



Les inégalités sociales et sexospécifiques en matière d'environnement et de santé



EUROPE



Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé

« Protéger la santé des enfants
dans un environnement en mutation »

Parme (Italie), 10-12 mars 2010



EUROPE

EUR/55934/PB/1
22 janvier 2010
100126
Original : anglais

Les inégalités sociales et sexospécifiques en matière d'environnement et de santé

Secrétariat de la Conférence

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ • BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark Tél. : +45 39 17 12 52/16 06 Fax : +45 39 17 18 78/18 92

Courriel : parma2010@euro.who.int Site Web : www.euro.who.int/parma2010

Front cover photo credit: WHO/Ivor Prickett.

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, 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 2010

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.

SOMMAIRE

	page
Remerciements	iv
Introduction	1
Inégalités sociales et sanitaires.....	1
Les inégalités sociales en matière d'environnement et répartition des risques sanitaires	2
Les activités de l'OMS dans le domaine des inégalités sociales et des risques environnementaux	2
Résumé des bases factuelles : connaissances actuelles sur les inégalités sociales et les risques environnementaux	4
Les inégalités en matière de risques environnementaux liées au revenu, au niveau d'études et à d'autres indicateurs du statut socioéconomique	5
Les inégalités sexospécifiques en matière de risques environnementaux	8
Les inégalités en matière de risques environnementaux liées aux groupes de population marginalisés	10
Les inégalités en matière de risques environnementaux d'un bout à l'autre de l'existence	11
Conclusion	13
Résoudre les problèmes d'inégalités : principales recommandations	15
Réduire les inégalités par la promotion d'environnements sains pour tous	15
1. Améliorer les conditions de vie de tous les jours	16
2. Lutter contre la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources.....	17
3. Mesurer et comprendre le problème et évaluer l'impact des interventions	18
Les interventions en situation d'incertitude	19
Références	19

Remerciements

La présente synthèse a été rédigée par le secrétariat de l'OMS. Elle s'inspire des conclusions de trois réunions d'experts sur les inégalités sociales et les risques environnementaux, organisées avec le soutien financier des autorités suivantes : le ministère fédéral allemand de l'Environnement (Risques environnementaux et sanitaires : l'influence et les effets des inégalités sociales, 9 et 10 septembre 2009) (WHO, 2009a) ; la Région toscane (Italie) et le Service national écossais de santé (Forum de l'OMS sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC), 19 et 20 octobre 2009) ; et le ministère espagnol de la Santé (Les inégalités sexospécifiques en matière d'environnement et de santé, 11 et 12 novembre 2009).

L'OMS prend note avec gratitude des contributions apportées par tous les participants à ces réunions, et des documents de référence résumant les informations factuelles recueillies par les experts invités. Les analyses des bases factuelles sont reprises, dans leur intégralité, dans le document technique de l'OMS intitulé *Environment and health risks: a review on the influence and effects of social inequalities* (Risques environnementaux et sanitaires : une analyse de l'influence et des effets des inégalités sociales), préparé à l'occasion de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé. Plusieurs analyses de bases factuelles ont été également publiées dans le numéro de février 2010 de l'*European Journal of Public Health*.

Points saillants

Le présent document résume les informations factuelles actuellement disponibles sur les inégalités sociales et sexospécifiques en matière d'environnement et de santé, et émet des recommandations sur les mesures à prendre par les acteurs internationaux, nationaux et locaux.

- Des inégalités sociales importantes existent entre les pays et dans les pays mêmes, ainsi que dans les populations en termes d'expositions environnementales. Dans la plupart des cas mentionnés dans la littérature spécialisée, les groupes de population défavorisés sont exposés, et de manière disproportionnée, aux facteurs de risques environnementaux. Les faibles revenus et la pauvreté sont les principaux déterminants de l'accroissement du risque.
- Les bases factuelles globales sont incomplètes. Les informations relatives aux déterminants de l'hygiène environnementale ne sont généralement pas analysables compte tenu des variables sociodémographiques telles que le revenu, le niveau d'études, l'emploi, l'âge, le sexe ou l'ethnicité. Il est dès lors difficile d'évaluer l'ampleur des inégalités environnementales d'origine sociale, de définir les priorités et de recenser les groupes à risque les plus vulnérables.
- Les responsables politiques nationaux et locaux devraient accorder davantage d'attention aux questions de justice environnementale et sociale ainsi qu'aux questions de sexospécificité. La répartition plus équitable des ressources environnementales et sanitaires devrait relever de la responsabilité intégrale des intervenants des secteurs de l'environnement, de l'aménagement de l'espace et du développement durable.
- Les contre-mesures visant à prévenir et à atténuer les inégalités doivent prendre en compte les forces agissantes de telles inégalités. En d'autres termes, des actions doivent être menées à maints niveaux :
 - briser le lien existant entre les déterminants sociaux et les inégalités environnementales par des actions ciblées sur les groupes de population les plus vulnérables et les plus défavorisés ;
 - stopper et renverser les tendances en termes d'inégalité environnementale en garantissant des environnements sains pour tous.

Introduction

Inégalités sociales et sanitaires

Ces dernières années, les scientifiques et les responsables politiques ont accordé davantage d'attention aux inégalités sociales à l'origine des inégalités de santé¹, un thème qui a été au centre de nombreux rapports gouvernementaux, réunions et publications. Or, il n'est guère facile de mener des interventions efficaces en vue de réduire et de prévenir les disparités sociales et sanitaires. Cette synthèse vise par conséquent à présenter les informations factuelles existantes sur l'impact des facteurs sociaux et de la sexospécificité sur l'inégalité en termes de risque environnemental. Elle comporte aussi une liste de recommandations stratégiques pour l'élaboration de mesures visant à combattre ces inégalités.

La Commission des déterminants sociaux de la santé a été établie par l'OMS en 2005 pour recueillir les connaissances existantes sur les moyens de promouvoir l'équité en santé. Il s'agit d'attirer l'attention de la communauté mondiale sur les défis posés par l'action sur les déterminants sociaux de la santé dans le but d'accroître l'équité en santé entre les pays et dans les pays mêmes. Cette approche se base d'ailleurs sur l'hypothèse selon laquelle « ... les interventions visant à lutter contre les maladies et à sauver des vies ne sont efficaces que si elles prennent justement en compte les déterminants sociaux de la santé » (Lee, 2005). En 2008, la Commission a publié son rapport final dans lequel elle prie instamment les gouvernements d'améliorer les conditions de vie de tous les jours des populations, d'assurer l'égalité des chances à l'ensemble des citoyens et de mieux évaluer et comprendre le problème (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008).

Au niveau régional, les inégalités de santé ont également été au centre des activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, les exemples les plus récents à cet égard étant la réunion gouvernementale organisée en Norvège en avril 2009 afin d'examiner les inégalités de santé dans le contexte de la crise économique mondiale (La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS, 1^{er} et 2 avril 2009) (WHO, 2009b) et, dans le contexte des systèmes de santé et de l'accessibilité des services de santé (la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », Tallinn (Estonie), 25-27 juin 2008) (OMS, 2009c). Le Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement ainsi que le programme Santé et prise en compte de la distinction homme-femme de l'OMS fournissent tous deux une aide technique et stratégique aux États membres dans leur lutte contre les inégalités de santé, tandis que le programme Santé des enfants et environnement se concentre surtout sur l'allègement de la charge de morbidité spécifique aux enfants.

Outre l'OMS, des acteurs mondiaux tels que le Programme des Nations Unies pour le développement, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Programme des Nations

¹ Note en ce qui concerne le terme « inégalité » et de la distinction entre *inequality* et *inequity* en anglais : « En santé publique, l'expression *social inequalities in health* possède la même connotation [que *social inequities in health*], à savoir des disparités injustes sur le plan de la santé » (Whitehead and Dahlgren, 2006, page 4). En outre, comme il n'existe qu'un seul mot pour exprimer ces deux concepts dans certaines langues, aucune distinction n'est faite dans la traduction entre *inequalities* et *inequities*. Dans la version anglaise originale de la présente synthèse, l'auteur a choisi d'utiliser le terme *inequality*, et fait donc référence aux inégalités de santé considérées comme injustes et évitables.

Unies pour l'environnement et la Banque mondiale ont mis en place des programmes visant à agir sur les principaux déterminants sociaux tout en se penchant sur la pauvreté, le niveau d'études, la sexospécificité et d'autres déterminants sociaux. La situation sanitaire est l'un des résultats pris en compte dans les activités menées par ces agences.

Dans le contexte de l'Union européenne (UE), la Commission européenne a récemment émis une communication sur la *Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne* (Commission des Communautés européennes, 2009), ainsi qu'un document de référence présentant diverses options devant permettre à l'UE d'intensifier ses efforts de lutte contre les inégalités de santé. Parallèlement, l'UE soutient aussi plusieurs projets régionaux et internationaux axés sur l'évaluation et l'atténuation de ces inégalités.

Les inégalités sociales en matière d'environnement et répartition des risques sanitaires

Certains groupes de population courent davantage le risque d'être exposés à des conditions environnementales néfastes de par leur situation sociale. Ces dernières années, les spécialistes et les gouvernements nationaux ont pris graduellement conscience de la dimension environnementale de l'inégalité sociale et ses multiples facettes, appelée justice environnementale ou (manque d') équité environnementale. La Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, organisée à Budapest en 2004, a déjà abordé la question des déterminants sociaux dans sa Déclaration (OMS, 2004). Lors de la réunion intergouvernementale d'évaluation à mi-parcours tenue à Vienne en 2007, dans le contexte d'un examen des progrès accomplis dans l'application des engagements de Budapest (OMS, 2007), l'aggravation des disparités sociales dans de nombreux États membres a été considérée comme un défi pour l'avenir.

Dans le cadre des préparatifs en vue de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, un document de travail intitulé *Socioeconomic inequalities – Scenarios, recommendations and tools for action* (Inégalités socioéconomiques – scénarios, recommandations et outils pour agir) a été soumis aux délégations des États membres à l'occasion de la troisième Réunion préparatoire de haut niveau (Bonn, 27-29 avril 2009). Ce document a permis d'inspirer les débats sur la manière dont la crise économique peut influencer sur l'environnement et les conditions sanitaires, et aggraver les inégalités existantes, tout en présentant les activités menées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe dans ce contexte (WHO, 2009d).

Les activités de l'OMS dans le domaine des inégalités sociales et des risques environnementaux

Dans le cadre des préparatifs en vue de la Conférence ministérielle, l'OMS a commandé plusieurs analyses de bases factuelles et organisé des réunions d'experts afin d'examiner les connaissances actuelles sur le lien entre les inégalités sociales et les risques environnementaux dans la Région européenne de l'OMS, ainsi que les mécanismes d'intervention disponibles et adéquats. L'OMS a passé en revue les bases factuelles existantes sur les inégalités sociales afin de décrire la répartition des risques environnementaux dans différents groupes de population, stratifiée par des variables

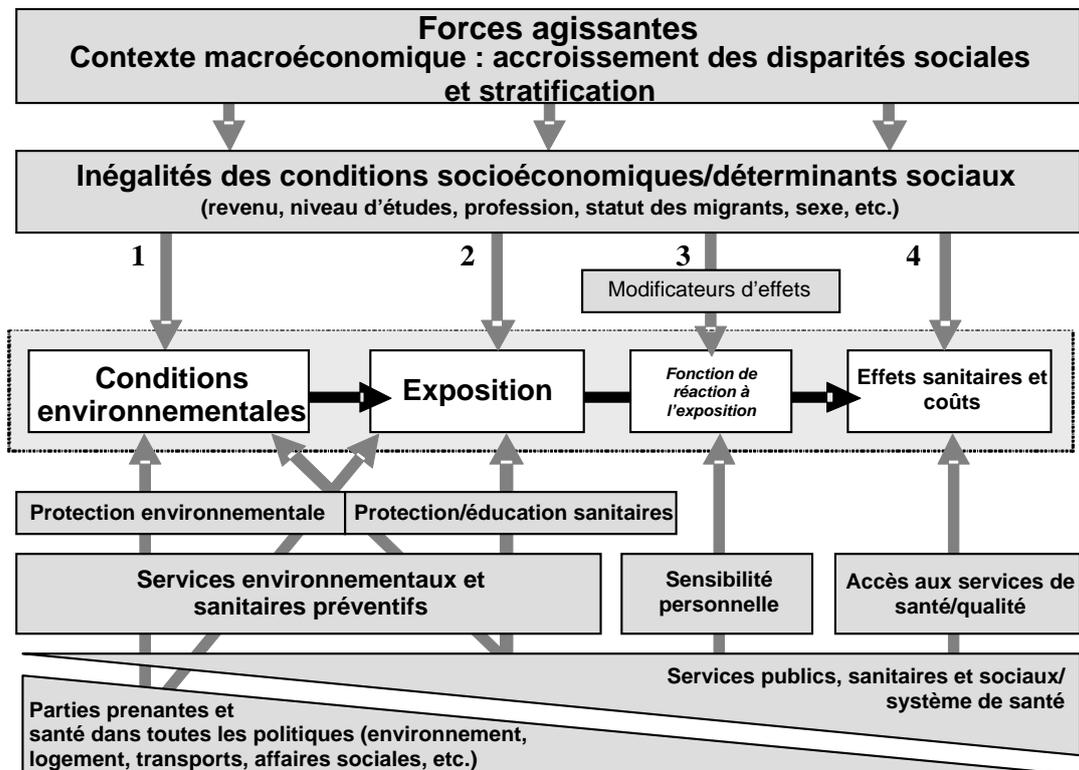
socioéconomiques telles que le revenu, le niveau d'études et la profession, et d'autres paramètres tels que le sexe, l'ethnicité ou l'âge. Les analyses des bases factuelles sont reprises, dans leur intégralité, dans le document technique de l'OMS intitulé *Environment and health risks: a review on the influence and effects of social inequalities* (Risques environnementaux et sanitaires : une analyse de l'influence et des effets des inégalités sociales), préparé à l'occasion de la Cinquième Conférence ministérielle. Plusieurs analyses de bases factuelles et un commentaire ont été également publiés dans le numéro de février 2010 de l'*European Journal of Public Health* (Braubach et al., 2010 ; Bolte et al., 2010 ; Martuzzi et al., 2010 ; Deguen and Zmirou-Navier, 2010 ; Braubach and Fairburn, 2010).

Des recommandations politiques ont été formulées sur la base de l'évaluation des inégalités, de leurs principaux mécanismes et des groupes les plus touchés. Elles prennent en compte les études de cas existantes et les données de l'expérience acquise à la suite de la mise en œuvre d'interventions visant à réduire les inégalités environnementales liées aux déterminants sociaux.

Ces activités ont respecté un modèle conceptuel élaboré conjointement par les programmes de l'OMS sur l'environnement et la santé et approuvé par les États membres lors de la troisième Réunion préparatoire de haut niveau tenue à Bonn en avril 2009. Le modèle structure et détermine les différents cycles par lesquels les inégalités sociales peuvent influencer l'exposition aux risques environnementaux et les résultats pour la santé qui en découlent. Le modèle suggère quatre cycles importants (voir ci-dessous).

- *Flèche n° 1.* Les déterminants sociaux sont corrélés à la qualité des conditions environnementales. Les groupes défavorisés peuvent vivre et travailler dans des conditions environnementales moins salubres que la population générale, ou de telles conditions peuvent être présentes dans leur entourage.
- *Flèche n° 2.* Les facteurs attribués aux inégalités sociales (tels que la connaissance et le comportement en matière de santé) aggravent l'exposition. Dans des conditions environnementales similaires, les groupes défavorisés peuvent être plus exposés que la population générale.
- *Flèche n° 3.* Les facteurs attribués aux inégalités sociales (tels que la situation sanitaire et la sensibilité biologique) influencent la faculté de réaction à l'exposition. Même si l'exposition est similaire, les groupes défavorisés peuvent être plus vulnérables aux effets sanitaires néfastes, par exemple, à cause des interactions synergiques entre de nombreux facteurs de risque.
- *Flèche n° 4.* Les inégalités sociales ont un impact direct sur les résultats en matière de santé. Des mécanismes tant environnementaux que non environnementaux peuvent d'ailleurs intervenir. Cependant, dans une situation similaire en termes de réaction aux expositions, les groupes défavorisés peuvent aussi faire preuve d'une plus grande vulnérabilité face aux effets sanitaires néfastes de par leur manque d'accès aux services (par exemple, services médicaux d'urgence dans les zones rurales, couverture d'assurance inadéquate) et leur capacité réduite à atténuer ou à gérer les répercussions préjudiciables (par exemple, manque d'informations, accès limité aux services). L'ampleur absolue de l'impact peut être également plus prononcée chez les groupes défavorisés à cause d'une prévalence plus élevée d'antécédents de morbidité.

Figure. Le modèle-cadre de l'OMS relatif aux inégalités sociales et aux risques environnementaux



Source : OMS, 2009d.

Ensemble, les flèches n° 1 et 2 représentent le différentiel d'exposition illustrant le risque accru d'exposition, alors que la flèche n° 3 représente le différentiel de vulnérabilité où les conditions d'exposition environnementale se traduisent davantage en effets sanitaires négatifs.

Les agences de l'environnement ou les services de soins de santé ne sont pas les seuls à devoir assurer des environnements sains et atténuer les effets sanitaires néfastes (partie inférieure du modèle-cadre). Il s'agit en effet d'une responsabilité partagée par tous les secteurs et parties prenantes, telle que suggérée dans les stratégies basées sur la santé dans toutes les politiques.

Résumé des bases factuelles : connaissances actuelles sur les inégalités sociales et les risques environnementaux

Il existe d'importantes inégalités sociales en termes d'exposition aux conditions environnementales néfastes et des résultats négatifs pour la santé découlant de ces conditions. De telles inégalités existent entre les pays, dans les pays mêmes et dans les populations.

Les variables du statut économique telles que le revenu, l'emploi et le niveau d'études s'avèrent être des déterminants importants des risques sanitaires liés à l'environnement. Si la sexespecificité et l'ethnicité peuvent modifier la relation existant entre le statut

socioéconomique, l'environnement et la santé, elles peuvent aussi avoir une incidence directe sur l'exposition et les inégalités en rapport avec la santé issues des différences biologiques, sociales, culturelles et comportementales. En outre, la relation peut aussi dépendre de facteurs liés à l'âge.

La plupart des études réalisées à ce sujet permettent de conclure que les groupes défavorisés sur le plan économique sont les plus exposés aux risques environnementaux (WHO, 2010). Cette constatation s'applique aux conditions suivantes :

- dans les habitations (fumée de tabac présente dans l'air ambiant, contamination biologique et chimique et pollution de l'air intérieur, confort thermique, équipement sanitaire, risques de traumatismes) ;
- dans l'environnement résidentiel (manque d'installations collectives et de sécurité publique, bruit, proximité de zones polluées et de décharges, pollution de l'air liée à la circulation) ;
- dans le secteur des transports, notamment en ce qui concerne les traumatismes dus aux accidents de la route ;
- sur le lieu de travail (traumatismes dus à un accident de travail, exposition à des substances dangereuses, stress).

Des tendances inversées s'observent de manière occasionnelle. En Suède, les enfants des zones défavorisées sont apparemment moins susceptibles de souffrir de certains types de traumatismes, mais plus susceptibles de souffrir d'autres. Selon le résultat de recherches réalisées aux Pays-Bas, si les ménages à faible revenu sont soumis à des niveaux plus élevés de bruit, il en est de même chez les populations plus aisées lorsque l'on prend spécifiquement en compte les nuisances sonores générées par le transport aérien. Pareillement, une étude a démontré qu'à Rome, le pourcentage de population particulièrement exposée à la pollution de l'air liée à la circulation augmentait proportionnellement au revenu.

Les inégalités en matière de risques environnementaux liées au revenu, au niveau d'études et à d'autres indicateurs du statut socioéconomique

Les ménages à bas revenu vivent plus souvent dans des bâtiments résidentiels peu adéquats où ils sont plus fréquemment exposés à l'humidité et aux moisissures, ces dernières ayant une incidence sur la santé respiratoire et les allergies. La précarité énergétique et les bas revenus sont souvent liés à un recours plus fréquent à des combustibles solides pour se chauffer. Il en résulte une exposition accrue aux polluants de l'air intérieur tels que le monoxyde de carbone, le benzène, les matières particulaires et le formaldéhyde. Les femmes sont plus touchées par les polluants intérieurs de par leurs responsabilités familiales et le fait qu'elles passent davantage de temps dans leur foyer.

L'une des principales inégalités persistantes, et très étroitement corrélées au revenu et au statut socioéconomique, concerne les installations sanitaires. Dans l'ensemble de la Région, les ménages à bas revenu ne disposent généralement pas d'une baignoire ou d'une douche. En outre, l'absence de toilettes à l'usage privé des ménages constitue toujours un important problème lié à la pauvreté dans plusieurs pays, parmi lesquels certains États membres de l'UE. Il convient aussi de mentionner que les insuffisances

préexistantes en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène risquent d'être exacerbées à l'avenir par la pénurie d'eau provoquée par le changement climatique.

En Roumanie, dans la tranche de population disposant des revenus les plus élevés, 11,2 % déclarent ne pas posséder de toilettes avec chasse d'eau, ce rapport étant de 68,8 % dans la tranche de population disposant des plus faibles revenus (Eurofound, 2008). En 2008, 32 504 clients résidant à Bruxelles, 217 416 en Wallonie et 174 822 en Flandre étaient officiellement en défaut de paiement de leur facture d'eau. Un nombre total de 1 215 clients pour l'ensemble de la Belgique se sont vu couper leur approvisionnement en eau (Anon, 2009).

L'exposition au tabagisme passif est très importante à domicile. Il survient d'ailleurs plus fréquemment chez les ménages à bas revenu et à faible niveau d'instruction, certaines études indiquant des taux d'exposition à la fumée de tabac ambiante trois à quatre fois supérieurs chez les enfants de ces groupes de population.

Le surpeuplement reste un problème majeur dans de nombreux États membres, en particulier dans la partie orientale de la Région. Dans l'UE, le manque d'espace concerne un ménage à très faible revenu sur quatre, contre un sur sept dans les tranches plus aisées de la population.

L'une des corrélations les plus étroites et les plus constantes en termes d'inégalité sociale et de lieu de résidence est celle relative à la qualité de l'air ambiant. En général, comme les ménages défavorisés vivent plutôt dans de vastes zones urbaines et industrielles, ou à proximité de celles-ci, et dans le voisinage de grands axes routiers, ils courent davantage le risque d'être exposés à un air ambiant de piètre qualité.

En Suède, les expositions au NO₂ autour des habitations ou dans les quartiers résidentiels étaient presque deux fois plus importantes chez les groupes à bas revenu en comparaison avec les groupes à revenu élevé (Chaix et al., 2006), alors qu'en Finlande, les travailleurs étaient exposés à une concentration de 16 µg/m³ contre 42 µg/m³ chez les sans-emploi (Rotko et al., 2000).

En ce qui concerne les critères d'exposition, les groupes favorisés sur le plan socioéconomique sont plus aptes à protéger la qualité de l'air dans leurs habitations contre la pollution ambiante de par la mise en place de meilleurs systèmes de ventilation, et sont généralement moins exposés lors de leurs déplacements vers leur lieu de travail (s'ils utilisent un véhicule à air conditionné plutôt qu'une mobylette ou un cyclomoteur, par exemple). En ce qui concerne la vulnérabilité, les groupes plus défavorisés jouissent probablement de moins de facteurs de protection tels le régime alimentaire, l'état de santé sous-jacent et l'accès aux soins de santé, et possèdent une connaissance limitée quant aux comportements « protecteurs » à adopter (ou ont peu la possibilité d'appliquer de telles connaissances) et d'autres facteurs de risque concurrents et contributifs.

Outre la pollution de l'air, le manque d'espaces verts, l'appauvrissement général des quartiers, l'exposition aux nuisances sonores et la proximité de sites pollués ou polluants représentent aussi des risques liés au voisinage et au gradient social. Les personnes des milieux défavorisés passent une bonne partie de leur temps dans des

quartiers pauvres ou peu hospitaliers, une situation qui s'avère directement liée à des problèmes de santé mentale tels l'anxiété et la dépression. Le manque de sécurité publique est aussi étroitement corrélé au niveau d'appauvrissement des quartiers et au statut social des ménages. Dans le cadre des critères de qualité des zones résidentielles, l'accès aux espaces verts est souvent mentionné comme un argument fondamental de l'inégalité, les quartiers défavorisés disposant d'un accès plus restreint à ce type d'espace public. Par conséquent, les bases factuelles indiquent que le niveau de sécurité perçu des quartiers pauvres et le manque d'espaces verts ont un impact négatif sur la fréquence de l'activité physique.

En Suisse, les ménages moins favorisés sont exposés aux plus hauts niveaux de nuisances sonores qui dépassent régulièrement les valeurs limites nationales (Braun-Fahrländer, 2004).

L'exposition au bruit est un grand problème dans les zones résidentielles, notamment en milieu urbain, et est largement liée aux nuisances sonores engendrées par la circulation. Des études réalisées dans plusieurs pays indiquent clairement que les ménages à bas revenu sont bien plus souvent exposés à ces nuisances qui, d'ailleurs, peuvent même dépasser les valeurs limites nationales.

Finalement, le lieu de résidence est associé à une variété de problèmes liés à la pollution industrielle, aux décharges ou autres menaces environnementales (par exemple, les inondations) qui ne concernent que certaines zones. Eu égard aux émissions industrielles, les installations responsables de telles émissions sont généralement situées dans des zones défavorisées. Des gradients similaires s'observent dans plusieurs pays en ce qui concerne les sites de traitement des déchets, la présence de décharges ou sites de rejets sauvages ou illégaux suscitant d'ailleurs des inquiétudes (principalement, mais pas seulement, dans la partie orientale de la Région européenne de l'OMS).

La plupart des bases factuelles disponibles sur les traumatismes concernent le secteur des transports, mais de plus en plus d'études viennent corroborer la survenue de traumatismes non intentionnels chez les enfants. Celles-ci montrent très souvent que les enfants défavorisés sur le plan socioéconomique, et vivant dans des régions ou quartiers pauvres, ont plus tendance à souffrir de traumatismes, voire à en mourir, que les autres enfants. Cette constatation s'applique à la plupart des causes de traumatismes, telles que les accidents de la route, les noyades, les intoxications, les chutes et les brûlures, et dans différents contextes (par exemple, à domicile, sur le lieu de travail, dans les transports).

Selon les conclusions d'une étude, en Angleterre et au pays de Galles, les enfants de familles situées au bas de l'échelon professionnel accusaient un taux de mortalité due à l'exposition à la fumée, au feu et aux flammes 37,7 fois plus élevé que ceux des familles au statut professionnel plus favorable (Edwards et al., 2006).

La littérature consacrée à la santé au travail comporte une multitude d'études établissant une corrélation entre des environnements dangereux spécifiques et les traumatismes et maladies du travail. Bien que le contexte socioéconomique général soit rarement pris en considération dans ces études, elles laissent entrevoir que la relation existant entre le niveau de compétences professionnelles et la santé est fortement modifiée par le niveau d'études et le revenu, d'autres facteurs tels que le chômage, le statut de migrant, l'ethnicité

et la sexospécificité jouant aussi un rôle important. Un niveau élevé d'instruction, par exemple, est lié à un niveau élevé de compétences professionnelles et à un moindre niveau de risques environnementaux.

Les personnes au statut professionnel peu élevé et à bas revenu sont plus susceptibles de souffrir des symptômes liés au stress. Celui-ci peut agir comme un modificateur d'effets, c'est-à-dire que les personnes stressées courent davantage le risque de succomber aux maladies et accidents pour une exposition comparable aux dangers. Les effets supplémentaires des comportements liés au stress, tels que le tabagisme, l'alcoolisme ou la violence, doivent aussi être pris en compte.

Le travail illégal, la précarité de l'emploi et le travail des enfants touchent les populations vulnérables et marginalisées telles que les migrants et les personnes peu instruites. Ces facteurs doivent donc être considérés comme une source majeure d'inégalités environnementales et sanitaires.

Les inégalités sexospécifiques en matière de risques environnementaux

À cause de leurs différences biologiques et socioculturelles, les hommes et les femmes ne sont pas concernés de la même manière par les facteurs environnementaux, et leur niveau de sensibilité diffère. Les normes et les valeurs liées au sexe influent sur l'exposition des hommes et des femmes aux risques environnementaux de différentes façons, notamment par le type de comportement qu'ils adoptent. En effet, les sociétés ont tendance à assigner des rôles aux hommes, et à susciter une répartition des activités professionnelles qui favorise la prise de risques et les contraint à négliger leur santé. Dans bon nombre de sociétés, les femmes ont encore un accès limité à l'information sanitaire ainsi qu'aux soins, services et ressources salutaires pour leur santé. En outre, la sexospécificité interagit avec la race, l'ethnicité et la classe sociale, une situation qui entraîne des avantages inégaux chez différents groupes sociaux et entre les hommes et les femmes. Les bases factuelles disponibles en termes d'inégalités sexospécifiques en matière d'environnement et de santé révèlent des différences au niveau de l'exposition et de la vulnérabilité entre les hommes et les femmes (par exemple, les expositions personnelles possèdent une forte empreinte socioéconomique chez les hommes, mais sont beaucoup moins claires ou cohérentes chez les femmes).

Au Tadjikistan, et selon les pratiques traditionnelles, les femmes et les filles des régions rurales sont chargées d'aller chercher de l'eau à des fins domestiques, une tâche qui occupe une part importante de leurs activités quotidiennes. Par conséquent, beaucoup de filles n'ont pas d'autre choix que d'abandonner leur scolarité (TajWSS Newslines, 2009).

La répartition des tâches au sein des ménages, qui persiste encore aujourd'hui, oblige les femmes et les filles de certaines régions d'Europe à passer une bonne partie de leur temps à se procurer de l'eau potable, ce qui les empêche de se scolariser. C'est particulièrement vrai dans les populations rurales d'Europe orientale et, dans une plus large mesure, dans le Caucase et en Asie centrale. Les jeunes filles, surtout après la puberté, sont aussi moins enclines à se rendre à l'école si les établissements ne disposent pas d'infrastructures adéquates en matière d'hygiène. Une fois adultes, les filles instruites ont généralement des familles moins nombreuses et en meilleure santé ;

leurs enfants ont des taux de mortalité moins élevés, et ont plus de chances de recevoir une éducation que les enfants des mères moins instruites.

La présence de fumée de tabac dans l'air ambiant provoque de graves effets chez les filles, celles-ci étant plus vulnérables que les garçons à l'impact de la fumée sur les symptômes respiratoires et les fonctions pulmonaires (Holmen et al., 2002).

Les différences en matière de vulnérabilité interagissent avec les inégalités sexospécifiques pour influencer la fonction respiratoire des sujets de sexe féminin. Selon les résultats de recherches menées en Suède, les femmes se plaignent beaucoup plus de problèmes d'allergies et d'hypersensibilité respiratoire et de la peau que les hommes. À Bordeaux, l'impact de la pollution de l'air était plus important chez les femmes que chez les hommes des groupes plus âgés et, à Barcelone, les femmes plus âgées couraient un plus grand risque de mourir à la suite d'une exposition à la fumée noire que les hommes. De l'autre côté de la Région européenne, en Arménie, des femmes ont fait observer qu'à cause d'une pénurie prolongée de combustible, beaucoup de citoyens avaient décidé de brûler les déchets municipaux pour cuisiner et se chauffer, ce qui a accru (surtout chez les femmes) l'exposition à plusieurs agents dangereux comme les dioxines, les hydrocarbures aromatiques polycycliques et les métaux lourds.

En Turquie, les femmes plus âgées sont davantage susceptibles de souffrir de traumatismes non intentionnels à domicile (risque 1,26 fois plus élevé), une situation qui s'explique par le fait qu'elles passent davantage de temps dans leur foyer que les hommes (Evcil et al., 2006).

Les inégalités sexospécifiques persistantes en termes d'exposition aux traumatismes et de comportement suscitant la prise de risques continuent à influencer sur la santé des garçons. Selon des données recueillies dans toute l'Europe, les taux signalés de traumatismes sont plus élevés chez les garçons que chez les filles dans la catégorie des 1 à 2 ans et plus. Il est clairement prouvé que l'adolescence est une période de vulnérabilité accrue aux traumatismes, et l'écart existant entre les garçons et les filles en termes de risque de traumatismes se creuse davantage pendant ce stade de l'existence. Ces différences persistent avec le temps, et continuent pendant l'âge adulte jusqu'à la vieillesse. Les recherches montrent également que les garçons sont physiquement plus actifs que les filles, et l'on a suggéré que les taux élevés de traumatismes observés chez les sujets masculins étaient, du moins en partie, imputables à ce facteur.

L'exposition aux produits chimiques reste particulièrement préoccupante. Outre les différences d'ordre hormonal, les disparités liées au sexe en matière de sensibilité aux substances toxiques peuvent s'expliquer par des différences en ce qui concerne l'activité détoxifiante. En effet, des recherches menées sur des animaux indiquent que la capacité de détoxification est cinq fois plus élevée chez les mâles que chez les femelles. L'une des principales différences observées est en fait la présence, en général, d'un plus haut pourcentage de graisse corporelle chez les femmes, lié à une plus grande concentration de substances chimiques lipophiles. On a dénombré jusqu'à 300 substances chimiques synthétiques dans la graisse corporelle et le lait maternel, et la plupart d'entre elles s'avèrent carcinogènes ou toxiques pour le cerveau et le système nerveux.

Les femmes sont probablement plus souvent exposées aux substances chimiques dans leur foyer et sur le lieu de travail, alors que les hommes travaillent généralement dans des conditions plus risquées et souffrent davantage de traumatismes non intentionnels (Lynn, 2009).

Dans le secteur professionnel, les problèmes liés à la sexospécificité restent de rigueur dans les nombreux pays où les conditions de travail ne prennent pas en compte les différences entre les sexes. Dans pareils cas, les femmes sont plus susceptibles d'en subir les effets négatifs à cause des facteurs biologiques. En outre, si les tâches domestiques sont le plus souvent assurées par les femmes, peu d'informations sont disponibles quant aux risques et inégalités potentiels.

Les inégalités en matière de risques environnementaux liées aux groupes de population marginalisés

Les informations factuelles relatives aux impacts de l'environnement sur la santé sont plutôt limitées dans le cas de certains groupes de population marginalisés tels que les migrants (en situation régulière ou irrégulière), les réfugiés ou les Roms. Bien que plusieurs recherches intéressantes aient été réalisées par des organisations non gouvernementales, par exemple, la plupart des bases factuelles à ce sujet sont issues d'études de cas exclusivement locales. Elles sont souvent dispersées et fragmentaires, et permettent très peu de comparaisons. Les bases factuelles systématiques sont rares au niveau national.

Les personnes non répertoriées comme travailleurs ou résidents en un lieu donné, tels que les migrants sans visa ni permis de séjour, peuvent être particulièrement exposés et vulnérables aux risques environnementaux pour toute une série de raisons, telles que les faibles revenus, la piètre qualité de l'habitat, la stigmatisation et les activités professionnelles à risque ou non protégées, ainsi que les facteurs comportementaux.

Si les conditions de travail précaires², susceptibles d'accroître l'exposition aux risques environnementaux, concernent surtout les populations marginalisées telles que les migrants et les réfugiés, elles peuvent aussi s'avérer problématiques pour les personnes disposant d'un faible niveau d'instruction. Les activités professionnelles informelles et non déclarées constituent une source importante d'inégalités environnementales et sanitaires et de violations des normes nationales en matière de sécurité, d'hygiène et de conditions de travail, à l'origine de diverses expositions aux risques.

En Hongrie, 15 % des peuplements roms étaient établis dans un rayon d'1 km autour d'une décharge illégale, et 11 % dans un rayon d'1 km autour d'aires de déversement de carcasses d'animaux (Gyorgy et al., 2005). En Serbie, l'approvisionnement en eau et les infrastructures d'hygiène étaient 2 à 3 fois moins fréquents chez les peuplements roms (Sepkowitz, 2006).

Les conditions d'habitation constituent souvent le principal problème des populations marginalisées qui sont souvent exclues du marché du logement pour des raisons

² Les conditions de travail précaires : notamment dans le cas d'activités professionnelles informelles non déclarées, du travail des enfants et du travail forcé/esclavagiste.

socioéconomiques indépendantes de leur volonté et à cause de discriminations. Par conséquent, la construction d'abris ou de logements inadéquats, souvent entrepris par les populations elles-mêmes et avec un approvisionnement limité, par exemple, en énergie et en eau, s'observe très fréquemment chez les groupes marginalisés tels que les Roms. Ces peuplements informels se retrouvent en général dans des zones insalubres et peu sûres, et peuvent aussi donner lieu à la production alimentaire sur des terrains contaminés. En ce qui concerne les inégalités sociales, dans certains pays, les décharges sont souvent aménagées dans les zones où se concentrent les minorités ethniques ou les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique.

Les inégalités en matière de risques environnementaux d'un bout à l'autre de l'existence

Bien que l'âge, en lui-même, ne constitue pas un déterminant social des inégalités sanitaires, certains groupes d'âge sont susceptibles de présenter une plus grande vulnérabilité physiologique face à des risques environnementaux spécifiques. Les jeunes enfants et les personnes âgées ont tendance à passer plus de temps à la maison que les autres. Si l'on combine cette tendance à une situation sociale inadéquate, à l'origine de conditions de vie moins favorables, une vulnérabilité accrue à certains risques survenant à la maison ou dans le voisinage peut provoquer des effets sanitaires plus préjudiciables dans ces sous-groupes de population. Exemples de risques :

- fumée de tabac dans l'air ambiant (surtout pour les enfants) ;
- produits ménagers tels que les produits de nettoyage, les détergents et les substances chimiques à usage domestique ;
- tout risque environnemental directement lié au milieu de vie (logement et voisinage).

En ce qui concerne le cadre résidentiel, le principal point d'intérêt consiste en l'aménagement d'une infrastructure et de modes de transports à la fois adéquats et sûrs. On considère que les groupes les plus vulnérables sont les enfants, les mères et leur bébé, les personnes présentant un handicap et les personnes âgées, en d'autres termes les groupes de population qui sont les plus dépendants des services de transports. Les principales conséquences de telles inégalités sont une activité sociale réduite.

Les inégalités spécifiques aux enfants

En Europe, une bonne partie de la charge de morbidité de l'enfant est imputable à des facteurs environnementaux, et des études récentes indiquent que l'exposition à des risques environnementaux durant l'enfance peut aussi aggraver les inégalités sanitaires au stade ultérieur de l'existence. Pourtant, très peu d'études se penchent sur les inégalités sociales en matière de risque environnemental chez les enfants, et l'on dispose de très peu de bases factuelles en provenance de l'Europe orientale. L'état actuel des connaissances sur les inégalités environnementales chez les enfants et les adolescents d'Europe reflète dans une large mesure les données communément recueillies en ce qui concerne les inégalités sociales de la population dans son ensemble, telles qu'expliquées plus haut. Cependant, il est un fait bien connu que l'exposition aux risques environnementaux est plus préjudiciable aux enfants étant donné leur plus grande vulnérabilité physiologique.

Il existe des inégalités en ce qui concerne les traumatismes non intentionnels chez les enfants, dus aux accidents de la circulation, aux chutes, aux noyades, aux brûlures et aux intoxications. Ces aléas possèdent le plus grand gradient social de toutes les causes de mortalité infantile, et des disparités socioéconomiques existent à tous les niveaux de gravité des traumatismes. Selon le résultat d'études, la gravité du traumatisme est directement proportionnelle aux différences socioéconomiques. Cette constatation s'applique à la plupart des causes de traumatismes (par exemple, accidents de la circulation, intoxications, brûlures) et à plusieurs contextes (par exemple, à la maison, au travail, dans les transports). On remarque également un différentiel d'âge chez les enfants : en effet, les plus jeunes courent davantage le risque de subir un traumatisme à la maison dû aux chutes, aux brûlures et aux intoxications alors que, chez les enfants plus âgés, ce risque est surtout lié aux accidents de la route.

L'exposition aux substances chimiques pendant l'enfance et au stade prénatal reste un problème majeur dans la mesure où il peut exister des divergences en ce qui concerne la capacité d'absorption de ces substances (les enfants absorbent le plomb deux fois plus rapidement que les adultes) et la sensibilité aux préjudices occasionnés (vulnérabilité accrue du fœtus à de nombreux composés toxiques et mutagènes). Il importe donc de prévenir l'exposition des femmes aux substances dangereuses, notamment les femmes en âge de procréer.

Étant donné la diversité des études et approches méthodologiques, d'une part, et le manque de données spécifiques aux enfants dans un grand nombre de domaines et de pays d'Europe, d'autre part, il n'est pas possible actuellement d'effectuer une évaluation générale ou de quantifier l'ampleur des inégalités environnementales chez les enfants et adolescents d'Europe. Les tendances en matière d'inégalité environnementale varient entre les populations et les pays. La tendance générale basée sur les données fragmentaires disponibles indique que les enfants socialement défavorisés subissent de nombreuses expositions cumulatives, sont plus sensibles à tout un ensemble de produits toxiques présents dans l'environnement, manquent souvent de ressources environnementales ou n'ont pas accès à des soins de santé de qualité susceptibles de limiter les conséquences sanitaires des risques environnementaux.

Les inégalités liées à l'âge actif

Les informations factuelles sur les inégalités en matière de risques liées au milieu professionnel et touchant les groupes d'âge de la fin de l'adolescence à la préretraite ont été résumées dans les sections précédentes. La sexospécificité vient aussi compliquer ces inégalités qui affectent l'individu jusqu'à la fin de sa vie. Bien que souvent considérées comme tributaires du type d'activité professionnelle exercée, elles peuvent être atténuées dans une large mesure par des dispositions réglementaires et institutionnelles appropriées. Or, celles-ci sont généralement moins rigides, ou moins bien appliquées, dans les sociétés ou les groupes de population moins nantis.

Les inégalités liées au vieillissement/à la vieillesse

Même si l'on ne dispose que de relativement peu de bases factuelles sur les inégalités environnementales chez les personnes âgées, la littérature existante semble suggérer trois éléments majeurs sous-tendant les gradients d'exposition aux risques environnementaux

dans ce groupe de population : accessibilité financière limitée, vulnérabilité accrue aux facteurs de risque et capacités fonctionnelles réduites.

En général, les personnes âgées vivent dans des maisons de retraite caractérisées par des conditions de vie de moins bonne qualité, souvent exacerbées par le fait qu'elles ne peuvent souvent se permettre de mieux se loger. Alors que les expositions découlant de telles situations sont partiellement corrélées à la pollution de l'air (due aux systèmes de chauffage et de cuisson), le confort thermique et la précarité énergétique sont la principale source du problème. En effet, il est admis que les personnes âgées constituent le groupe de population le plus à risque face aux rigueurs de l'hiver (à cause de la précarité énergétique) et le plus vulnérable aux vagues de chaleur (à cause des conditions de logement et d'une vulnérabilité physique accrue). En France, la canicule de 2003 s'est avérée la plus mortelle chez les personnes âgées vivant dans des conditions de logement précaires.

Selon plusieurs études épidémiologiques, les personnes âgées sont plus sensibles aux effets néfastes de la pollution de l'air à cause de maladies préexistantes. L'affaiblissement du système immunitaire, fréquent dans ce groupe de population, constitue un facteur important de vulnérabilité lorsqu'associé avec les facteurs de risques environnementaux.

<p>Selon des estimations, environ deux tiers de la population de plus de 65 ans sont sujets à des contraintes physiques, alors que seulement 30 à 40 % des logements européens peuvent être qualifiés « d'accessibles » aux personnes soumis à de telles contraintes (Forum européen des personnes handicapées, 2003).</p>
--

Finalement, les inégalités environnementales sont suscitées par les restrictions physiques subies par les personnes âgées, ce qui en fait un groupe à risque pour les traumatismes, en particulier ceux provoqués par les chutes à domicile, et entraîne des graves problèmes de santé ou une hospitalisation à long terme. Par conséquent, les personnes âgées accusent la plus haute charge de morbidité due aux chutes et voient la qualité de leur vie quotidienne diminuer à cause de leur perte d'adaptabilité à l'environnement. De par leur niveau accru d'invalidité, les personnes âgées constituent aussi le groupe de population le plus à risque de décéder en cas d'inondations liées à des catastrophes naturelles.

Conclusion

Synthèse des bases factuelles

Les informations factuelles existantes se basent sur des études menées dans un nombre limité de pays. Il n'existe quasiment aucune donnée en provenance de la plupart des nouveaux États indépendants de l'ex-Union soviétique et des pays de l'Europe du Sud-Est. En substance, il est évident que, dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, les inégalités sociales et sexospécifiques jouent un rôle dans la répartition des risques environnementaux et des effets sanitaires qui en découlent. Si les inégalités en termes d'effets préjudiciables dus à la présence de substances dangereuses dans l'air (intérieur et extérieur) sont assez bien établies et avérées, les données relatives aux expositions environnementales d'origine hydrique ou alimentaire font particulièrement défaut. Des bases factuelles sont en revanche disponibles, dans une certaine mesure, sur

les inégalités liées au logement, à la circulation, à l'environnement de travail et à la gestion des déchets.

La plupart des données disponibles indiquent que les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique supportent une charge disproportionnée d'exposition aux risques, et courent d'ailleurs des risques plus élevés. Certaines bases factuelles font référence au facteur d'âge, en révélant que les plus jeunes et les plus âgés sont les groupes les plus à risque (dans le cas d'expositions spécifiques). En ce qui concerne la sexospécificité, les données scientifiques indiquent que les hommes sont plus vulnérables à certains effets sanitaires néfastes d'origine environnementale et que, dans d'autres cas, ces risques sont plus élevés chez les femmes (pour des raisons biologiques et sociales). Cependant, les bases factuelles à cet égard sont encore rares dans la mesure où les données ne sont pas systématiquement ventilées par sexe et, même lorsque celles-ci sont disponibles, elles sont très peu souvent utilisées pour effectuer une analyse sexospécifique. Les informations factuelles relatives aux minorités se concentrent largement sur les groupes ethniques et les migrants, certains de ces groupes courant un plus grand risque d'exposition environnementale lié à leur situation socioéconomique précaire.

Les limites de l'analyse des données scientifiques et les lacunes en matière de connaissances

Les informations factuelles relatives aux inégalités sociales en matière de risques environnementaux présentées ci-dessus constituent les fondements d'une intervention politique (débatte ci-après), et révèlent certaines lacunes importantes au niveau des connaissances, en termes de données et de mécanismes. En effet, et à l'exception de plusieurs pays d'Europe occidentale, les bases factuelles font gravement défaut, et même dans les pays ayant entrepris des recherches à ce sujet, les données sont souvent éparpillées et incomplètes. La plupart des études sur les inégalités se sont concentrées sur le statut socioéconomique, tandis que d'autres facteurs tels que le sexe, l'âge, le statut migratoire ou l'ethnicité ont été moins fréquemment abordés.

Les incidences sanitaires des inégalités sociales en matière d'expositions ou de risques environnementaux ont fait l'objet de peu d'études. Si plusieurs recherches se sont penchées sur les concepts de justice environnementale, analysant les différences en termes d'exposition entre les sous-groupes de population, l'on n'a guère évalué les impacts sanitaires (positifs ou négatifs) qui y sont associés, ni la répartition de ces impacts entre les sous-groupes de population. D'autres études se concentrent sur les inégalités sanitaires, en décrivant les gradients sociaux en matière de santé, mais sans en recenser les déterminants de santé. Bien que difficile si l'on considère les bases factuelles disponibles, on ne peut que souligner l'intérêt de procéder à une évaluation intégrale des inégalités de santé liées aux facteurs environnementaux.

En effet, davantage de données détaillées et de meilleures techniques d'analyse sont nécessaires pour : i) quantifier l'impact probable des différents facteurs de risque influant sur la santé des sous-groupes de population ; ii) recenser ces facteurs de risque (dont les déterminants sociaux) qui sont évitables ; iii) clarifier le rôle joué par les facteurs de risque concurrents, tels que le tabagisme ou le régime alimentaire, dans les résultats en matière de santé ; iv) reconnaître et mieux cerner l'effet cumulatif des expositions multiples ; v) étudier l'interaction complémentaire et synergique (ou, bien que moins probable, antagoniste) entre, d'une part, les facteurs sociaux et économiques

et, d'autre part, les risques environnementaux ; et vi) mieux comprendre la nature de la vulnérabilité différentielle liée à l'âge et au sexe chez les enfants, les adultes et les personnes âgées face aux contraintes environnementales.

Résoudre les problèmes d'inégalités : principales recommandations

Réduire les inégalités par la promotion d'environnements sains pour tous

Les pays cherchant des contre-mesures afin d'atténuer les inégalités sociales et environnementales doivent prendre en compte les forces agissantes et les causes profondes de telles inégalités. Cependant, il est évident qu'il n'existe pas de solutions simples et rapides à ces inégalités car elles sont le résultat de plusieurs décennies d'évolution sociale. Pour être efficace, la stratégie à adopter doit faire la distinction entre objectifs à court terme et objectifs à long terme. Plusieurs approches doivent être choisies afin de lutter contre les inégalités environnementales d'origine sociale.

- À long terme, les groupes défavorisés devraient profiter le plus des interventions visant à garantir un environnement plus sûr, tout simplement parce qu'ils sont plus souvent exposés à des conditions environnementales inadéquates. L'amélioration générale des conditions environnementales, au profit de l'ensemble de la population, devrait donc entraîner une atténuation relativement plus importante des risques environnementaux pour les groupes les plus touchés.
- À court terme, des actions et campagnes ciblées (qui se basent sur la définition des groupes les plus enclins à souffrir d'inégalités environnementales, ou courant un risque spécifique à cet égard) doivent s'inscrire dans les priorités stratégiques aux niveaux local, national et international. De telles actions prioritaires viendraient naturellement compléter les démarches plus globales en vue de garantir des environnements plus sains pour tous, et tiendraient également compte des expositions spécifiques qui ne peuvent être influencées par les conditions environnementales. Pour réduire les inégalités et améliorer les conditions des populations les plus défavorisées, les stratégies visant à protéger les groupes vulnérables ou les plus touchés devraient se fonder sur diverses démarches. Pareillement, on fera preuve de prudence afin de ne pas aggraver les inégalités à la suite de ces interventions. Les vulnérabilités liées au sexe, en particulier, doivent être prises en considération en mettant en pratique l'approche de l'OMS relative à l'intégration des questions liées à la sexospécificité.

Les progrès réalisés dans la synthèse et la consolidation des bases factuelles devant inspirer l'action sur les déterminants sociaux de la santé s'appliquent totalement au domaine de l'environnement. Par conséquent, et notamment en l'absence de données nationales ou locales à la base de la fixation des priorités, les recommandations de la Commission des déterminants sociaux de la santé servent de fondement à toute intervention des pouvoirs publics visant à réduire les inégalités sociales en matière de risques environnementaux et ce, dans le cadre des efforts déployés aux fins suivantes :

- améliorer les conditions de vie de tous les jours ;
- lutter contre la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources ;
- mesurer et comprendre le problème et évaluer l'impact des interventions.

1. Améliorer les conditions de vie de tous les jours

La mise en œuvre de stratégies axées sur le contexte, ainsi que sur le cadre de vie quotidienne des populations, peut contribuer à la réduction et l'atténuation des inégalités environnementales. Les principaux contextes à prendre en compte pour lutter contre ces inégalités sont les suivants : l'environnement bâti et le voisinage (y compris les logements privés, les écoles, les centres de soins de jour ou les résidences), le secteur de l'urbanisme et de l'aménagement de l'espace, le secteur des transports ainsi que celui de l'emploi. Cependant, le secteur de la santé pourrait aussi être considéré comme un contexte pertinent à cet égard. Les disparités sexospécifiques en matière de conditions de vie, par exemple celles déterminées par divers modes d'activités, devraient être également prises en considération.

Les avantages des stratégies axées sur le contexte

- Les stratégies axées sur le contexte permettent de localiser le plus efficacement les groupes de population concernés ou défavorisés, et de déterminer les situations où ils sont le plus à risque. En appliquant ces stratégies, les autorités peuvent ainsi concentrer leurs efforts et leurs ressources sur la lutte contre les inégalités environnementales. En outre, elles peuvent sensibiliser et responsabiliser davantage les groupes défavorisés en matière d'environnement.
- La lutte contre les inégalités environnementales et sanitaires ainsi que le respect de la justice environnementale devraient faire partie intégrante de la gouvernance de l'hygiène de l'environnement et des systèmes d'aménagement de l'espace. Il faut incorporer davantage les éléments d'évaluation de l'impact environnemental et sanitaire aux processus de planification réglementaire (aux niveaux régional, urbain, ou des infrastructures) en vue de créer des cadres de vie quotidienne favorables à la santé.

Action sur les systèmes de santé – montrer l'exemple

- Les inégalités sociales seront inexorablement corrélées à une charge de morbidité plus élevée dans les groupes de population défavorisés. Par conséquent, les systèmes de santé doivent non seulement diagnostiquer les maladies respectives mais aussi déterminer et signaler le « contexte social » du développement de la maladie afin que les politiques de santé prennent en compte les causes profondes des problèmes de santé.
- La disponibilité de services de soins de santé primaires adéquats et abordables (y compris les services de base de santé au travail) et d'infrastructures de santé accessibles aux groupes socialement défavorisés devrait être considérée comme une composante essentielle des efforts en vue de prévenir, de combattre et de réduire les inégalités sociales en matière de résultats de santé découlant des conditions environnementales. Ces services devraient par conséquent être renforcés davantage.
- Il faut élaborer des solutions spécifiques, adaptées au contexte local, en vue de remédier aux problèmes de santé des populations marginalisées qui peuvent disposer d'une assurance maladie insuffisante, ou de lutter contre d'autres facteurs qui peuvent influencer sur l'éligibilité ou la demande de services de santé et environnementaux.

2. Lutter contre la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources

Plusieurs méthodes et stratégies peuvent être appliquées pour créer et garantir des conditions environnementales équitables. Alors que différentes stratégies peuvent plus ou moins fonctionner dans différents États membres, il est important de noter que les considérations relatives à l'équité doivent apparaître clairement dans l'ensemble du processus décisionnel des pouvoirs publics, car les actions spécifiques et les campagnes sectorielles n'aboutiront qu'à des résultats spécifiques et sectoriels, et peuvent même aggraver d'autres inégalités.

L'équité environnementale et sanitaire dans l'ensemble des politiques, des systèmes et des programmes

- La lutte contre les inégalités environnementales, quelle qu'en soit l'origine, requiert l'engagement non seulement des défenseurs de la santé et de l'équité, mais aussi celui des secteurs autres que celui de la santé (par exemple, l'environnement, les transports, l'emploi, l'agriculture, le logement, l'aménagement de l'espace, les affaires sociales, le niveau d'études, la culture). Il faut coaliser les activités et rassembler les informations factuelles de tous les acteurs déterminant les conditions environnementales des populations, et examiner leurs travaux et leurs politiques dans l'optique des inégalités environnementales.
- Plusieurs exemples issus de différents États membres indiquent que les politiques et les décisions adoptées par les secteurs autres que le secteur de la santé peuvent réduire efficacement les risques sanitaires liés à l'environnement. L'application de la stratégie basée sur la santé dans toutes les politiques a permis d'accroître les niveaux de collaboration entre les acteurs de la santé et d'autres secteurs, une condition essentielle à la lutte contre les inégalités qui s'inscrit dans les priorités nationales, et ne se limite donc plus qu'à un seul secteur.
- Alors que le secteur de la santé devrait être encouragé à soutenir les interventions et à fournir les données requises pour les orienter, on cherchera à garantir l'engagement des autres secteurs afin qu'ils contribuent à la lutte contre les inégalités dans leurs politiques respectives.

Responsabilisation politique – intégration et participation des parties prenantes

- En ce qui concerne les inégalités, la collaboration entre les acteurs nationaux et les autorités locales, et les partenariats avec d'autres agences, dont les groupes de la société civile, les syndicats, les organisations non gouvernementales et le monde du commerce et de l'industrie, peuvent s'avérer particulièrement bénéfiques. Ce genre de collaboration permet non seulement de maximiser les maigres ressources, mais elle permet également de partager différents points de vue en ce qui concerne la création, la prévention, l'atténuation et les conséquences des risques environnementaux, et la répartition de l'exposition chez les sous-groupes de population.
- L'engagement accru des groupes défavorisés aidera à déterminer et à réduire les inégalités les plus significatives, et permettra aux personnes concernées de participer aux processus politiques et à la mise au point de solutions.

3. Mesurer et comprendre le problème et évaluer l'impact des interventions

Les gouvernements, ainsi que les autorités régionales et locales, devraient mettre en place et gérer des mécanismes permettant d'évaluer le rôle des déterminants sociaux et sexospécifiques des risques environnementaux, et de recenser les groupes de population les plus vulnérables.

Le recours aux recueils de données pour décrire et comprendre le problème

- Les stratégies axées sur l'évaluation de l'impact environnemental et sanitaire doivent être raffinées afin d'incorporer les aspects de l'équité et ce, en estimant non seulement les futurs impacts environnementaux ou sanitaires liés aux projets, mais aussi leur répartition dans la sphère sociale.
- Au-delà des systèmes de suivi et de surveillance normalisés et sectoriels, les ministères doivent estimer s'ils disposent de suffisamment de données pour gérer la complexité des problèmes environnementaux et sanitaires, et envisager d'investir dans des systèmes appropriés d'informations utilisables. L'élaboration de tels systèmes, puisant dans la riche panoplie de données recueillies par tous les partenaires, permettrait dans une très large mesure de pallier aux connaissances scientifiques lacunaires et d'inspirer des politiques efficaces et équitables de réduction des risques.
- La lutte contre les inégalités sexospécifiques dans l'ensemble des programmes et des politiques permettra non seulement d'améliorer leur efficacité, mais aura aussi une incidence sur la réduction des inégalités sociales. Le recours systématique à des données ventilées par sexe, combiné à l'analyse des spécificités de chaque sexe et à l'élimination des biais liés au sexe dans la recherche, permettra aux responsables politiques de mieux évaluer l'ampleur des inégalités sociales associées à la sexospécificité et de résoudre ces problèmes.

Recherche et évaluation

- Les interventions et les projets de lutte contre les inégalités en matière d'expositions environnementales et professionnelles, ou de résultats de santé qui y sont liés, doivent être évalués à la demande des responsables des pouvoirs publics chargés de telles activités ou de leur financement. L'échange des données d'expérience en la matière et une compilation des interventions performantes permettront d'enrichir les bases factuelles actuellement insuffisantes venant sous-tendre la mise en œuvre de politiques efficaces, y compris le rapport coût-efficacité.
- Il faut définir les priorités de la recherche et soutenir les activités de recherche pour contribuer à évaluer l'ampleur des inégalités environnementales liées à des facteurs sociaux et à la sexospécificité, pour recenser les mécanismes établissant un lien entre, d'une part, les déterminants sociaux et la sexospécificité et, d'autre part, les inégalités en matière de risques environnementaux et professionnels, et pour estimer les résultats directs de ces inégalités en matière de santé. De telles activités devraient être mises en œuvre à divers niveaux (local, national, international), alors que les experts devraient s'atteler à définir et à utiliser des indicateurs cohérents pour inspirer l'élaboration de politiques et prioriser les interventions.

Les interventions en situation d'incertitude

Pour les gouvernements, quels qu'ils soient, l'insuffisance de données sur l'exposition aux risques environnementaux, et en particulier le manque de stratification des données par déterminant social et par sexe, devraient être une source d'inquiétudes dans la mesure où ils sont en eux-mêmes une composante potentielle de l'inégalité environnementale.

Le manque de données sur les groupes à risque et leur exposition spécifique aux inégalités environnementales ne devrait pas entraver l'action. En l'absence de toutes données indiquant les priorités d'intervention, les technologies et les informations disponibles devraient être utilisées pour créer des environnements sûrs et sains à l'adresse de l'ensemble de la population des pays. Finalement, les stratégies primaires de prévention, couvrant également les groupes défavorisés, devraient garantir une utilisation plus durable et équitable des ressources que les solutions ultérieurement apportées aux conséquences sanitaires des inégalités sociales et environnementales.

Références

Anon (2009). *Lutte contre la pauvreté, rapport 2008-2009. Partie 1 – Une contribution au débat et à l'action politiques*. Bruxelles, Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (http://www.luttepauvrete.be/publications/rapport5/rap5_Rapport2009_FR.pdf, consulté le 1^{er} février 2010).

Bolte G, Tamburlini G, Kohlhuber M (2010). Environmental inequalities among children in Europe – evaluation of scientific evidence and policy implications. *European Journal of Public Health*, 20(1): 14–20.

Braubach M et al. (2010). On the way to Parma: understanding and addressing the influence that social inequities have on environmental health. *European Journal of Public Health*, 20(1): 12–13.

Braubach M, Fairburn J (2010). Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location—a review of evidence. *European Journal of Public Health*, 20(1): 36–42.

Braun-Fahrländer C (2004): Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen bei Kindern in der Schweiz. In: Bolte G, Mielck A (eds.): *Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen*. Weinheim, Juventa: 155–173.

Chaix B et al. (2006). Children's exposure to nitrogen dioxide in Sweden: investigating environmental injustice in an egalitarian country. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:234–241.

Commission des Communautés européennes (2009). *Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne, Communication 567, 20 octobre 2009*. Bruxelles (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_fr.pdf, consulté le 1^{er} février 2010).

Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html, consulté le 1^{er} février 2010).

Deguen S, Zmirou-Navier D (2010). Social inequalities resulting from health risks related to ambient air quality – A European review. *European Journal of Public Health*, 20(1): 27–35.

Edwards P et al. (2006). Deaths from injury in children and employment status in family: analysis of trends in class specific death rate. *British Medical Journal*, 333:119–122.

Eurofound (2008). *Deuxième enquête européenne sur la qualité de vie – Premiers résultats*. Dublin, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/52/fr/1/EF0852FR.pdf>, consulté le 1^{er} février 2010).

European Disability Forum (2003). *Disability and Social Exclusion in the European Union. Time for change, tools for change. Final study report*. Brussels, European Disability Forum (<http://cms.horus.be/files/99909/MediaArchive/pdf/disability%20and%20social%20exclusion%20in%20the%20eu.pdf>, accessed 28 December 2009).

Evcil E, Ergin F, Beser E (2006). Home accidents in the elderly in Turkey. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 209: 291–301.

Gyorgy U et al. (2005). Roma Colonies in Hungary – Medical Care of Children and Hygienic Conditions. *Orvosi hetilap [Hungarian Medical Journal]*, 146(15):691–699.

Holmen TL et al. (2002). Gender differences in the impact of adolescent smoking on lung function and respiratory symptoms. The Nord-Trondelag Health Study, Norway, 1995–1997. *Respiratory Medicine*, 96(10):796–804.

Lee JW (2005). Public health is a social issue. *Lancet*, 365(9464):1005–1006.

Lynn H (2009). *Linking breast cancer and our environment: politics and prevention*. Women in Europe for a Common Future, Utrecht, The Netherlands.

Martuzzi M, Mitis F, Forastiere F (2010). Inequalities, inequities, environmental justice in waste management and health. *European Journal of Public Health*, 20(1):21–26.

OMS (2004) : Déclaration. *Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé. Budapest (Hongrie), 23-25 juin 2004*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<http://www.euro.who.int/document/e83336.pdf>, consulté le 1^{er} février 2010).

OMS (2009c). *Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité »*. Tallinn (Estonie), 25-27 juin 2008 : rapport. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/Document/E92349.pdf?language=French>, consulté le 1^{er} février 2010).

Rotko T et al. (2000). Sociodemographic descriptors of personal exposure to fine particles (PM_{2.5}) in EXPOLIS Helsinki. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, 10:385–393.

Sepkowitz KA (2006). Health of the world's Roma population, *Lancet*, 367(9524):1707–1708.

TajWSS Newslines (2009). *Tajikistan Water Supply and Sanitation project Newslines*. 1, 15 January 2009. Project newsletter issued by the Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) and OXFAM.

Whitehead M, Dahlgren G (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up (part 1)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>, accessed 18 January 2009).

WHO (2007). Main recommendations and conclusions of the Intergovernmental Midterm Review (IMR). *24th Meeting of the European Environment and Health Committee (EEHC). 25–26 October 2007, Bonn, Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/document/eehc/24th_eehc_bonn_edoc9rev2.pdf, accessed 28 December 2009).

WHO (2009a). *Environment and health risks: the influence and effects of social inequalities. Report of an expert group meeting. Bonn, Germany 9–10 September 2009*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/E93037.pdf>, accessed 28 December 2009).

WHO (2009b). *Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region. Report of a WHO meeting. Oslo, Norway, 1–2 April 2009*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo_report.pdf, accessed 28 December 2009).

WHO (2009d). Socioeconomic Inequalities – Scenarios, recommendations and Tools for Action. In: *Third High-Level Preparatory Meeting. Bonn, Germany, 27–29 April 2009*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/Document/EEHC/29th_EEHC__Bonn_edoc15.pdf, accessed 15 October 2009).

WHO (2010). Environment and health risks: a review on the influence and effects of social inequalities. In: *Fifth Ministerial Conference on Environment and Health. Parma, Italy, 10–12 March 2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'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
Ex-République yougoslave
de Macédoine
Fédération de Russie
Finlande
France
Géorgie
Grèce
Hongrie
Irlande
Islande
Israël
Italie
Kazakhstan
Kirghizistan
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Monaco
Monténégro
Norvège
Ouzbékistan
Pays-Bas
Pologne
Portugal
République de Moldova
République tchèque
Roumanie
Royaume-Uni
Saint-Marin
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Suède
Suisse
Tadjikistan
Turkménistan
Turquie
Ukraine

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17 Fax : +45 39 17 18 18 Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int