source : Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

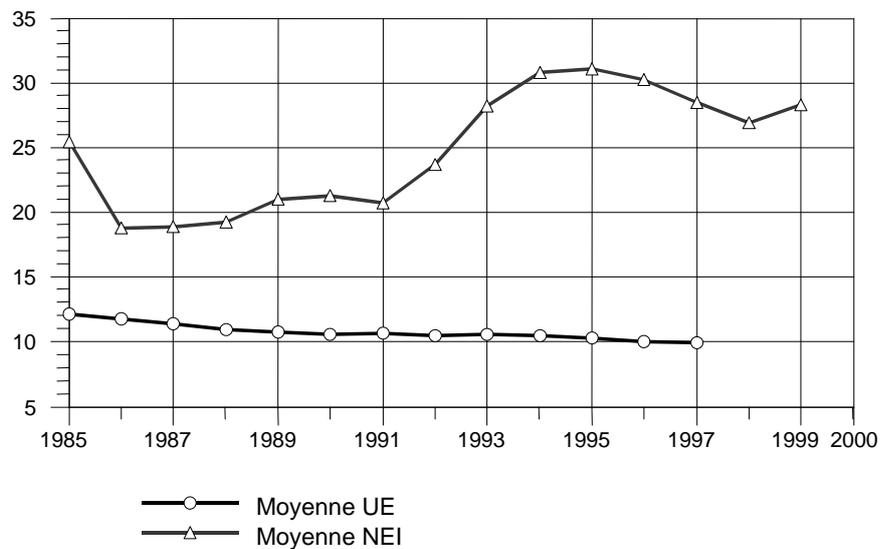
27. Les taux de mortalité des nouveaux États indépendants sont nettement plus élevés qu'en Europe centrale et orientale et dans l'Union européenne, en raison de la mortalité particulièrement élevée attribuable aux maladies transmissibles, notamment dans les républiques d'Asie centrale. En outre, il existe des écarts considérables entre groupes de population des différents pays : ces taux sont, dans certains cas, cinq fois plus élevés dans la tranche de 20% la plus pauvre que dans la tranche de 20% la plus riche (26).

28. La nature du lien entre la pauvreté et la santé mentale est complexe tant sur le plan de son orientation que sur celui de sa dynamique, ce qui débouche sur un cercle vicieux de pauvreté et de maladie mentale. Cependant, il ressort de la prévalence de la dépression mise en évidence par des études portant sur différentes communautés qu'au sein d'une même communauté, le risque de dépression est plus élevé chez les pauvres que parmi les riches. En outre, dans le monde entier, l'incidence de la dépression est plus élevée parmi les pauvres que parmi les riches (41).

29. En Europe, les recherches menées dans les pays développés montrent que la prévalence de la dépression est plus importante parmi les pauvres que parmi les riches. Des études ont mis en évidence des

odds ratios de 1,6 pour les Pays-Bas (42) et les États-Unis (43). Un des odds ratio légèrement plus élevé, à savoir 1,9, a été constaté en Finlande (44) et en Allemagne (45). Ces observations font manifestement un sort au mythe selon lequel la dépression serait une pathologie qui atteint les riches et ne concerne que les habitants de pays développés et riches. Elles sont confirmées par des données relatives au suicide (qui est l'un des indicateurs les plus fiables de mauvaise santé mentale) : la base de données de la Santé pour tous met en évidence une forte augmentation de la mortalité due au suicide dans les nouveaux États indépendants au cours des années 90, alors qu'une baisse constante se produisait dans les pays de l'Union européenne (fig. 7).

Figure 7. Suicides et blessures dues à son propre fait, taux de mortalité standardisés pour 100 000 habitants âgés de 0 à 64 ans



Source : Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

30. Aujourd'hui, dans la plupart des pays, les pauvres fument en général plus que les riches. Globalement, l'épidémie de tabagisme s'étend de son point de départ (hommes des pays à revenu élevé) aux femmes des pays à revenu élevé et aux hommes des régions à faible revenu (46). Dans le passé, à mesure que le revenu augmentait au sein d'une population, le nombre de personnes qui fumaient augmentait également. Cependant, au cours des trois ou quatre dernières décennies, cette tendance semble s'être inversée, du moins parmi les hommes, pour lesquels des données sont aisément disponibles. Les hommes riches des pays à revenu élevé renoncent progressivement au tabac, contrairement aux hommes pauvres. En Norvège, par exemple, la proportion de fumeurs masculins à revenu élevé est tombée de 75% en 1955 à 28% en 1990. Au cours de la même période, la proportion de fumeurs masculins à faible revenu a baissé dans de beaucoup moindres proportions, passant de 60% en 1955 à 48% en 1990. Aujourd'hui, dans la plupart des pays à revenu élevé, il existe des différences importantes dans la prévalence du tabagisme entre les différents groupes socioéconomiques. Au Royaume-Uni, par exemple, seulement 10% des femmes et 12% des hommes appartenant aux groupes socioéconomiques les plus élevés sont des fumeurs ; dans les groupes socioéconomiques les plus bas, les chiffres correspondant sont trois fois plus élevés : 35% et 40%. La même corrélation négative est constatée entre le niveau d'instruction – lié au niveau socioéconomique – et le tabagisme. D'une manière générale, les personnes peu instruites fument davantage que les personnes instruites. Jusqu'à une date récente, on pensait que la situation était différente dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cependant, les travaux de recherche les plus récents permettent de conclure que, dans ces pays également, les hommes dont le niveau socioéconomique est bas ont tendance à fumer davantage que ceux qui appartiennent à des groupes socioéconomiques élevés. Cela est confirmé par des études menées en Inde, au Brésil, en Chine, en Afrique du Sud, au Vietnam et dans plusieurs pays d'Amérique centrale.

31. Comme la consommation de tabac est liée à la pauvreté et à un niveau socioéconomique inférieur, il en va de même pour ses effets nocifs pour la santé. Une analyse de données sur le Canada, la Pologne, le Royaume-Uni et les États-Unis montre que le tabagisme est responsable de plus de la moitié de la différence de mortalité entre les adultes de sexe masculin qui appartiennent à la catégorie socioéconomique la plus élevée et ceux qui font partie de la catégorie plus basse. Le tabagisme a également contribué fortement, de 1970 à 1992, à l'augmentation de l'écart de survie entre les hommes respectivement riches et défavorisés de ces pays.

32. La corrélation entre la situation socioéconomique et la consommation d'alcool n'est pas simple (47). Dans l'ensemble, comme l'indique des études réalisées dans plusieurs pays, la suralcoolisation sporadique est plus fréquente parmi les personnes peu instruites ou exerçant des professions mal rémunérées. En particulier, il existe des différences marquées entre les niveaux de problèmes graves liés à l'alcool, qui peuvent être en partie attribués à des différences dans le mode de consommation d'alcool, bien qu'il existe des variations en fonction de l'âge et du sexe. Il a été signalé que la mortalité liée à l'alcool de 1988 à 1994 en Angleterre, au pays de Galles et en Écosse était 10 à 20 fois plus élevée parmi les travailleurs manuels masculins sans qualifications âgés de 25 à 39 ans que parmi les personnes exerçant des professions intellectuelles, mais seulement 2,5 à 4 fois plus élevée parmi les hommes âgés de 55 à 64 ans (48). Les écarts étaient inférieurs chez les femmes, la mortalité liée à l'alcool étant plus élevée chez les jeunes travailleuses manuelles sans qualifications et les femmes âgées exerçant des professions intellectuelles. Il résulte d'une étude menée en Suède que la mortalité liée à l'alcool dans le grand Stockholm était 7 à 10 fois plus élevée parmi ceux qui ne faisaient pas partie de la population active et étaient donc relativement pauvres (49). Une situation semblable a également été mise en évidence en Europe orientale. Une enquête par interviews sur la consommation d'alcool d'un échantillon de la population russe a montré que la consommation excessive d'alcool parmi les hommes d'âge mûr au cours de la période d'adoption progressive de l'économie de marché était nettement plus élevée parmi les hommes peu instruits (50).

33. D'une manière générale, la plupart des facteurs de risque relatifs au mode de vie sont liés au niveau socioéconomique. Une enquête portant plus de 15 000 adultes du Royaume-Uni a mis en évidence d'importantes différences dans la prévalence de facteurs de maladies selon la classe sociale, définie en fonction de la profession (tableau 3).

Tableau 3. Classe sociale et mauvaise santé. Prévalence de maladies et facteurs de risque parmi les adultes

	Classe sociale		
	La plus élevée	Intermédiaire (travailleurs non manuels)	La plus basse
Hommes			
Cardiopathie ischémique	5,1%	6,0%	6,4%
Accident vasculaire cérébral	1,3%	1,7%	2,1%
Pression artérielle moyenne	136/76	138/76	139/77
Cholestérol >6,5 mmol/l	26,0%	27,0%	26,0%
Hémoglobine <13 g/dl	3,0%	5,0%	5,0%
Obésité (IMC>30)	9,9%	13,7%	14,0%
Inactivité physique	14,0%	15,0%	21,0%
Femmes			
Cardiopathie ischémique	1,8%	5,2%	7,2%
Accident vasculaire cérébral	0,5%	2,3%	2,5%
Pression artérielle moyenne	130/72	136/73	141/75
Cholestérol >6,5 mmol/l	26,0%	35,0%	36,0%
Hémoglobine <12 g/dl	9,0%	12,0%	13,0%
Obésité (IMC>30)	11,8%	15,0%	22,6%
Inactivité physique	15,0%	17,0%	22,0%

Source : Colhoun, H. & Prescott-Clarke, P. (51).

34. L'incidence des maladies cardiovasculaires est étroitement liée aux facteurs socioéconomiques, y compris le revenu des ménages, dans de nombreux pays d'Europe occidentale. En Europe orientale, il se peut que d'autres facteurs jouent aussi un rôle : les fluctuations des chiffres relatifs aux cardiopathies et à la mortalité en Russie (52) et en Lituanie (53) ont été mises en rapport avec le mode de consommation d'alcool, ainsi que d'autres éléments du mode de vie.

35. Une corrélation négative entre le niveau socioéconomique et l'obésité a souvent été observée chez les femmes. Parmi les hommes, cette corrélation était moins claire selon des études assez anciennes (54), mais il semble qu'elle soit maintenant analogue à ce qu'elle est parmi les femmes. Une enquête pan-européenne menée auprès des consommateurs, lors de laquelle l'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé à partir des déclarations des sujets concernant leur stature et leur poids, a mis en évidence une corrélation étroite entre l'obésité et la classe sociale, définie de différentes façons, en fonction du revenu du ménage, de la profession ou du niveau d'instruction (tableau 4) (55). Cette enquête portait sur 15 000 personnes âgées de plus de 15 ans et résidant dans les pays membres de l'Union européenne.

36. Dans le cadre d'une étude menée en Suède, des chercheurs ont examiné le lien entre l'IMC et l'âge et le niveau d'instruction, en tenant compte de l'origine ethnique (définie selon le pays de naissance), de l'activité physique et du tabagisme (56). Ils ont constaté que le niveau d'instruction et l'appartenance ethnique étaient liés de façon indépendante à l'IMC chez les hommes et les femmes, ce qui n'était pas le cas de l'activité physique corrigée en fonction du tabagisme.

Tableau 4. Prévalence de l'obésité parmi les hommes et les femmes, par classe sociale et niveau d'instruction, adultes de l'UE

	Hommes (%)	Femmes (%)
Niveau socioéconomique*		
Inférieur	11,1	13,8
Moyen inférieur	8,9	12,6
Moyen	8,0	8,0
Moyen supérieur	7,8	5,6
Niveau d'instruction		
Primaire	12,1	15,9
Secondaire	8,4	8,5
Supérieur	5,9	4,4

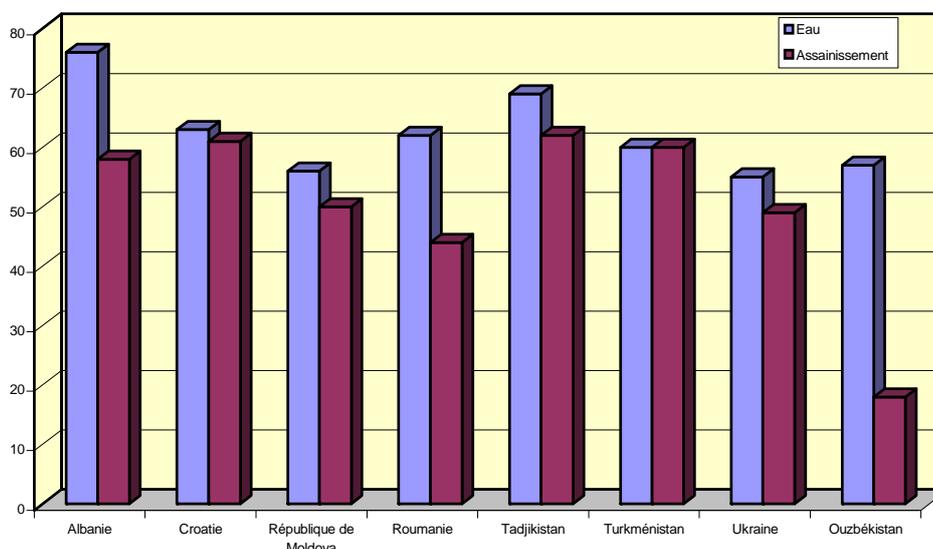
* Mesuré en fonction du revenu du ménage ou de la profession exercée.

Source : Martinez et al. (55).

37. Les pauvres vivent généralement dans un environnement malsain, sont mal logés, ne disposent pas d'un approvisionnement satisfaisant en eau potable ni d'un réseau d'assainissement adéquat (57). L'insuffisance de l'accès à des sources d'eau de bonne qualité représente encore un problème important en Europe. Il a été estimé que 12% de la population de la Région européenne de l'OMS, principalement dans les pays de la partie orientale de la Région, ne disposent pas d'eau potable et qu'une proportion plus élevée encore n'est pas desservie par des installations appropriées d'élimination des eaux usées (58). Dans certains pays, moins de 60% des habitants disposent d'un approvisionnement en eau potable (fig. 8).

38. L'eau domestique peut être non seulement un vecteur de maladies transmissibles mais également protéger contre les infections, dans la mesure où elle favorise l'hygiène personnelle et domestique. Les populations qui ne disposent pas d'un approvisionnement en eau organisé, telles que de nombreuses populations rurales d'Europe, courent à cet égard des risques particuliers.

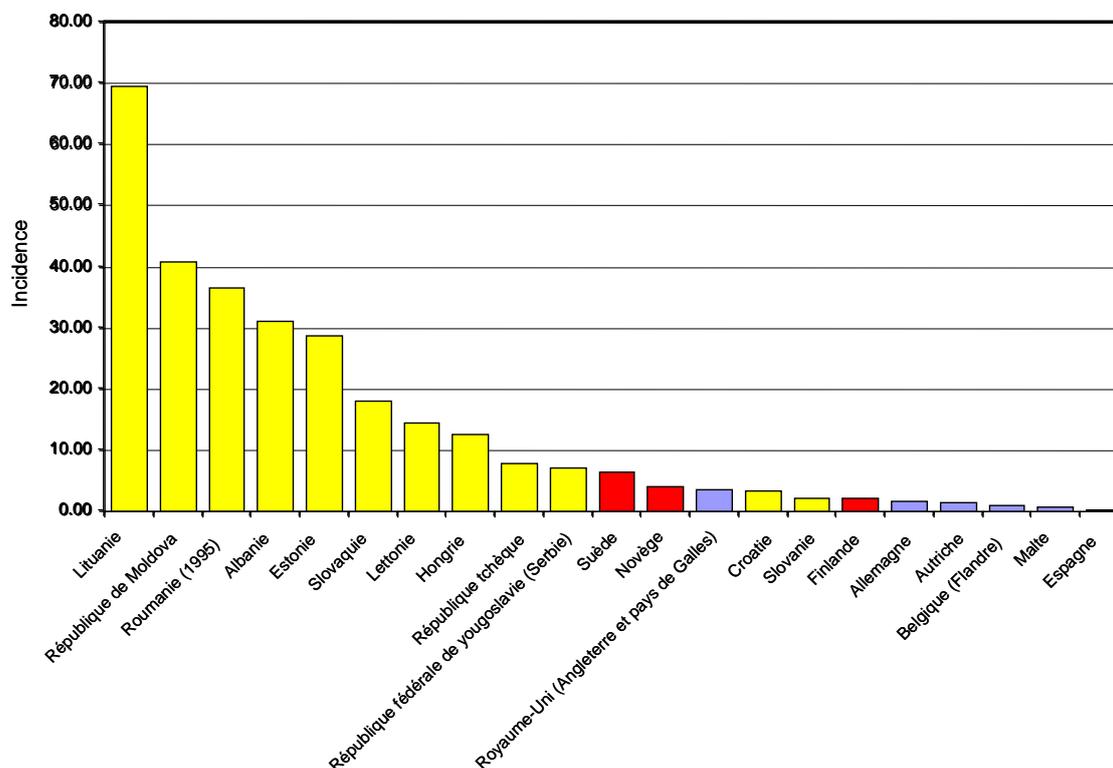
Figure 8. Pourcentage de la population disposant de sources d'eau et d'installations d'assainissement améliorées dans certains pays européens, 1996



Source : PNUD (3).

39. Divers types de diarrhées (y compris celles provoquées par le choléra et la fièvre typhoïde) et l'hépatite A sont les principales maladies transmises par une contamination microbologique de l'eau en Europe. Ces maladies se traduisent principalement par une morbidité et des incapacités temporaires, mais les épidémies ont également des conséquences économiques. L'incidence de la dysenterie bacillaire varie considérablement d'un endroit à l'autre d'Europe, et les chiffres les plus élevés sont observés dans la partie orientale de la Région (fig. 9).

Figure 9. Incidence de la dysenterie bacillaire pour 100 000 habitants, Europe, 1996



Source : Water and human health in Europe. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (sous presse).

40. La pollution atmosphérique représente un important problème en Europe, car elle touche de nombreuses personnes, en particulier dans les quartiers pauvres des villes. Les niveaux d'exposition sont plus élevés en Europe orientale (59), en raison des caractéristiques des carburants, de l'âge des voitures et de l'augmentation de l'intensité de la circulation. Il a été estimé que, chaque année, de 102 000 à 368 000 Européens de plus de 35 ans meurent en raison des niveaux élevés de particules en suspension dans l'air. La pollution urbaine représente également un problème important dans les zones urbaines d'Europe occidentale, où elle est à l'origine d'un grand nombre de problèmes de santé (60, 61). Cependant, une analyse descriptive a mis en évidence une corrélation négative entre la distribution des personnes ayant plusieurs voitures dans les circonscriptions de recensement riches extérieures à Londres et la distribution des émissions de NOx et de CO, de la densité du réseau routier et de la mortalité par maladies respiratoires dans les villes (62).

41. L'intoxication par le plomb demeure la principale maladie évitable due à une substance toxique présente dans l'environnement et sur les lieux de travail (63). Le risque d'exposition au plomb varie considérablement en fonction du lieu de résidence. Dans les villes, cette exposition s'observe surtout dans les quartiers pauvres ; elle résulte en grande partie des gaz d'échappement, mais est également liée à des activités industrielles, telles que l'exploitation de gisements de plomb, l'extraction de métaux par fusion et la combustion de charbon, ainsi qu'à la peinture au plomb et aux canalisations en plomb des réseaux d'approvisionnement en eau. Le plomb est particulièrement dangereux pour les enfants, car il nuit à leur développement neurologique et porte atteinte à leur quotient intellectuel. L'exposition au plomb est encore courante dans plusieurs pays d'Europe. Dans les pays où l'essence au plomb n'est plus utilisée, il a été montré que jusqu'à 60% de la plombémie était liée à l'essence au plomb. Malgré la remarquable efficacité de l'interdiction du plomb dans les carburants sur le plan de la santé publique, en 1996, seuls 14 pays avaient complètement éliminé l'utilisation de l'essence au plomb (64).

LA PAUVRETE ET L'OMS

42. L'OMS est consciente depuis longtemps qu'il est indispensable de mettre en œuvre des stratégies de réduction de la pauvreté pour améliorer la santé dans le sens le plus large du terme (65). Récemment, elle a déclaré que la pauvreté était la cause de décès la plus implacable et la plus grande cause de souffrance sur la Terre (66).

43. Selon la stratégie actuelle de l'OMS, une tâche essentielle de l'ensemble de l'Organisation consiste à contribuer à réduire la pauvreté en améliorant la santé. À cet effet, l'OMS place la santé dans le contexte du développement humain, en obtenant un consensus sur une politique sanitaire efficace, en améliorant les résultats sur le plan de l'état de santé grâce à des partenariats efficaces et en créant une culture d'organisation qui encourage l'innovation, la responsabilité, la réflexion stratégique et l'action rapide.

44. L'OMS joue un rôle actif dans l'Effort massif contre la pauvreté, qui est une vaste action internationale visant à mobiliser tous les acteurs nationaux et internationaux en vue d'assurer un développement économique durable, en améliorant l'accès des plus pauvres du monde aux biens et services sanitaires. Cet effort de grande envergure vise à lutter contre les maladies engendrant une mortalité élevée et liées à la pauvreté, telles que la tuberculose, le paludisme, l'infection à VIH et le sida, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la rougeole et les grossesses à risque.

CONCLUSIONS

45. Il est proposé de mener un certain nombre d'actions au niveau international pour renforcer les efforts accomplis en vue de réduire la pauvreté dans le monde entier. Ces actions sont décrites dans les documents énonçant une stratégie de réduction de la pauvreté, qui sont élaborés en commun par des organisations intergouvernementales et des gouvernements de nombreux pays.

46. Dans son récent Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 (2), la Banque mondiale a recommandé de prendre les initiatives suivantes pour réduire la pauvreté :

- renforcer les chances de chacun
- faciliter l'autonomisation
- renforcer la sécurité
 - en réduisant la vulnérabilité des pauvres aux problèmes de santé, aux chocs économiques, à l'insuffisance des récoltes, aux catastrophes naturelles et aux actes de violence ;
 - en aidant les pauvres à faire face à l'adversité ;
 - en veillant à ce que des systèmes de protection efficaces soient en place pour atténuer les conséquences de graves difficultés personnelles et de catastrophes nationales ;
- renforcer les actions internationales.

47. Lors de la 108^e session de Conseil exécutif, en mai 2001, l'OMS a proposé un cadre unifié d'action, afin de permettre à de nombreux acteurs différents d'exécuter, de façon cohérente, des propositions visant à intensifier les mesures que le secteur sanitaire doit prendre en faveur des pauvres et qui sont mises au point par des organismes intergouvernementaux, des institutions des Nations unies, des organisations non gouvernementales et des associations privées. Le cadre proposé comprend six éléments :

- des ressources nouvelles ;
- des fonctions mondiales essentielles, notamment des programmes de recherche-développement de médicaments et de vaccins, des partenariats visant à réduire le prix des médicaments et des programmes d'achat rationnel et de distribution équitable de biens essentiels ;
- des mécanismes de transfert de ressources ;
- le renforcement des systèmes de santé ;
- la surveillance des résultats ;
- une mobilisation sociale.

L'OMS est fermement décidée à lancer des activités dans ce cadre et à veiller à ce qu'il soit clairement compris tant en son sein que par d'autres organisations.

48. Dans ce contexte mondial et conformément à la stratégie d'ensemble de l'OMS, il est proposé que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe aborde la question de la pauvreté et de la santé selon les quatre axes suivants :

- faire mieux comprendre en Europe le rôle essentiel de la santé dans la lutte contre la pauvreté ;
- aider les pays à accomplir des progrès vers la réduction de la pauvreté, en améliorant l'accès aux services de santé (soins de santé, prévention des maladies et promotion de la santé) et en s'attaquant aux maladies et aux déterminants de la santé les plus importants qui sont liés à la pauvreté ;
- améliorer la disponibilité d'informations facilitant l'élaboration de politiques et la surveillance de leur mise en œuvre, en se préoccupant en particulier des groupes de la population les plus vulnérables ;
- renforcer la volonté de la communauté internationale d'investir des ressources dans la réduction de la pauvreté et la recherche sur la pauvreté.

49. Le Bureau régional de l'Europe mettra au point un processus pour rassembler, analyser et diffuser des connaissances sur des mesures efficaces prises par des États membres pour réduire la pauvreté. À cette fin, il est demandé aux pays de choisir et de communiquer au Bureau régional des études de cas

appropriés. Un premier rapport, qui comprendra une analyse des données fournies, sera présenté au Comité régional lors de sa cinquante et unième session.

50. Outre le renforcement de ses plans d'actions existants, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe lancera des activités portant sur la pauvreté et la santé, en utilisant les ressources désormais disponibles grâce à la création récente du Bureau européen de l'OMS pour l'investissement en faveur de la santé et du développement, établi à Venise. Les activités décrites ci-dessus seront menées en étroites coordination et collaboration avec tous les autres programmes du Bureau régional qui agissent dans les domaines les plus pertinents, selon un cadre d'action cohérent.

RÉFÉRENCES

1. SEN, A. *Development as freedom*. New York, Oxford University Press, 2000.
2. BANQUE MONDIALE. *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 : combattre la pauvreté*, Washington DC, Banque mondiale, 2001.
3. PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 2000*. New York, Organisation des Nations Unies, 2000.
4. *La povertà in Italia nel 1999* [La pauvreté en Italie en 1999]. Rome, ISTAT, 2000 (Note rapide, année 5, n°5, 4 juillet 2000).
5. PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 1995*. New York, Organisation des Nations Unies, 1995.
6. FALKINGHAM, J. *Poverty, affordability and access to health care*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (sous presse).
7. CORNIA, A.G. The forgotten crisis: Transition, psychosocial stress and mortality over the 1990s in the former Soviet bloc. In: Ziglio, E. et al., ed. *Investing for health: Evidence on the social and economic determinants*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (sous presse).
8. CORNIA, A.G. & PANICCIÀ, R. The demographic impact of sudden impoverishment: Eastern Europe during the 1989–94 transition. Florence, UNICEF ICDC, 1995 (*Innocenti Occasional Papers, Economic Policy Studies*, 49).
9. *Transition Report*. Londres, Banque européenne pour la reconstruction et le développement, 1998.
10. MILLS, M. *Tajikistan: A poverty note*. New York, Banque mondiale, 1998.
11. *Annuaire Eurostat 2001*. Luxembourg, Commission européenne, 2001.
12. MARTIN, R. Regional dimensions of Europe's unemployment crises. In: Lawless, P. et al., ed. *Unemployment and social exclusion*. Londres, Regional Studies Association, 1998 (Regional Policy and Development, 13).
13. BRADBURY, B. ET AL. *Child poverty dynamics in seven nations*. Florence, UNICEF ICDC, 2000 (*Innocenti Working Papers*, 78).
14. FALKINGHAM, J. *From security to uncertainty: The impact of economic change on child welfare in central Asia*. Florence, UNICEF ICDC, 2000 (*Innocenti Working Papers*, 76).
15. BLANCHFLOWER, D.G. Youth labour markets in twenty-three countries: A comparison using microdata. In: Stern, D. & Wagner, D.A., ed. *International perspectives on the school-to-work transition*. Cresskill, NJ, Hampton Press, 1999.
16. *Young people in changing societies. The MONEE project CEE/CIS/Baltics*. Florence, UNICEF, 2000 (Regional Monitoring Report, No.7).

17. BLUM, R. *Healthy youth development as a strategy to improve health*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999.
18. *Rapport sur l'état des villes du monde 2001*. Nairobi, Centre des Nations Unies pour les établissements humains, 2001.
19. *Rapport mondial 2001 sur les établissements humains*. Nairobi, Centre des Nations Unies pour les établissements humains, 2001.
20. WILKINSON, R. & MARMOT, M., Coordinateurs, *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001.
21. GRENIER, P. *Still dying for a home: An update of Crisis' 1992 investigation into the links between homelessness, health and mortality*. Londres, Crisis, 1997.
22. CRAIG, T.K.J. *Off to a bad start*. Londres, Mental Health Foundation, 1996.
23. *SANTE 21. La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (Série européenne de la Santé pour tous, n°6).
24. ACHESON, SIR DONALD. *Independent inquiry into inequalities in health*. Londres, Stationery Office, 1998.
25. WHITEHEAD, M. ET AL. *International evidence on social inequalities in health*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (www.who.dk/Verona/Publications/Whitehead.htm, consulté le 9 juillet 2001).
26. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Base de données de la Santé pour tous*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001.
27. LEON, D.A. ET AL. International perspectives on health inequalities and policy. *British medical journal*, **322**: 591–594 (2001).
28. BOBAK, M. ET AL. *Social determinants of health: Their relevance in the European context*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (www.who.dk/Verona/Publications/Bobak1.htm, consulté le 9 juillet 2001).
29. MARMOT, M. & BOBAK, M. International comparators and poverty and health in Europe. *British medical journal*, **321**: 1124–1128 (2000).
30. MCGUIRE, J.S. *The nutrition pay-off paper*. Washington DC, Banque mondiale, 1996.
31. RUEL, M.T. ET AL. Length screens better than weight in stunted populations. *Journal of nutrition*, **125**(5): 1222–1228 (1995).
32. HADDAD, L.J. & BOUIS, H.E. The impact of nutritional status on agricultural productivity: wage evidence from the Philippines. *Oxford bulletin of economic statistics*, **53**(1): 45–68 (1990).
33. *Global tuberculosis control. WHO report 2001*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (document WHO/CDS/TB/2001.287).
34. Tuberculosis trends in central and eastern Europe and countries of the former USSR. *Weekly epidemiological record*, **70**: 21–28 (1995).
35. MIGLIORI, G.B. ET AL. Cost-effectiveness analysis of different policies of tuberculosis control in Ivanovo Oblast, Russian Federation. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, **76**: 475–483 (1998).
36. *AIDS, poverty and debt relief: A toolkit for mainstreaming HIV/AIDS into development instruments*. Genève, ONUSIDA, 2001.
37. RHODES, T. ET AL. HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction*, **94**(9): 1323–1336 (1999).

38. KALICHMAN, S.C. ET AL. The emerging AIDS crisis in Russia: review of enabling factors and prevention needs. *International journal of STD and AIDS*, **11**(2): 71–75 (2000).
39. *Capacity-building in secondary prevention of sexually transmitted diseases in countries of eastern Europe and central Asia: rapport sur une réunion de l’OMS, Copenhague (Danemark), 30 juin–1^{er} juillet 1997*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1997.
40. KAMPHAUSEN, W. *Health status of minority women living in Europe*. Rapport sur une réunion à Göteborg (Suède), novembre 1999. Bruxelles, Commission européenne, 2000.
41. AWAS, M. ET AL. Major mental disorders in Buajira, Southern Ethiopia. *Acta psychiatrica scandinavica*, **100**: 56–64 (1999).
42. BIJL, R.V. ET AL. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **33**: 587–595 (1998).
43. KESSLER, R.C. ET AL. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, **51**(1): 8–19 (1994).
44. LINDEMAN, S. ET AL. Twelve-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta psychiatrica scandinavica*, **102**: 178–184 (2000).
45. WITTCHEM, H.-U. ET AL. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, **28**: 109–126 (1998).
46. JHA, P. & CHALOUKKA, F.J. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington DC, Banque mondiale, 1999.
47. MARMOT, M. Inequality, deprivation and alcohol use. *Addiction*, **92**(1): S13–S20 (1997).
48. HARRISON, L. & GARDINER, E. Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988–94. *Addiction*, **94**(12): 171–188 (1999).
49. ROMELSJÖ, A. & LUNDBERG, M. The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in the whole of Sweden. *Addiction*, **91**: 1307–1323 (1996).
50. CARLSSON, P. & VÅGERÖ, D. The social pattern of heavy drinking in Russia during transition. *European journal of public health*, **8**: 280–285 (1998).
51. COLHOUN, H. & PRESCOTT-CLARKE, P. *Health survey for England 1994*. Londres, HMSO, 1996.
52. SHKOLNIKOV, V. ET AL. *What explains the improvement in life expectancy in Russia in the mid-1990s?* (Document présenté lors du Congrès annuel de l’Association européenne de santé publique, Paris, 14–16 décembre 2000).
53. CHENET, L. ET AL. *Daily variations in deaths in Lithuania: the contribution of binge drinking*. (Document présenté lors du Congrès annuel de l’Association européenne de santé publique, Paris, 14–16 décembre 2000).
54. SORBAL, J. & STUNKARD, A.J. Socio-economic status and obesity: a review of the literature. *Psychological bulletin*, **105**(2): 260–275 (1989).
55. MARTINEZ, J.A. ET AL. Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union. *Public health nutrition*, **2**(1a): 125–133 (1999).
56. SUNDQUIST, J. & JOHANSSON, S.E. The influence of socioeconomic status, ethnicity and lifestyle on body mass index in a longitudinal study. *International journal of epidemiology*, **27**: 57–63 (1998).
57. WORLD RESOURCES INSTITUTE. *World resources 1998–99*. Oxford, Oxford University Press, 1998.

58. BERTOLLINI, R. ET AL. *Environment and Health 1: overview and main European issues*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1996 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n°68).
59. *Overview of the environment and health in Europe in the 1990s*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1999 (document EUR/ICP/EHCO 02 02 05).
60. KUNZLI, N. ET AL. Public health impact of outdoor and traffic related air pollution: a European assessment. *Lancet*, **356**: 795–800 (2000).
61. *Public health impact of air pollution in eight Italian cities*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (sous presse).
62. STEVENSON, S. ET AL. Examining the inequality and inequity of car ownership and the effects of pollution and health outcomes such as respiratory diseases. *Epidemiology*, **9**(4): S29 (1998).
63. SILBERGELD, E. & TONAT, K. Investing in prevention: Opportunities to prevent disease and reduce health care costs by identifying environmental and occupational causes of non-cancer disease. *Toxicology and industrial health*, **10**(6): 677 (1994).
64. ROBERTS, L., ED. *World Resources 1998–99*. Oxford, Oxford University Press, 1998 (co-publication du WRI, du PNUE, du PNUD et de la Banque mondiale).
65. *Les buts de la Santé pour tous. Buts de la stratégie régionale européenne de la Santé pour tous*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1985 (Série européenne de la Santé pour tous, n°1).
66. *Rapport sur la santé dans le monde 1985. Réduire les écarts*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1995.