



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



50^e CONSEIL DIRECTEUR 62^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010

Point 4.15 de l'ordre du jour provisoire

CD50/19, Add. I (Fr.)
15 septembre 2010
ORIGINAL : ESPAGNOL

TABLE RONDE SUR L'URBANISME ET LA VIE SAINE (Document de référence pour le débat)

Urbanisme : un défi pour la santé publique

1. La mégatendance des villes à l'intégration et à la croissance démographique répond en partie à la dynamique culturelle, économique et politique concentrée dans ces espaces. Le résultat de cette tendance est que, depuis 1975, la population des mégavilles (villes de plus de 10 millions d'habitants) a triplé; de façon générale, c'est là une situation qui s'est produite également dans les villes de plus d'un million d'habitants (1). Le monde s'urbanise à un rythme sans précédent: en 1900, 13% de la population mondiale (220 millions) résidait dans des villes; en 1950, la population urbaine était de 29,1 % (732 millions); alors qu'en 2005, 49% de la population vivait dans des zones urbaines, soit 3 171 millions de personnes (2). Cette tendance est très prononcée dans les Amériques, région qui présente le plus fort taux d'urbanisation et d'agglomération des villes du monde entier; ceci se traduit par une augmentation du nombre de villes petites, moyennes et grandes, et leur agglomération en zones métropolitaines et en mégalopolis. En Amérique latine et dans les Caraïbes, il s'est produit une transition précoce et accélérée en comparaison avec d'autres régions au développement similaire, passant, en 1959, de 42% de la population urbaine par rapport au total de la population, à 77 % en 2005 (1).

2. La proportion des villes de plus de 20 000 habitants est plus grande en Amérique latine qu'en Europe. En 2010, 79,4 % de la population de la Région des Amériques vivent dans des zones urbaines et on prévoit que la plus grosse partie de la croissance démographique future s'observera dans les villes (2). Dans la Région des Amériques, six des zones urbaines les plus grandes sont des mégacités et se répartissent comme suit: deux au Brésil (São Paulo et Rio de Janeiro), deux aux États-Unis d'Amérique (New York et Los Angeles), une en Argentine (Buenos Aires) et une au Mexique (Mexico).

D'autres villes importantes sont Bogota (Colombie) et Lima (Pérou), chacune d'elles comptant plus de huit millions d'habitants, suivies de Santiago (Chili) et de Belo Horizonte (Brésil), avec six millions d'habitants chacune (2). Quand bien même ces grandes agglomérations urbaines continuent de croître, les villes de taille intermédiaire de la Région (avec des populations de deux à cinq millions, en général) connaissent actuellement les taux de croissance démographique les plus forts.

3. Le niveau socio-économique et politique des villes de taille intermédiaire de la Région est inférieur à celui des grands centres métropolitains. Une étude de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) sur la pauvreté et les conditions de vie précaires dans les villes de la Région révèle que, depuis 1995, la plus forte proportion de familles pauvres se trouve dans les villes de taille intermédiaire (3). En 2001, 127 millions de personnes qui représentent 33% de la population de la Région vivaient dans des quartiers pauvres, c'est-à-dire 35% de la population de l'Amérique du Sud et 24 % de la population d'Amérique centrale et des Caraïbes (4).

4. Les villes attirent par leur potentiel d'amélioration de la qualité de vie et du bien-être humain (2). C'est dans les villes que se retrouvent des économies d'échelle et la disponibilité éventuelle de services éducatifs, de connaissances, de services médicaux, d'aliments, en plus fait que la croissance industrielle fournit des possibilités d'emploi rémunéré. La concentration tant de technologie et d'intrants que de professionnels pour la prestation des services de soins médicaux dans la Région est très inégale entre le milieu urbain et le milieu rural. Par exemple, il y a de 8 à 10 fois plus de médecins dans les villes que dans le milieu rural (5) : en Argentine, le coefficient est de 10:1, au Paraguay de 16:1, au Nicaragua de 27:1, au Pérou de 5,3 :1 et en Colombie de 2,4:1 (6). Au Canada, en 2004, seulement 9,4% des médecins travaillaient dans les zones rurales, où réside 21,1% de sa population. En 2005, un examen conduit par un département de la santé a indiqué une concentration équivalente à 80% de tous les médecins et de 87% des spécialistes dans les villes où vit seulement 59% de la population (7). En général, aux Etats-Unis d'Amérique, le coefficient urbain-rural de médecins de soins primaires en santé pour l'année 2005 est de 5:1, alors que celui des spécialistes est de 2.4:1 (8); au Mexique, une étude de 2005 a montré que l'Etat de Chiapas, avec 54% de la population rurale, avait 0,79 médecins pour 1 000 habitants, alors que la Ville de Mexico, avec 99,5% de la population urbaine avait 3,03, c'est-à-dire un coefficient de 3.8:1 (9). Un rapport de 2002 en Uruguay vient compléter le panorama (10). Le Brésil dispose de 6 médecins pour 10 000 habitants dans la Région Norte, 8 pour 10 000 dans le Nordeste et 21 pour 10 000 dans le Sudeste; au Guatemala, le coefficient rural-urbain est de 4:1; en Argentine, le coefficient entre la ville de Buenos Aires et de la Terre de Feu est de 10,13:1. Ainsi la population de la ville atteint des niveaux de revenus plus élevés ; en 2007, en Amérique latine, le niveau de pauvreté de la population rurale était de 53 %

supérieur à celui de la population urbaine (2). La majorité des personnes des grandes villes ont accès aux services de base ; les personnes vivent plus longtemps, l'espérance de vie moyenne est maintenant de 75 ans. La majorité peut se permettre de consommer des biens durables comme des téléviseurs et des instruments de musique, et un nombre sans cesse croissant de villes construisent des parcs et des lieux de loisirs (2).

5. Dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes (ALC), le processus de croissance accéléré et inattendu dépasse les capacités de prestation de ces services, alors que dans les villes, la complexité et la turbulence d'un monde interdépendant et inégal se trouvent exacerbées. Même s'il y a également une plus grande disponibilité de services, on note dans les villes une plus grande souplesse et plus d'insécurité dans le monde du travail, et les inégalités intra-urbaines s'intensifient pour ce qui est de l'accès aux services d'infrastructure (2), de logements et d'économie. L'urbanisation inattendue est la source de graves préoccupations pour certaines populations vulnérables, et elle crée rapidement une crise humanitaire. C'est ainsi que cette année, 30,8 % des habitants des zones urbaines d'Amérique latine et des Caraïbes vivent dans des quartiers pauvres qui manquent des services publics de base (2). Dans ces quartiers, il n'y a pas de services d'eau et d'assainissement, d'élimination des ordures, de transports, d'énergie, de soins de santé, d'éducation ni de protection contre la pauvreté, la violence, les lésions, ni face aux taux élevés de morbidité et de mortalité.

6. Le contexte "urbain", qui pose tant de défis, reflète également la perméabilité des sociétés, la complexité des programmes politiques, ainsi que la prolifération des réseaux et coalitions qui exercent leurs pouvoirs et leurs influences (11). L'urbanisation ne différencie pas seulement les populations en termes de la dichotomie traditionnelle du "rural" et de l'"urbain", mais elle intensifie en plus l'hétérogénéité dans les conditions qui déterminent la situation de la santé de ses habitants, tant dans leur distribution et leur inégalité que dans leur dynamique. Ces différences ne s'identifient pas toujours dans les données que recueillent et gèrent les ministères de la santé (12) vu qu'ils traitent toute la population comme un ensemble homogène; vu que l'information et les différences démographiques n'ont pas pu être visualisées, la réponse du système de santé ne s'est pas différenciée suffisamment par rapport à la condition urbaine et à ses gradients sociaux, et ne permet pas non plus de générer les arguments pour une interaction avec les intéressés directs.

7. Les immeubles, les transports, la fourniture d'énergie, l'industrie, la demande de transport des aliments et la gestion de résidus des villes laissent une profonde trace climatique. (13). De la même manière, les villes des Amériques sont exposées aux répercussions sur la santé qui dérivent des ouragans, des vecteurs qui transmettent des maladies, de températures extrêmes et autres. On calcule que les catastrophes naturelles liées au changement climatique coûtent aux pays affectés près de 0,6 % de leur PIB (14).

Dans certains pays comme le Brésil, on a pu déterminer que les établissements de santé consomment près de 10 % du total de l'énergie produite dans le pays (15). C'est pourquoi, dans le Rapport de l'OPS « La protection de la santé contre les effets du changement climatique dans la Région des Amériques » (15), on a inclus les éléments d'un plan régional dont les actions servent de cadre aux plans nationaux (16) ; on recommande, entre autres, explicitement les actions destinées à la protection de la santé en milieu urbain. Le traitement des défis actuels et futurs complexes que présentent les contextes urbains pour la santé humaine et environnementale exige un changement de notre façon de penser et d'agir relativement au rôle de la société en ce qui a trait à la composante « urbaine » et, de plus, une meilleure compréhension des forces et des relations qui donneront forme aux villes à long terme.

La charge de la composante “urbaine” sur la santé

8. Dans les villes, la population ne se répartit pas uniformément, et encore moins dans le contexte latino-américain (2). On observe des différences entre les zones résidentielles pour les riches et pour les pauvres, avec des logements formels et informels, et nombre de ceux-ci sont érigés dans le cadre de processus d'auto-construction. Donc, ces logements ont une accessibilité et une abordabilité différentes aux services urbains, avec le résultat que l'eau potable est toujours rare dans trois foyers sur quatre de certains pays d'Amérique latine, et les égouts sont déficients dans 50 % des foyers (2). L'augmentation des établissements irréguliers dans la Région a eu pour conséquence que près de 50 % de la population y vit (18). La structure et l'extension de ce type d'établissements compliquent les relations sociales, familiales, communautaires et entre les sexes, ce qui se résume à une attraction croissante pour les mouvements migratoires, pour modifier considérablement l'appui social disponible.

9. La distribution des déterminants immédiats de la santé varie beaucoup entre les populations urbaines, ce qui inclut, entre autres, l'accès aux services de santé, aux aliments adéquats en ce qui concerne la qualité et le prix ; la possibilité d'espace pour pratiquer les activités physiques (20) ; la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites ; l'exposition à des substances chimiques toxiques (19). Les conditions de transport et de production urbaines entraînent des changements dans la qualité de l'air, de l'eau et du sol (19). Malgré le fait que nous ne disposons pas d'information détaillée pour la Région, l'insécurité sur les routes est évidemment plus grande dans les villes, et pire avec moins d'organisation.

10. De cette manière, la composante “urbaine” génère une charge spécifique pour les services de soins de santé, vu qu'ils doivent assurer une certaine équité pour faire front aux maladies chroniques non transmissibles, comme le cancer, le diabète, les troubles respiratoires, cardiovasculaires, les maladies mentales et celles qui résultent des milieux

favorables aux maladies transmissibles, comme les maladies transmises sexuellement, le VIH/SIDA, la dengue, la fièvre jaune et la tuberculose, entre autres. La tendance à l'obésité dans la région de l'ALC est plus élevée dans les zones urbaines et celles où le taux de pauvreté est plus fort (21). La composante "urbaine" est également un facteur déterminant des lésions subies dans les accidents de la route qui, dans la Région, n'entraînent pas moins de 3,2 % des AVAI (années de vie ajustées en fonction de l'incapacité) et la violence. Le taux des homicides dans la Région, 27,5/100 000, est le plus élevé au monde (2). Sa détermination sociale a été étudiée et on a pu documenter des taux de mortalité de 23 à 62 pour 100 000 habitants dans des lieux de pauvreté moyenne et élevée, conjointement à une forte densité urbaine, chiffre beaucoup plus élevé que là où il y a peu de pauvreté et des niveaux élevés d'urbanisation dont les taux oscillent entre 3,0 et 7,7 par 100 000 habitants (22). Les lésions et la violence contribuent à la perception d'insécurité avec des répercussions sur les troubles mentaux (anxiété et dépression) chez les personnes et les familles qui résident dans les quartiers pauvres des villes (11).

Le coût de la composante "urbaine" pour la santé

11. Les conditions de la vie urbaine ont des coûts sociaux, financiers et politiques pour les systèmes de santé et pour les familles mêmes. En abordant le sujet des conditions de la vie urbaine, il faut tenir compte du fait qu'il s'agit d'un problème de grande échelle en raison du nombre de personnes affectées et de la vulnérabilité des villes. À titre d'exemple, il convient de mentionner les impacts de la contamination de l'air, qui coûtent annuellement à la ville de São Paulo quelques 28 212 années de vie saine (23); la concentration des personnes à Mexico a accéléré la contagion interpersonnelle et la propagation de la grippe A (H1N1), ce qui a coûté au pays à peu près 0,5% de son PIB (24); les inondations comme celles qui se sont produites à la Nouvelle-Orléans, États-Unis d'Amérique, et les tremblements de terre, comme ceux de Port-au-Prince, Haïti, et du Chili. La principale responsabilité sociale et politique de donner une réponse pour protéger les personnes dans ces conditions appartient aux autorités et aux services de santé, qui doivent être en tête de file de toute intervention sociale et intersectorielle pertinente.

La pertinence d'influer sur l'avenir des villes à partir du secteur de la santé

12. Le milieu construit par l'homme définit la situation de la santé. Dans la région de l'ALC, il y a une combinaison de villes, certaines très bien établies et d'autres où se déroule un processus de régularisation des établissements irréguliers; ce processus implique des décisions politiques en matière de construction de nouveaux logements, d'assainissement de base, de formulation d'options pour les transports, l'énergie, la gestion des déchets et l'industrialisation. Une fois que l'infrastructure a été construite, sa

modification peut s'avérer très coûteuse ; elle définit dans une grande mesure le caractère et la culture de la société, ses relations, l'impact sur la qualité environnementale et les résultats de la santé de sa population.

13. En raison de la phase de développement dans laquelle se trouvent les villes des pays de la Région, il y a une grande opportunité pour générer un concept plus favorable pour la santé de la population. par conséquent, avoir maintenant une incidence sur la définition de l'avenir de la ville est un investissement qui se voit à court et à moyen terme et influe sur le niveau de bien-être, sur la qualité de vie, sur la capacité fonctionnelle et sur la santé de la population. La capacité de planification urbaine continue d'être limitée dans toute la Région. Dans l'ensemble de l'Amérique latine, il y a à peine 27 écoles universitaires avec des programmes de planification urbaine, en comparaison avec 88 aux États-Unis seulement. Les ministères de la santé doivent exercer une fonction primordiale dans les activités de planification urbaine (20) en la reliant aux critères de santé publique qui va au-delà de la distribution géographique traditionnelle des services de soins médicaux ; ce lien doit être structuré à partir de ses fondations juridiques jusqu'à son exécution. Dans ce contexte, il faut considérer les guides récemment produits par l'OMS (25) qui comportent les schémas formatifs, les incitations financières, les mécanismes réglementaires et autres incitations non financières pour développer la pratique rurale, et les modèles pour lier fonctionnellement le milieu rural aux services médicaux urbains, comme cela est intenté avec les propres réseaux de services de soins médicaux sous le contrôle direct des ministères de la santé, reliant virtuellement les services spécialisés (26) ou à travers de méthodes de planification de réseaux à moyen et long terme avec comme objectif celui de rapprocher davantage les services de la population (27).

La réponse au sein du secteur même de la santé

14. Au sein du secteur de la santé proprement dite, il est nécessaire d'avoir des modèles adéquats pour les services de soins de santé qui répondent aux ressources et aux défis posés par la complexité de la composante urbaine. Il faut disposer de services qui se rapprochent de la population au bon moment, qui peuvent se déplacer facilement, en particulier en matière de soins primaires, qui sont dotés de personnel dûment formé pour travailler dans les milieux urbains et qui utilisent des technologies qui contribuent à une réduction des inégalités. Ceci est particulièrement important dans le cas des programmes focalisés de réduction de la pauvreté (28), des programmes de santé pour l'industrie et les services de santé dans les écoles et les universités. Les modèles doivent aborder les capacités sociales et institutionnelles, ainsi que les besoins de la population urbaine pour maintenir la santé. Les activités de promotion et de réglementation des déterminants environnementaux doivent également répondre aux conditions urbaines, ainsi qu'à leur propre empreinte environnementale.

Réponse d'autres secteurs qui est motivée par la santé

15. Les ministères de la santé doivent développer leur capacité d'influer sur les déterminants de la santé qui sont gérés par d'autres secteurs, et réduire à l'origine la plus grosse charge de la maladie. Pour cela, ils doivent exercer leur fonction directrice y compris dans ce domaine (29) la génération d'information et la vigilance en matière de santé urbaine, en élaborant des indicateurs socio-économiques qui montrent les différences à l'intérieur des villes et relativement au reste de la nation; produire des guides et des normes sur la santé pour les inclure dans la planification et le développement urbains; incorporer les méthodologies d'analyse d'impact sur la santé dans la formulation des politiques, des programmes et des projets de développement urbaine. Les ministères de la santé doivent tirer parti du propre contexte des administrations des villes qui regroupent de multiples secteurs sous l'autorité d'un maire ou d'un gouverneur pour y insérer la perspective de la santé (30).

Mesures suivantes

16. Dans la discussion de la table ronde, les ministres devront analyser l'opportunité que présentent les villes pour essayer d'améliorer la santé à l'échelle des grandes populations qui s'y concentrent : l'avantage peut être substantiel. Pour cela, il faudra discuter les éléments qui sont nécessaires pour définir une politique de santé urbaine et qui servent à intégrer les critères de santé publique dans la planification des villes. Dans cette action directrice, il faut envisager des systèmes de surveillance de la santé qui différencient la condition sociale de leurs populations et le degré d'urbanisation dans lequel elles vivent ; la conception et l'opération novatrices de leurs propres services avec des modèles différents pour les personnes et les familles qui vivent dans le contexte urbain. Pour que les ministères exercent leur fonction directrice, ils devront envisager l'incorporation de l'analyse de l'impact qu'ont sur la santé les activités d'autres secteurs et avec ça, faire des efforts intégrés en vue d'une promotion d'une meilleure qualité de vie des populations urbaines. Il appartient au ministère de la santé de servir d'élément catalyseur de ce travail multisectoriel, avec son appui technique et avec les normes et lignes directrices pertinentes. Nous espérons que les ministères de la santé puissent définir la nécessité d'une stratégie ou d'un plan régional que le Bureau puisse mettre en pratique afin qu'il serve de cadre aux processus futurs et oriente mieux son travail.

Références

1. FNUAP. État de la population mondiale 2007. Libérer le potentiel de la croissance urbaine. Fonds des Nations Unies pour la population. New York, 2007
2. ONU-HABITAT. Estado de las ciudades en America Latina y el Caribe. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos, Río de Janeiro, ONU-HABITAT 2010
3. MacDonald J. La otra agenda urbana: tareas, experiencias y programas para aliviar la pobreza y precariedad en las ciudades de América Latina y el Caribe. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes des Nations Unies. Santiago: CEPAL: 2005.
4. Kjellstrom T, Mercado S, Sami M, Havemann K, Iwao S. Achieving Health Equity in Urban Settings. *J Urban Health* 2007; 84(1): i1-i6.
5. Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017. Ciudad de Panamá, Panamá, juillet 2007
6. OPS. Salud en las Américas 2007. Organización Panamericana de la Salud. Scientific and Technical Publication N.º 622, Washington D.C., USA
7. MDH. Demographics of Physicians, Nurses and Dentists: Urban-Rural Comparisons of Minnesota's Health Care Workforce. Office of Rural Health & Primary Care Health Workforce Analysis Program. Minnesota Department of Health, St. Paul, MN, novembre 2005.
8. Reschovsky JD, Staiti A. Physician Incomes in Rural and Urban America CSHSC Issue Brief, janvier 2005
9. Nigenda G, Ruiz JA., Bejarano R. Educational and labor wastage of doctors in Mexico *Human Resources for Health* 2005, 3:3 doi:10.1186/1478-4491-3-3
10. Lazarov L, Lorente JL., Turnes AL. Numero de medicos en Uruguay: Elementos para un análisis. Diciembre 10, 2002 Puede obtenerse de: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/estadistica/numeromedicos.pdf>
11. World Bank. The urban poor in Latin America / Marianne Fay (editor). Washington DC 2005. À consulter sur le site suivant : <http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPURBDEV/Home/20843636/UrbanPoorinLA.pdf>
12. PAHO. First meeting of the Pan American Regional Health Forum on Urban Health: *Human Resources for Health* 2005, 3:3 doi:10.1186/1478-4491-3-3. Toward a conceptual framework on urban health and agenda for action in the Americas; November 27-29, 2007; Mexico. Washington, D.C. Organisation panaméricaine de la santé ; 2008 [site consulté le 15 avril 2010]. À consulter sur le site suivant : <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd68/foroeng.pdf>.
13. WHO. What WHO is doing for climate and health. [Site consulté le 20 août 2010] http://www.who.int/globalchange/health_policy/who_workplan/en/index.html

14. World Bank. The politics of climate change in Latin America. [Site consulté en août 2010] À consulter sur le site suivant:
<http://www.latinocambio.com/2009/05/latin-america-and-climate-change-crisis.html>
15. WHO Healthy Hospitals-Healthy Planet- Healthy People. WHO and Health Care without Harm. Discussion Draft. À consulter sur le site suivant:
http://www.who.int/globalchange/publications/climatefootprint_report.pdf
16. OPS. Rapport officiel “La protección de la salud contra los efectos del cambio climático en la Región de las Américas: Pasar de las pruebas a la acción” Anexo A de la Mesa Redonda sobre Cambio Climático y sus Repercusiones para la Salud Pública: Una Perspectiva Regional. CD48/16. 22 août 2008
17. OPS Rapport final. Mesa Redonda sobre Cambio Climático y sus Repercusiones para la Salud Pública: Una Perspectiva Regional. CD48/16. 30 septembre 2008
18. ONU-Habitat. Le défi des bidonvilles : rapport mondial sur les établissements humains (2003). À consulter sur le site suivant:
<http://www.unhabitat.org/downloads/docs/GRHS.2003.pdf>
19. Knowledge Network on Urban Settings. Our cities, our health, our future. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, 2008. À consulter sur le site suivant :
http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_report_16jul07.pdf
20. GRNUHE. GLOBAL RESEARCH NETWORK ON URBAN HEALTH EQUITY. Improving urban health equity through action on the social and environmental determinants of health. Rapport final, juillet 2010. À consulter sur le site suivant : <http://www.ucl.ac.uk/gheg/GRNUHE>
21. Kain J., et a. Tendencias en la obesidad y factores determinantes en América Latina Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S77-S86, 2003
22. Briceño León, R. et al. Understanding the uneven distribution of the incidence of homicide in Latin America. International Journal of Epidemiology 2008; 37:751-757
23. Miraglia SG, Saldiva PH, Böhm GM. An evaluation of air pollution health impacts and costs in São Paulo, Brasil. Environ Manage. 2005 mai;35(5):667-76.
24. Stern AM, Markel H What Mexico Taught the World About Pandemic Influenza Preparedness and Community Mitigation Strategies JAMA. 2009;302(11):1221-1222
25. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. World Health Organization. Geneva, 2010
26. Southon G. The role of professional networks in radiology services. Rev Panam Salud Pública. 2006; 20(2/3):99–103.

27. DGPS. Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud: Red de Servicios De Atención a la Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad. Secretaría de Salud de México, D.F. Noviembre del 2003.
28. Rawlings LB, Rubio GM Evaluating the Impact of Conditional Cash Transfer Programs The World Bank Research Observer 2005 20(1):29-55; doi:10.1093/wbro/lki001
29. OPS. Santé dans les Amériques, 2007. Publication scientifique et technique n° 622. Washington D.C. 2007
30. Stahl T., et al. Health in All Policies. Prospects and potentials on Health Systems and Policies. The European Observatory on Health Systems and Policies. Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2006. À consulter sur le site suivant : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf

- - -