



Panorama de la santé en France 2004

Les *Panoramas de la santé* donnent une vue d'ensemble de la situation sanitaire d'un pays en présentant des données récentes sur la morbidité, la mortalité et l'exposition aux principaux facteurs de risque, ainsi que les tendances observées dans le temps. Ces rapports relient les constatations effectuées dans chaque pays à des considérations relatives à la politique de santé publique présentées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et par d'autres organismes compétents. Les *Panoramas sur la santé* sont élaborés en coopération avec les États membres et ne constituent pas une publication statistique officielle.

Dans la mesure du possible, chaque rapport compare en outre la situation du pays concerné à celle d'un groupe de référence. Dans le cas du présent rapport, il s'agit du groupe appelé Eur-A par l'OMS et composé des 27 pays enregistrant une très faible mortalité infantile et une très faible mortalité des adultes. Le groupe Eur-A comprend l'Allemagne, Andorre, l'Autriche, la Belgique, Chypre, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Luxembourg, Malte, Monaco, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la République tchèque, le Royaume-Uni, Saint-Marin, la Slovénie, la Suède et la Suisse.

Afin de permettre des comparaisons aussi valables que possible, l'OMS s'est donné pour règle de recueillir les données auprès d'une source unique, de sorte que ces données soient harmonisées de façon raisonnablement cohérente. Sauf indication contraire, les données contenues dans les rapports sont issues de la base de données de la Santé pour tous du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Les autres données et informations font l'objet d'une mention particulière.

Mots clés :

ÉTAT SANITAIRE
MODE DE VIE
DELIVRANCE SOINS
ÉTUDE COMPARATIVE
FRANCE

EUR/05/5058519
<http://www.euro.who.int/highlights>

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 Copenhagen 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 de l'OMS pour l'Europe à l'adresse suivante : <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Organisation mondiale de la santé 2006

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe 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. L'expression « pays ou zone » utilisée comme en-tête dans certains tableaux, désigne aussi bien des pays, des territoires, des villes que des zones. 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. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication sont complètes ou exactes, et ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable de dommages qui pourraient découler de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs ou rédacteurs ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou sa politique.

Table de matières

	<i>Page</i>
Résumé : constatations et considérations concernant la politique à mener	1
Informations démographiques	5
Profil de la population	5
Populations vulnérables	6
Charge de morbidité	8
Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé	8
Mortalité	10
Mortalité néonatale et infantile	10
Surmortalité	11
Principales causes de décès	13
Années de vie corrigée du facteur invalidité	19
Principaux facteurs de risque	19
Tabac	20
Alcool	21
Surcharge pondérale	24
Activité physique	26
Consommation de fruits et de légumes	26
Maladies	27
Cancer	27
Infection à VIH	28
Hépatite C	29
Tuberculose	29
État de santé : données autodéclarées	31
Système de santé	32
Organisation du système de santé	32
Financement et dépenses en soins de santé	32
Dispensation de soins de santé	33
Problèmes et perspectives	34
Références	36
Annexes	42
Annexe. Pyramide des âges	42
Annexe. Données de la mortalité	43
Annexe. Mortalité	44
Annexe. Total des dépenses de santé par habitant	46
Annexe. Ressources en soins de santé	47
Notes techniques	48
Glossaire	50

Résumé : constatations et considérations concernant la politique à mener

Espérance de vie

Les Françaises ont l'une des espérances de vie les plus longues du groupe Eur-A (près de 84 ans), tandis que pour les Français, ce chiffre se situe dans la moyenne du groupe (76 ans). Le nombre de bébés mourant au cours de leur première année est légèrement inférieur à celui du groupe Eur-A. Globalement, la surmortalité est surtout concentrée chez les jeunes, alors que le taux de mortalité chez les personnes âgées est généralement plus faible que les moyennes du groupe. En 2030, une personne sur quatre en France aura 65 ans ou plus. Toutefois, le taux de natalité est en nette augmentation, alors que celui du groupe Eur-A reste stable.

Alors que la durée de la vie s'allonge, les personnes âgées peuvent apporter à leur mode de vie des changements susceptibles de leur assurer davantage d'années de vie en bonne santé. Les systèmes de soins de santé doivent donc accorder une place plus importante aux soins gériatriques, à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques et à l'organisation des soins au long cours. Compte tenu du vieillissement de la population, les mesures d'amélioration de la santé et de prévention des maladies doivent être axées sur les personnes en âge de travailler.

Vieillesse et politiques de l'emploi (OCDE, 2004a)

Quels sont les principaux facteurs de risque responsables de l'invalidité chez les personnes âgées et quelles sont les mesures préventives ? (Réseau des bases factuelles en santé, 2003a)

Principales causes de décès

Les personnes vivant en France meurent moins souvent du fait des principales maladies non transmissibles que celles vivant dans les pays du groupe Eur-A. En particulier, la population française connaît depuis longtemps le plus faible taux de mortalité par maladies cardiovasculaires du groupe, même si ces maladies sont tout de même responsables de 27 % des décès. Le cancer est donc la plus importante cause de décès (près d'un sur trois), bien que les taux soient comparables aux moyennes du groupe Eur-A et que l'incidence de cette maladie soit inférieure en France. Le cancer représente entre 10 et 15 % de la charge totale de morbidité. Les taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes âgés de 30 à 59 ans figurent parmi les plus élevés et augmentent rapidement chez les femmes appartenant aux mêmes groupes d'âge (ceux des femmes âgées de 30 à 44 ans ont même dépassé la moyenne du groupe Eur-A). Selon les estimations, l'incidence du cancer du poumon chez les femmes est 60 % supérieure à celle du groupe Eur-A.

La dispensation de soins préventifs par le système de soins de santé primaires d'un pays peut améliorer la mortalité toutes causes confondues et la mortalité prématurée, notamment celle due aux maladies cardiovasculaires.

A strategy to prevent chronic disease in Europe: a focus on public health action: the CINDI vision (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004e)

La stratégie européenne sur les maladies non transmissibles (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004h)

Quels sont les avantages et les inconvénients de restructurer un système de soins de santé de manière à ce qu'il soit plus axé sur les services de soins primaires ? (Réseau des bases factuelles en santé, 2004a)

Santé mentale et suicide

En France, si les décès imputables aux traumatismes sont moins fréquents que lors des précédentes décennies, leur nombre est encore 40 % supérieur à la moyenne du groupe Eur-A et ils représentent une charge de morbidité plus importante que les maladies cardiovasculaires pour les hommes. Un tiers des traumatismes mortels sont dus aux suicides, dont le nombre est 60 % supérieur à celui du groupe Eur-A,

aussi bien chez les Françaises que chez les Français et même aux âges extrêmes de la vie. Les suicides sont trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Une meilleure reconnaissance et un meilleur suivi des troubles dépressifs peuvent avoir des conséquences positives, notamment la diminution des taux de suicide. La mise en place de programmes thérapeutiques complets traitant des aspects de dépendance et de dépression liés à l'alcoolisme s'est avérée efficace.

Comme c'est le cas dans le reste des pays du groupe Eur-A, les troubles neuropsychiatriques représentent la charge de morbidité la plus lourde, toutes maladies confondues, qui pèse sur la population française (jusqu'à un tiers de la charge totale en ce qui concerne les Françaises), en raison de l'invalidité qu'ils entraînent dans la vie quotidienne. La mortalité imputable aux troubles neuropsychiatriques a augmenté de moitié depuis 1995 et elle est aujourd'hui supérieure de 40 % à la moyenne du groupe Eur-A. Après l'âge de la retraite, la maladie d'Alzheimer et les autres maladies dégénératives sont responsables d'un tiers de cette mortalité. Le taux de mortalité due à la maladie d'Alzheimer chez les Français des deux sexes est supérieur de 60 % à celui du groupe Eur-A et il a fait un bond de 70 % entre 1997 et 2000. Ce phénomène s'explique par un ensemble de facteurs tels que l'allongement de la durée de vie, la baisse de la mortalité due aux maladies les plus meurtrières comme les maladies cardiovasculaires et le cancer, ou encore l'amélioration des pratiques en matière de codification de ces maladies.

Cette maladie et les autres maladies dégénératives ont des effets importants sur la santé mentale. Les chances d'éviter les maladies aboutissant à la démence chez les personnes âgées sont limitées. Il existe des soins curatifs, mais uniquement pour certaines pathologies rares. On peut ralentir l'évolution de la maladie d'Alzheimer et agir sur ses symptômes comportementaux grâce à de nouveaux médicaments et à une prise en charge de la dépression, souvent concomitante. De nombreux pays ont élaboré des politiques visant à améliorer la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence et à apporter un soutien à celles qui s'en occupent.

Mental health in Europe: country reports from the WHO European network on mental health (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001a)

Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care: proposal for analytical study (Knapp et al., 2004)

Projet Atlas : cartographie des ressources pour la santé mentale dans le monde (OMS, 2003c)

Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs (OMS, 2001)

Traumatismes imputables aux accidents de la circulation

Les accidents de la circulation entraînent la mort de 12 personnes sur 100 000 en France, soit 20 % de plus que dans le groupe Eur-A. L'adoption par les services publics de politiques plus strictes a permis de réduire de 21 % le nombre de blessures mortelles sur la route entre 2002 et 2003, mais les jeunes âgés de 15 à 29 ans continuent de mourir prématurément, les groupes les plus exposés étant les hommes ainsi que les conducteurs de motos ou de cyclomoteurs.

Autrefois, les traumatismes, et en particulier ceux dus aux accidents de la circulation, n'étaient pas pris en compte car ils étaient considérés comme une fatalité. Aujourd'hui, on sait qu'ils sont évitables. Les ceintures de sécurité, les sièges-auto pour enfants, les casques de moto, les conducteurs désignés (qui ne boivent pas), la réduction de la vitesse au volant, entre autres mesures, se sont avérées efficaces.

A 5-year WHO strategy for road traffic injury prevention (WHO, 2001a)

French road safety policy (Observatoire national interministériel de sécurité routière, 2004a)

Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe (Racioppi et al., 2004)

World report on road traffic injury prevention (Peden et al., 2004)

Tabac

Le nombre de cigarettes fumées par les Français est inférieur de 19 % à celui du groupe Eur-A. La prévalence du tabagisme reste stable chez les adultes et les jeunes, mais on observe chez les garçons une prévalence supérieure à la moyenne du groupe Eur-A.

Afin de réduire le tabagisme dans l'ensemble de la population, les responsables de l'élaboration des politiques doivent en permanence augmenter les taxes sur le tabac et les politiques en matière d'arrêt du tabac doivent viser les groupes vulnérables. La diminution du nombre de fumeurs chez les adultes par l'arrêt du tabac est économiquement efficace du point de vue de la santé publique à court et à moyen terme.

Stratégie européenne pour la lutte antitabac (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002b)

Base de données européenne sur la lutte antitabac [base de données en ligne] (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004f)

Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus économiques en matière de lutte contre le tabagisme ? (Réseau des bases factuelles en santé, 2003c)

WHO European strategy for smoking cessation policy (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003)

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (OMS, 2003d)

Alcool

La consommation d'alcool diminue en France mais elle figure toujours parmi les plus élevées du groupe Eur-A. La mortalité imputable à cette consommation a baissé plus rapidement en France que dans le reste du groupe, mais elle reste un tiers supérieure à la moyenne. Les chiffres de la cirrhose du foie sont descendus au niveau de la moyenne du groupe Eur-A.

La consommation d'alcool varie d'un pays à l'autre et entre les groupes de population au sein d'un même pays. Les pratiques de consommation déterminent les niveaux de problèmes liés à l'alcoolisme et ont une incidence sur les choix en matière de politiques de lutte contre l'alcoolisme. En règle générale, on parvient à réduire efficacement la consommation d'alcool et ses effets nuisibles en augmentant les prix et les taxes sur l'alcool, en diminuant l'offre d'alcool, en limitant les horaires d'ouverture des points de vente et en abaissant l'âge autorisé pour la consommation de boissons alcoolisées. La plupart des mesures en matière d'alcool au volant sont également efficaces. En revanche, les marchés communs et les accords commerciaux internationaux ont porté un coup à la capacité des décideurs nationaux de mettre en place des politiques nationales en matière d'alcool. Il est à noter que plusieurs pays de l'Union européenne prennent les mêmes orientations en termes de taxation de l'alcool.

Base de données européenne sur la lutte contre l'alcool [base de données en ligne] (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004e)

Alcool: no ordinary commodity. Research and public policy (Babor et al., 2003)

Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus rentables en matière de lutte contre l'alcoolisme ? (Réseau des bases factuelles en santé, 2004b)

Surcharge pondérale et activité physique

Si la surcharge pondérale n'est pas aussi courante en France que dans le groupe Eur-A, elle concerne néanmoins 25 % des adultes et 10 % des adolescents, alors que 8 % des adultes et 2 % des adolescents sont obèses. Il existe des variations selon le niveau d'études et l'appartenance à telle ou telle catégorie socioéconomique. On consomme en France des quantités importantes de fruits et légumes, mais au moins un tiers de la population ne pratique pas suffisamment d'activité physique.

Il est possible d'éviter certains décès prématurés dus aux maladies cardiovasculaires en adoptant de meilleures habitudes alimentaires, mais la qualité de l'alimentation d'une population dépend de l'offre de produits alimentaires et de leur coût. Les politiques en matière d'alimentation et de nutrition doivent être intersectorielles et coordonnées de sorte que les secteurs non sanitaires accordent à la santé publique une place prioritaire. Cette règle vaut également pour la promotion de l'activité physique, et les politiques

visant à encourager un mode de vie actif à tous les âges doivent impliquer tous les secteurs, qu'ils soient ou non sanitaires.

CINDI dietary guide (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000)

Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases (OMS, 2003a)

Food and health in Europe: a new basis for action (Robertson et al., 2004)

The potential contribution of increased vegetable and fruit consumption to health gain in the European Union (Joffe & Robertson, 2001)

Infection à VIH/sida et hépatite C

Le nombre de décès dus au sida en France est 20 % supérieur à la moyenne du groupe Eur-A, notamment chez les adultes âgés de 45 à 74 ans. La toxicomanie et les relations sexuelles avec des personnes venant de pays endémiques sont les deux facteurs ayant le plus contribué à ce phénomène au cours des dernières années. Près d'un demi-million de personnes sont contaminées par le virus de l'hépatite C en France, et la prévalence dans les groupes à haut risque tels que les toxicomanes par voie intraveineuse est plus élevée que dans la population en générale : elle se situe aux alentours de 60 %.

Les programmes de prévention, de traitement et de soins doivent prendre en compte toutes les personnes concernées par l'infection à VIH ou le sida, notamment celles qui, en raison de leur langue, de leur culture ou de leur condition d'immigré, ont un accès limité aux services de santé.

Access to care: privilege or right? Migration and HIV vulnerability in Europe (Broring et al., 2003)

Le point sur l'épidémie de SIDA – Décembre 2003 (ONUSIDA & OMS, 2003)

The HIV/AIDS epidemic in Europe and central Asia (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004d)

Pour être efficaces, les mesures de prévention de l'hépatite C doivent être axées sur la réduction du nombre de personnes se tournant vers la toxicomanie par voie intraveineuse et sur la limitation des méfaits de la toxicomanie parmi les jeunes et les nouveaux toxicomanes par voie intraveineuse. Une grande partie des personnes présentant les plus graves problèmes de consommation de drogues et de toxicomanie se trouve en prison. La coordination des efforts à l'échelle nationale et internationale est un élément indispensable à l'efficacité de la politique antidrogues dans la Région européenne de l'OMS.

Rapport annuel 2003 : État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège (OEDT, 2003)

Déclaration. Santé en prison et santé public, Moscou, 24 octobre 2003 (HIPPP, 2003)

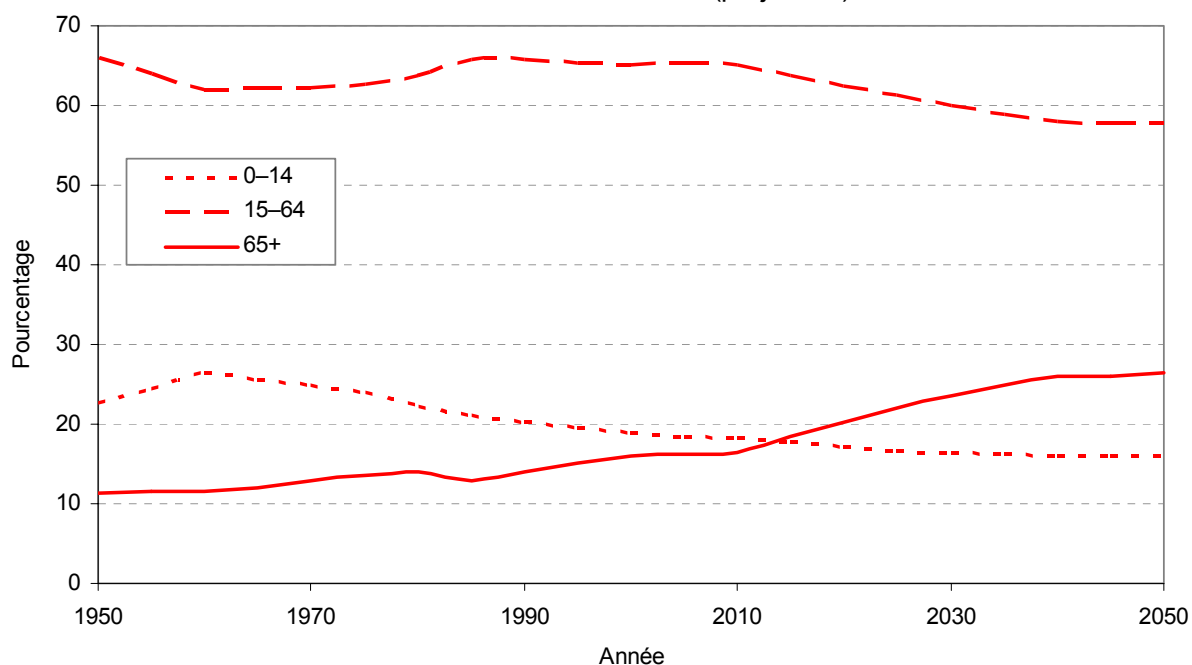
Informations démographiques

Profil de la population

Au début 2003, la France avait une population de près de 60 millions d'habitants. Les trois quarts vivent en milieu urbain, soit un peu moins que la moyenne des pays du groupe Eur-A.

Dans ce pays comme dans la majorité des pays du groupe Eur-A, l'aspect démographique le plus frappant est l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population. Comme les grandes cohortes de naissance de la fin des années 1940 approchent de l'âge de la retraite, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus vivant en France devrait passer d'environ 16 % de la population en 2003 (Conseil de l'Europe, 2003) à 24 % en 2030, selon les estimations (Annexe. Pyramide des âges).

Pourcentage de la population âgé de 0 à 14 ans, 15 à 64 ans et 65 ans et plus, France, de 1950 à 2050 (projection)



Source : United Nations (2002).

Si le taux de natalité moyen du groupe Eur-A reste stable, en France, où il a toujours été plus élevé, il a encore augmenté depuis 1992 et dépassait de 25 % la moyenne du groupe Eur-A en 2000. Le taux d'accroissement naturel positif et, dans une moindre mesure, le solde migratoire positif, ont donc entraîné un accroissement de la population.

Indicateurs démographiques en France et dans le groupe Eur-A,
1997 ou dernière année disponible

Indicateurs	France	Eur-A		
	Valeur	Moyenne	Minimum	Maximum
Population (en milliers) ^a	59 630,1	–	–	–
0–14 ans (%)	18.8	–	–	–
15–64 ans (%)	65.1	–	–	–
65+ ans (%)	16.1	–	–	–
Population urbaine (%) ^{b, c}	75.5	79.5	49.2	100.0
Naissances vivantes (pour 1 000 habitants) ^{d, e}	12.8	11.3	8.7	21.2
Croissance naturelle de la population (pour 1 000 habitants)	4.2	1.1	–2.4	15.5
Solde migratoire (pour 1 000 habitants) ^{d, e}	1.1	3.5	–9.6	17.3

^a Au 1er janvier 2003.

^b 2001.

^c Y compris Andorre et Monaco.

^d 2002.

^e Y compris Andorre.

Sources : Council of Europe (2003), Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004c) ; Central Bureau of Statistics of Israel (2003) pour les données sur Israël.

Populations vulnérables

Revenu

D'après les données relatives aux déterminants de la santé, les personnes socioéconomiquement défavorisées supportent la plus lourde charge de morbidité. Parmi ces déterminants, le revenu est lié à une accumulation de facteurs ayant une incidence sur la mortalité (Martikainen et al., 2001). Par exemple, il existe une influence mutuelle entre, d'une part, ce revenu, et d'autre part, le niveau d'instruction et l'emploi.

La richesse n'est pas équitablement répartie et il existe des poches de relative pauvreté même dans les États les plus riches de la Région européenne de l'OMS (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002a ; OMS, 2002). Le lien entre la pauvreté et les zones urbaines est particulièrement important en Europe. Compte tenu des migrations et de l'urbanisation des populations, on assiste à une augmentation du nombre de pauvres dans les villes, qui, en raison de leurs conditions de logement et de travail et leurs habitudes alimentaires, sont davantage exposés que les autres au risque de maladie (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001b). Les types et les effets de la pauvreté peuvent être inégalement répartis, selon des facteurs tels que le sexe ou le groupe d'âge (Ziglio et al., 2003).

Bien que l'indice de Gini de la France, qui est de 32,7, soit légèrement supérieur à la moyenne du groupe Eur-A (30,8), le pays a un niveau d'inégalité des revenus intermédiaire (PNUD, 2004). En 2004, 8 % de la population vivaient sous le seuil de 50 % du niveau de revenu médian, ce qui est comparable à la moyenne du groupe Eur-A.

En France, 8,9 % de la population étaient sans emploi en 2002, contre 6,5 % dans le groupe Eur-A (UNSD, 2004). Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le taux de chômage était considérablement supérieur : il touchait 22 % des jeunes hommes et 16 % des jeunes femmes en 2001 (CEE-ONU, 2003). Trente-cinq pour cent des chômeurs étaient sans emploi depuis au moins 12 mois.

Exclusion sociale

L'exclusion sociale, qui a trait à la position relative d'un individu ou d'un groupe dans l'ensemble de la société, a d'importants effets sur la santé. Les processus accompagnant ou entraînant l'exclusion sociale – discrimination, stigmatisation et rejet – empêchent les personnes concernées de recevoir un enseignement ou une formation et d'avoir accès à certains services et activités citoyennes, ce qui les rend plus vulnérables face aux risques sanitaires et à la maladie.

Parmi les populations marginalisées, on peut citer les membres de minorités ethniques ou religieuses, les personnes vivant dans des zones géographiquement défavorisées, les chômeurs, les personnes âgées et, dans certains pays, les populations autochtones. Les nouveaux arrivés dans un pays (réfugiés, immigrés ou travailleurs migrants) peuvent également faire l'objet d'exclusion sociale. Le tableau présente les chiffres de la population totale relatifs à différents groupes vulnérables résidant en France. On entend par « immigrés » les ressortissants nationaux et étrangers venant de pays appartenant ou non à la Région européenne. D'un pays à l'autre, les sources de données et les définitions administratives relatives au statut d'immigré diffèrent.

Populations vulnérables en France

Population	1992	1995	1998	2001	2004 (estimation)
Immigrés	–	–	100 014	–	
Réfugiés	–	–		132 000	
Détenus (pour 100 000 habitants)	84	89	86	78	95

Sources : EUROSTAT (2004), UNDP (2003) et International Centre for Prison Studies (2004).

Ce tableau présente également des données sur les détenus, qui représentent une population particulièrement vulnérable dans la mesure où ils sont principalement originaires de groupes minoritaires et ont un niveau socioéconomique et un niveau d'instruction moins élevés que la population en général. La détention peut exposer ces personnes à des risques sanitaires directs, notamment si le nombre de détenus dépasse la capacité des prisons. Le surpeuplement carcéral qui en résulte engendre et aggrave de nombreux problèmes sanitaires, en particulier les pathologies mentales et les maladies transmissibles. De fait, les drogues et les maladies infectieuses liées aux drogues sont à l'origine de problèmes considérables dans l'ensemble des pays de la Région européenne, et les risques de transmission ne se limitent pas uniquement aux détenus mais également au personnel pénitentiaire et aux personnes extérieures aux prisons qui sont en contact avec ces détenus (OEDT, 2002).

En mars 2004, la France a notifié un taux d'occupation de ses prisons de 125 %, calculé sur la base de la capacité officielle (Centre international d'études pénitentiaires, 2004).

Charge de morbidité

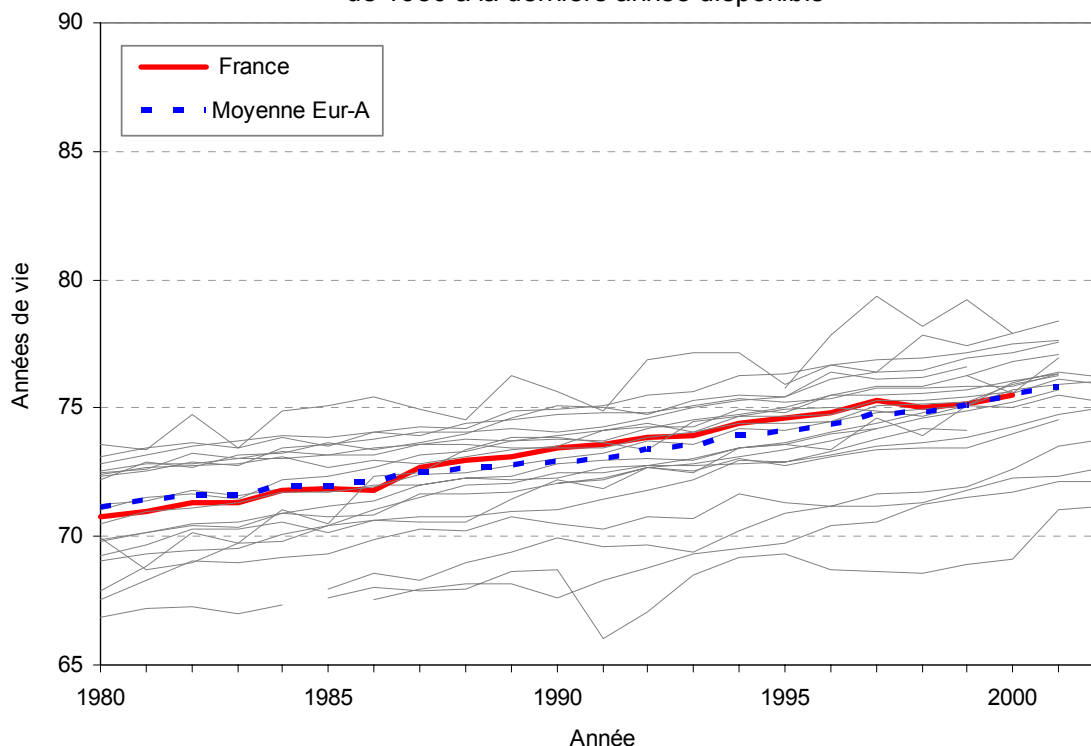
La charge de morbidité peut être considérée comme la différence entre l'état de santé d'une population à un moment donné et une situation idéale où chaque membre de cette population atteindrait un âge avancé en pleine santé. Les causes de cette différence sont la mortalité, l'invalidité et certains facteurs de risque contribuant à la maladie. L'analyse présentée ci-après fournit des détails sur la charge de morbidité de la population.

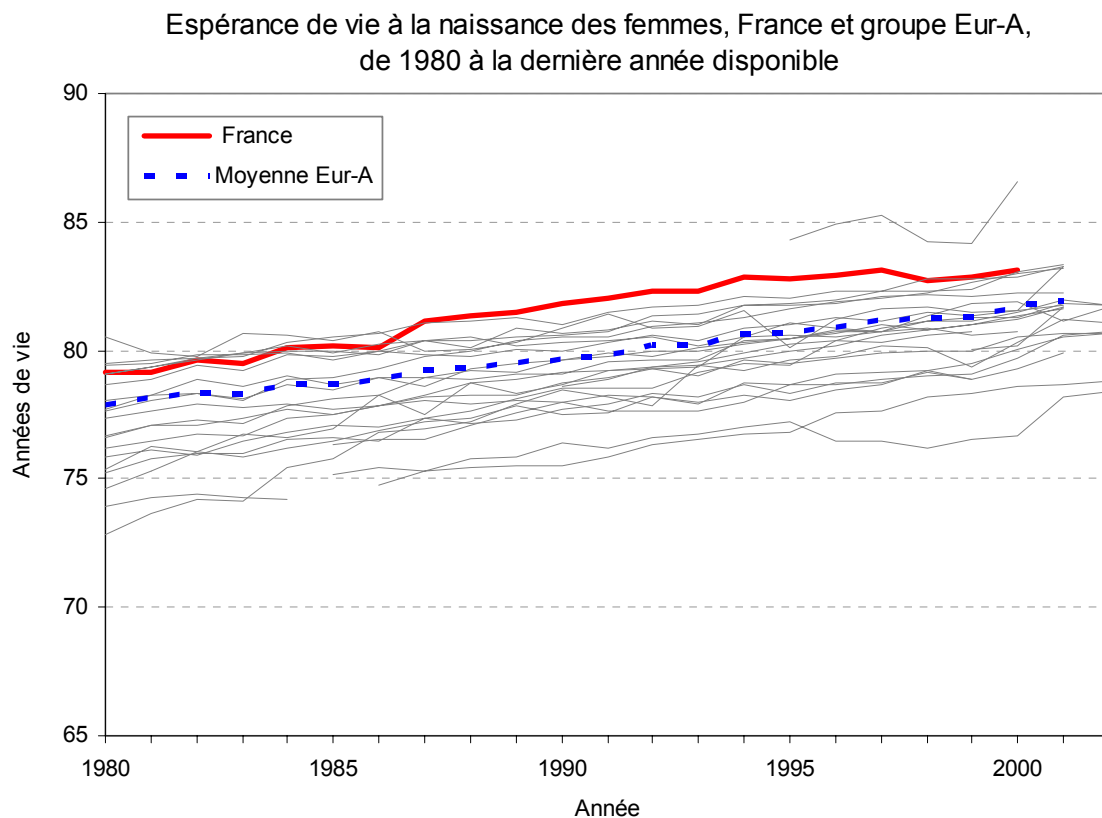
Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé

Une personne née en France en 2002 peut espérer vivre presque 80 ans en moyenne, ce qui correspond à environ un an de plus que la moyenne du groupe Eur-A et représente l'un des niveaux d'espérance de vie les plus élevés de ce groupe, d'après les estimations de l'OMS (2003d). Les Françaises, comme les Espagnoles, ont la deuxième espérance de vie du groupe Eur-A après Saint-Marin (83,5 ans, soit 1,5 an de plus que la moyenne du groupe Eur-A), alors que les Français vivent jusqu'à 76 ans, comme l'ensemble des hommes du groupe Eur-A.

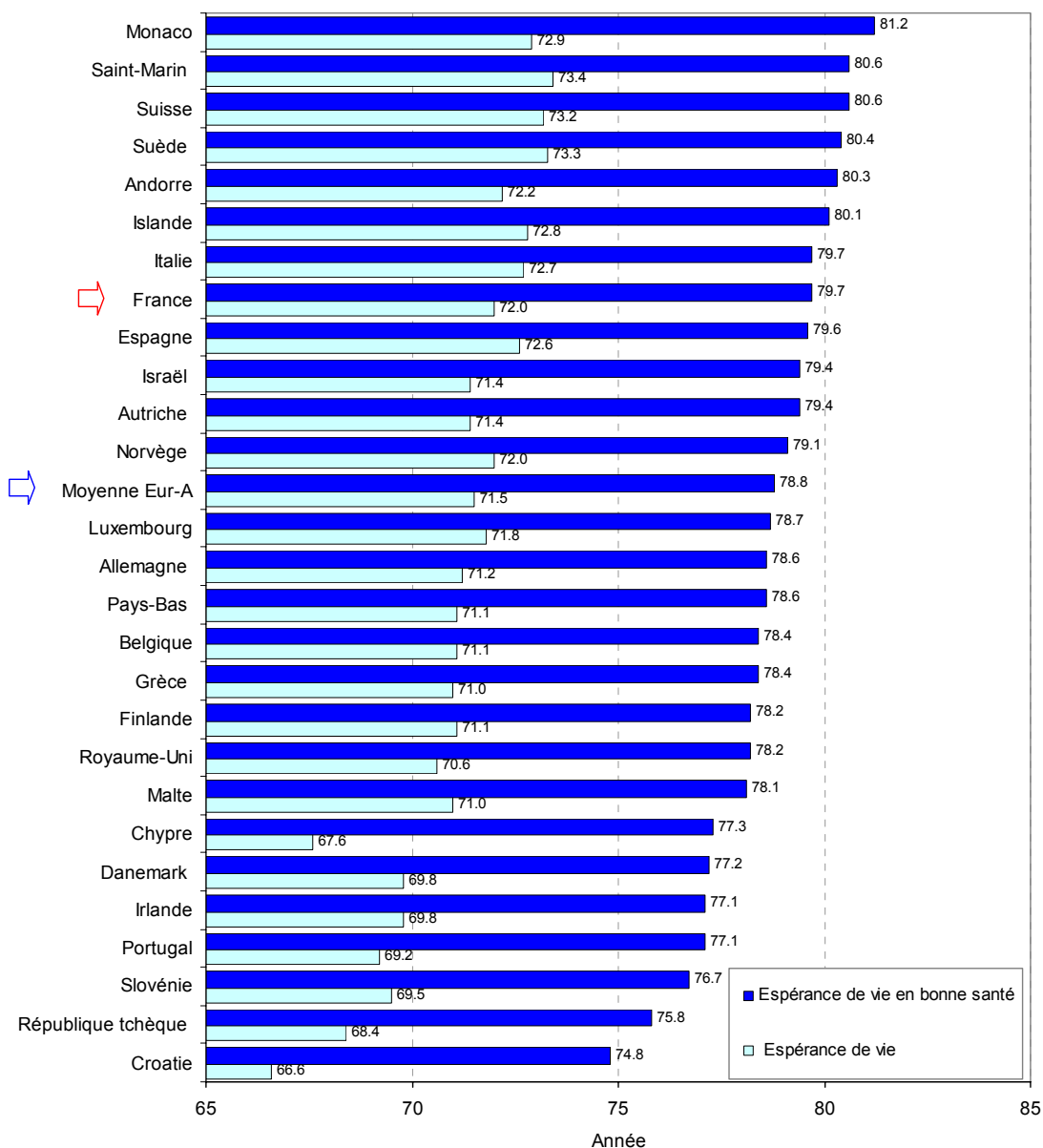
Au cours des vingt dernières années, selon les estimations déclarées par la France, les habitants de ce pays ont gagné près de 4 ans d'espérance de vie. Les hommes (4,4 ans) bénéficient encore plus de cet allongement que les femmes (3,7 ans). Ils gagnent donc 6 % d'espérance de vie, ce qui correspond à la moyenne du groupe Eur-A.

Espérance de vie à la naissance des hommes, France et groupe Eur-A, de 1980 à la dernière année disponible





L'OMS (2003d) estime par ailleurs que, en moyenne, la population de la France peut espérer vivre en bonne santé pendant environ 90 % de sa vie. Elle perd en moyenne 7,7 ans du fait des maladies (ce qui correspond à la différence entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé). Sachant que les femmes vivent plus longtemps que les hommes et que le risque de détérioration de la santé augmente avec l'âge, les femmes perdent plus d'années de vie en bonne santé (8,8) que les hommes (6,6). Néanmoins, leur espérance de vie étant plus longue, elles jouissent en France d'environ cinq ans de vie en bonne santé de plus que les hommes.

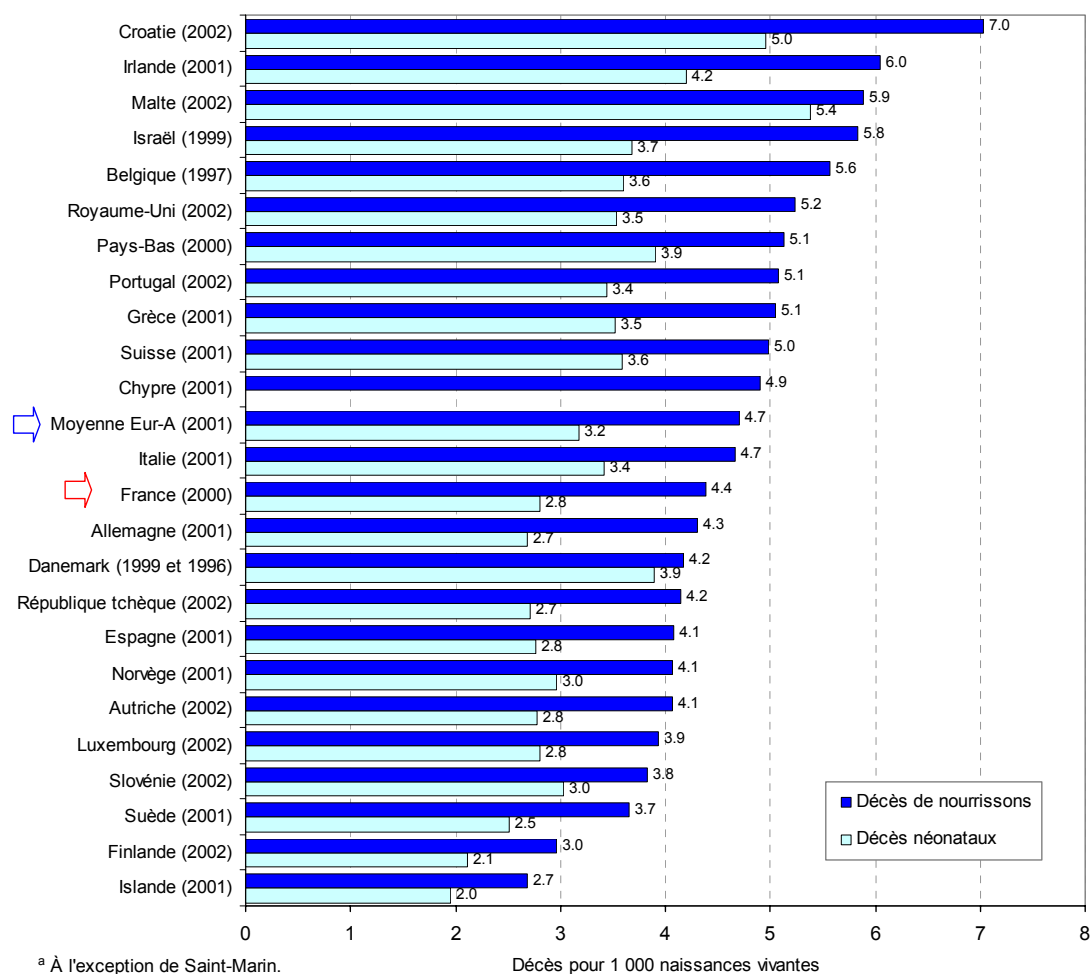
Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé, France et groupe Eur-A^a, 2002

Mortalité

Mortalité néonatale et infantile

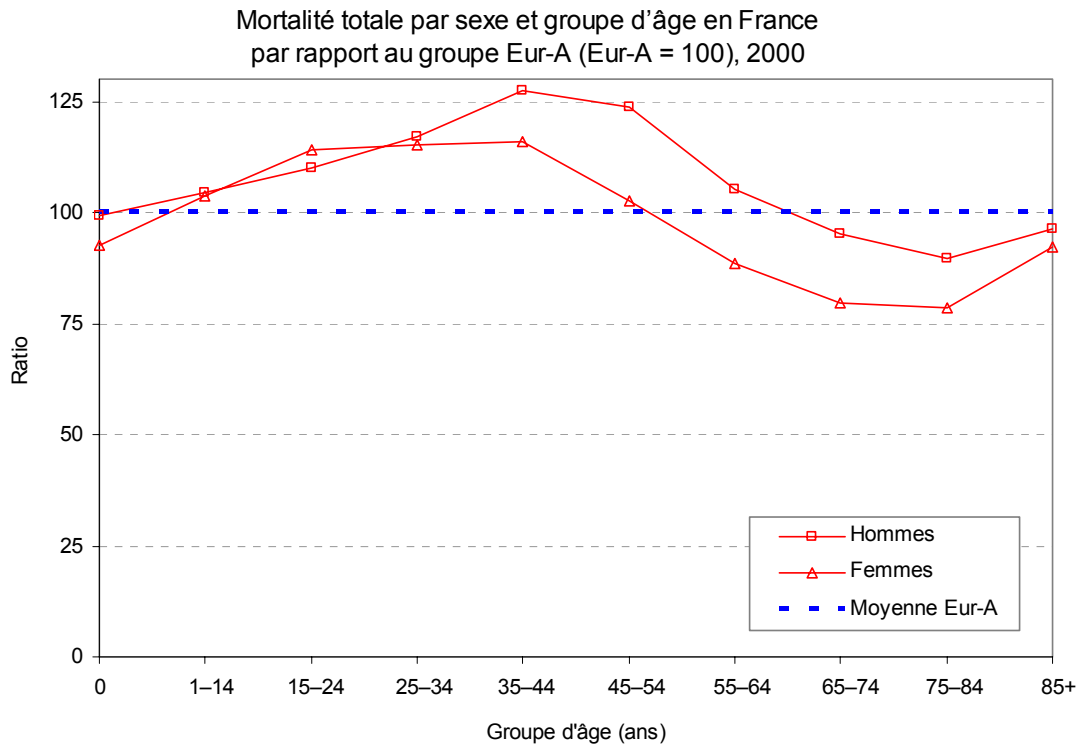
En France, les bébés meurent un peu moins fréquemment au cours de leur première année, comparé à la moyenne du groupe Eur-A, et la mortalité néonatale est également moins élevée.

Nombre de décès de nourrissons et de nouveau-nés pour 1 000 naissances vivantes, France et groupe Eur-A^a, dernière année disponible

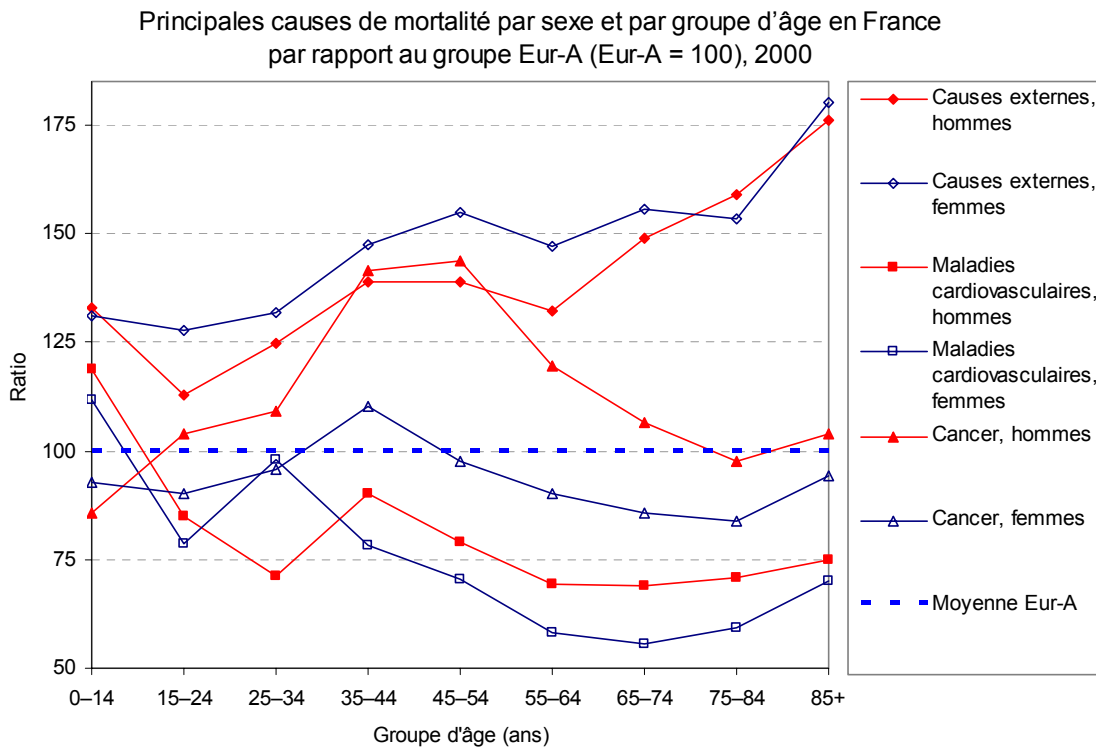


Surmortalité

La population française connaît une surmortalité par rapport à la moyenne du groupe Eur-A pendant ses années de vie active, de façon plus nette chez les hommes (jusqu'à 25 %) et ce jusqu'à l'âge de la retraite. Les femmes de plus de 54 ans et les hommes de plus de 64 ans ont un taux de mortalité inférieur à leurs homologues du groupe Eur-A.



Si l'on examine les différentes causes, la plus grande part de la surmortalité chez les deux sexes est due aux traumatismes et, quel que soit leur âge, les Français ont une plus grande probabilité (entre 15 et 80 %) de mourir de causes externes. En règle générale, ils meurent moins souvent de maladies cardiovasculaires que les habitants de l'ensemble du groupe Eur-A. En revanche, le cancer tue en France 40 % d'hommes de 35 à 64 ans et 10 % de femmes de 35 à 44 ans de plus que dans le groupe Eur-A.



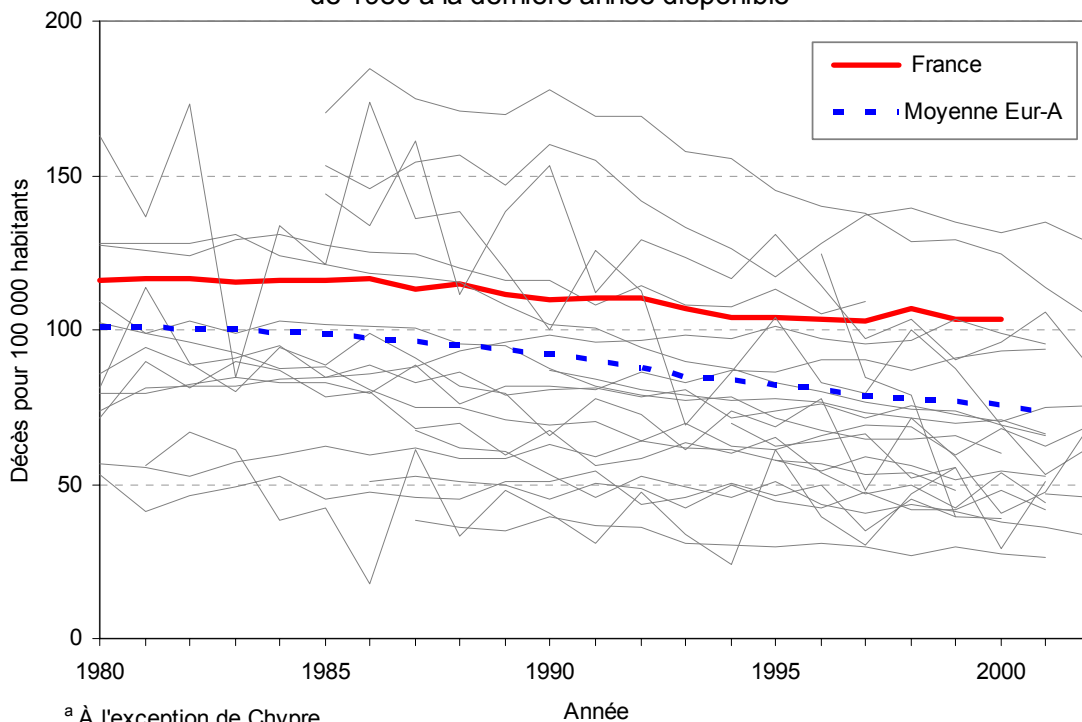
Comparée aux moyennes du groupe Eur-A relatives aux autres maladies, la part la plus importante de la surmortalité en France en 2000 était due au suicide (60 % de plus), suivi des maladies transmissibles (54 % de plus) et des troubles neuropsychiatriques (41 % de plus ; Annexe. Mortalité).

Principales causes de décès

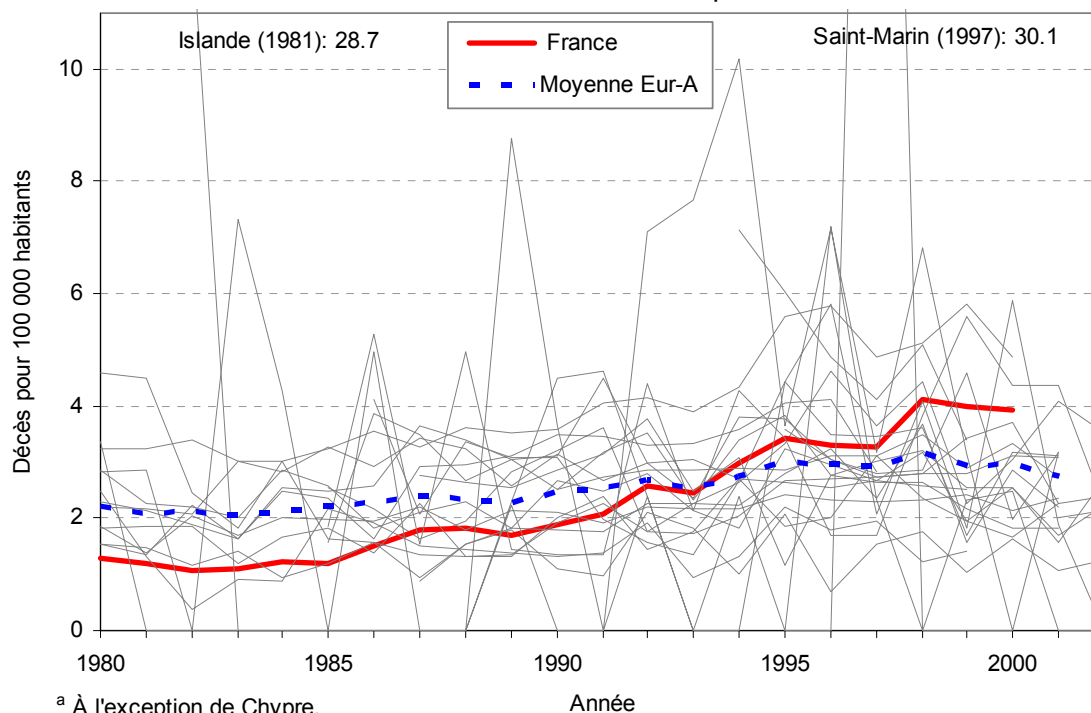
En 2000, les maladies non transmissibles représentaient environ 71 % du nombre total de décès en France (11 % de moins que dans le groupe Eur-A), les causes externes 9 % (51 % de plus que dans le groupe Eur-A) et les maladies transmissibles 2 % (Annexe. Mortalité).

Le cancer est à lui seul la maladie la plus meurtrière en France, avec près d'un tiers des décès (Annexe. Mortalité). Le taux global de mortalité du fait du cancer est toutefois comparable à celui du groupe Eur-A, comme le sont les taux par type de cancer. Cependant, une analyse plus détaillée des chiffres permet de constater que le cancer du poumon est stable, mais qu'il est un tiers supérieur à la moyenne du groupe Eur-A (en baisse) chez les 25–64 ans, et qu'il a augmenté de 25 % entre 1995 et 2000 chez les femmes du même groupe d'âge (Annexe. Données de la mortalité). Chez les hommes de 30 à 44 ans (1 sur 10 000) et de 45 à 59 ans (1 sur 1 000), le taux de cancer du poumon figure parmi les plus élevés du groupe Eur-A : il est respectivement supérieur de 75 et de 25 %. Chez les femmes de 30 à 44 ans et de 45 à 59 ans, les taux de cancer du poumon progressent rapidement : ils ont augmenté respectivement de 25 et 75 % en cinq ans. Ces taux étaient un tiers supérieur à ceux du groupe Eur-A chez les jeunes femmes (30 à 44 ans), mais ils restaient inférieurs de 18 % chez celles âgées de 45 à 59 ans.

Taux comparatif de mortalité – cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes de 45 à 59 ans, France et groupe Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible



Taux comparatif de mortalité – cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes de 30 à 44 ans, France et groupe Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible



Le cancer du sein diminue peu à peu dans le groupe Eur-A alors qu'il reste stable en France et augmente même légèrement chez les femmes âgées de 30 à 44 ans. Le cancer du col de l'utérus est stable et reste 26 % inférieur à la moyenne du groupe Eur-A.

La France jouit du taux de mortalité par maladies cardiovasculaires le plus bas de tout le groupe Eur-A, et – il convient de le préciser –, à tous les âges et chez les deux sexes, en ce qui concerne leurs deux principaux composants pris séparément, à savoir les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux (dont les taux sont respectivement inférieurs de moitié et d'un tiers aux moyennes du groupe Eur-A ; Annexe. Mortalité et Données de la mortalité).

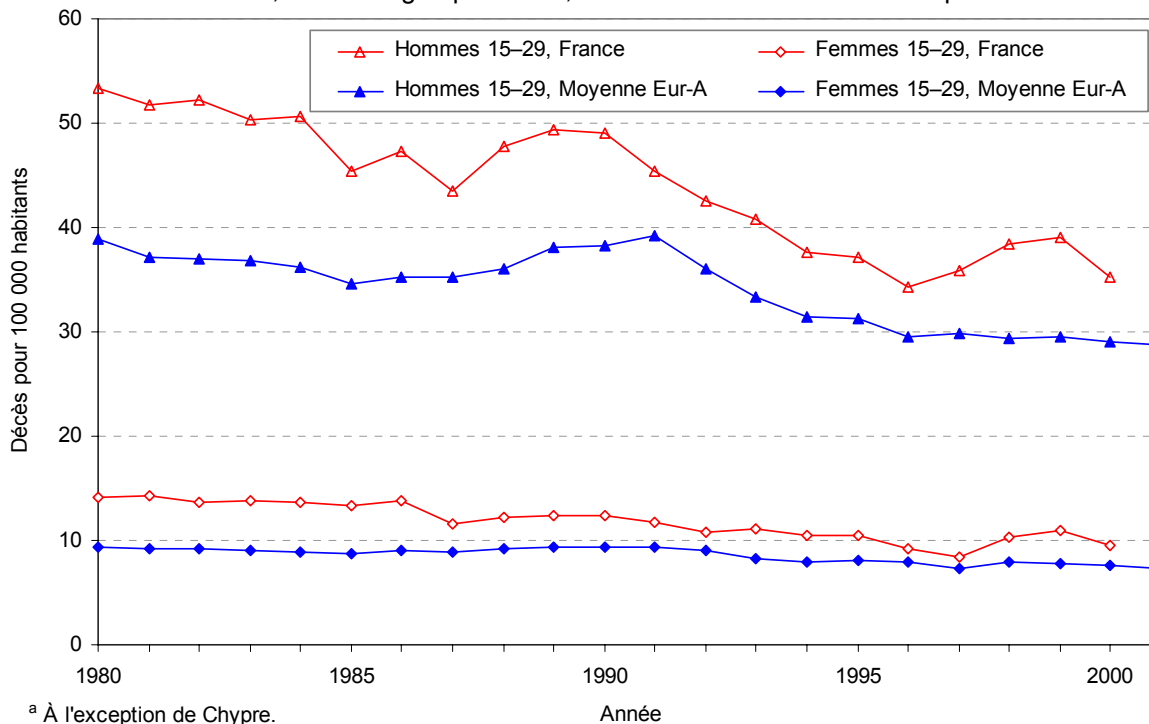
Même si la mortalité due au diabète est encore inférieure de 14 % à celle du groupe Eur-A, elle a augmenté de 65 % entre 1995 et 2000 et est passée de 7,2 à 11,9 pour 100 000 habitants. En 1998, le diabète était la principale cause de demande de prise en charge par l'assurance maladie au titre d'affection de longue durée chez les personnes âgées de 45 à 74 ans, et la deuxième cause chez les personnes de 15 à 44 ans (Haut Comité de la santé publique, 2003).

Au cours des vingt dernières années, les Français, hommes et femmes, ont connu des taux de mortalité par traumatismes figurant parmi les plus élevés. En dépit d'une tendance à la baisse, ce taux est toujours 40 % supérieur à la moyenne du groupe Eur-A et reste donc préoccupant pour les autorités chargées de la santé publique (High Committee on Public Health, 2003; Haut Comité de la santé publique, 2002).

Les traumatismes dus aux accidents de la circulation tuent encore environ 20 % de Français des deux sexes de plus que la moyenne du groupe Eur-A, et ce dans tous les groupes d'âge jusqu'à environ 59 ans, y compris les enfants. D'après un rapport paru en France, le nombre de personnes tuées sur la route a diminué de 21 % de 2002 à 2003 et de 50 % au cours des 20 dernières années, malgré l'augmentation du nombre de voitures et l'allongement des distances parcourues (Observatoire national interministériel de sécurité routière, 2004b). Les jeunes sont plus exposés, et les hommes presque quatre fois plus que les femmes (35 pour 100 000 habitants contre 9,5). L'Observatoire national interministériel de sécurité routière (2004b) présente ces résultats en les reliant à l'augmentation importante, au cours des dix dernières années, de la proportion de conducteurs de motos et de cyclomoteurs parmi les victimes, qui

représentaient respectivement 14 et 6,5 % des décès en 2003, soit une progression de 33 et 18 %. D'après cette source, chaque fois que 10 personnes meurent sur la route, 6 sont très grièvement blessées et subissent des conséquences à long terme de leurs traumatismes.

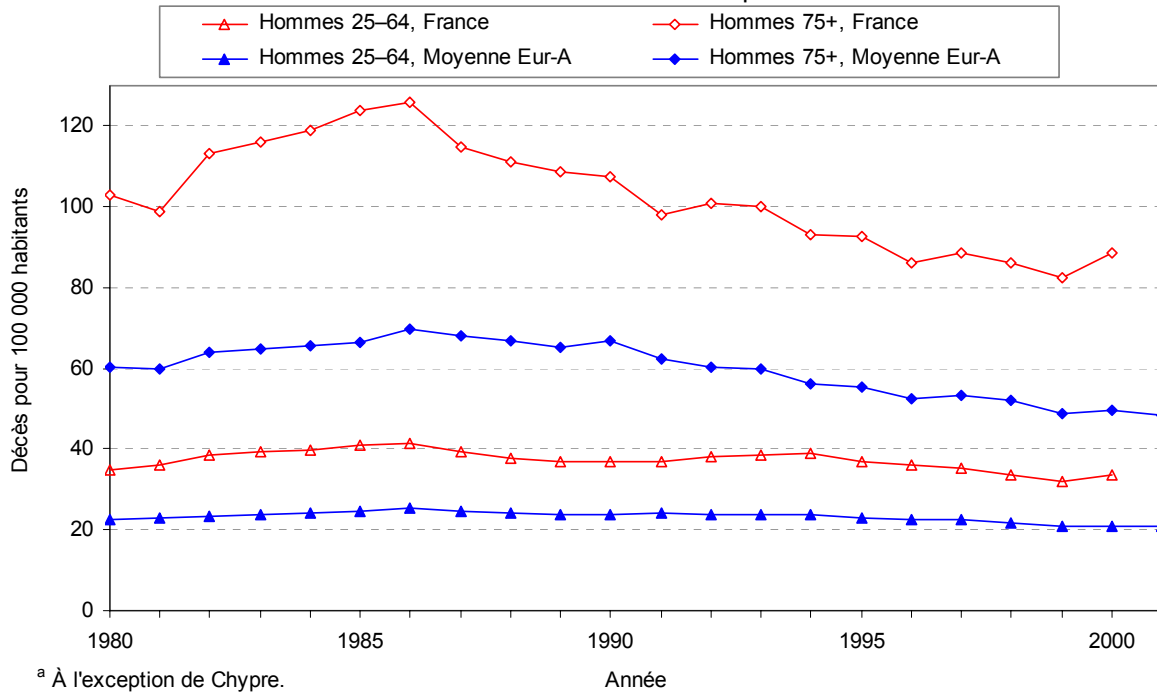
Taux comparatif de mortalité – accidents de la route chez les personnes âgées de 15 à 29 ans, France et groupe Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible



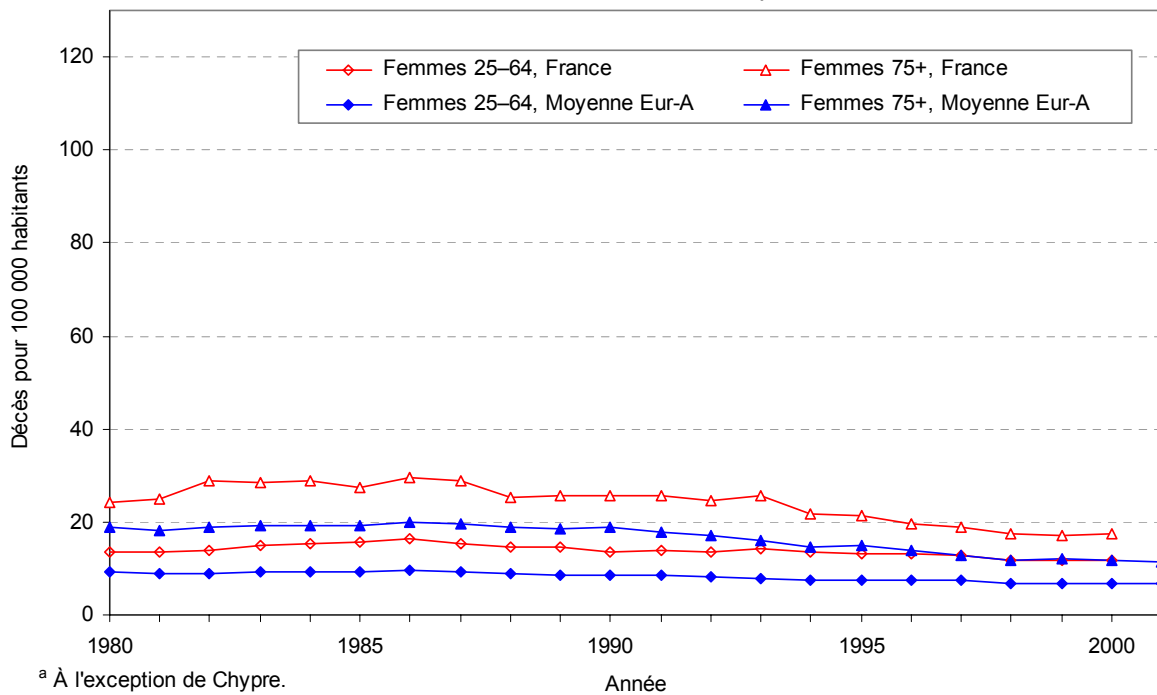
Jusqu'en 1995, les Français de plus de 64 ans étaient parmi les plus exposés au risque de décès par chute par rapport à la moyenne du groupe Eur-A. La diminution nette de 77 à 42 pour 100 000 habitants chez les hommes (de 75 à 32 chez les femmes) observée en l'an 2000 a ramené ce risque au niveau de la moyenne du groupe.

Un tiers des décès dus aux traumatismes sont imputables au suicide, dont le taux chez les deux sexes est 60 % plus élevé que celui du groupe Eur-A (26 pour 100 000 chez les hommes et 8,5 pour 100 000 chez les femmes). Le suicide est plus fréquent déjà chez les jeunes en France (16 pour 100 000 chez les hommes et 4 pour 100 000 chez les femmes entre 15 et 29 ans), bien qu'il tende à diminuer plus rapidement que la moyenne du groupe Eur-A depuis le milieu des années 1990 chez les hommes. Cette diminution s'est stabilisée chez les personnes de 25 à 64 ans. Un homme de 75 ans et plus sur 1 200 décide encore de mettre fin à ses jours.

Taux comparatifs de mortalité due au suicide et aux lésions auto-infligées chez les hommes âgés de 25 à 64 ans et de 75 ans et plus, France et groupe Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible



Taux comparatifs de mortalité due au suicide et aux lésions auto-infligées chez les femmes âgées de 25 à 64 ans et de 75 ans et plus, France et groupe Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible

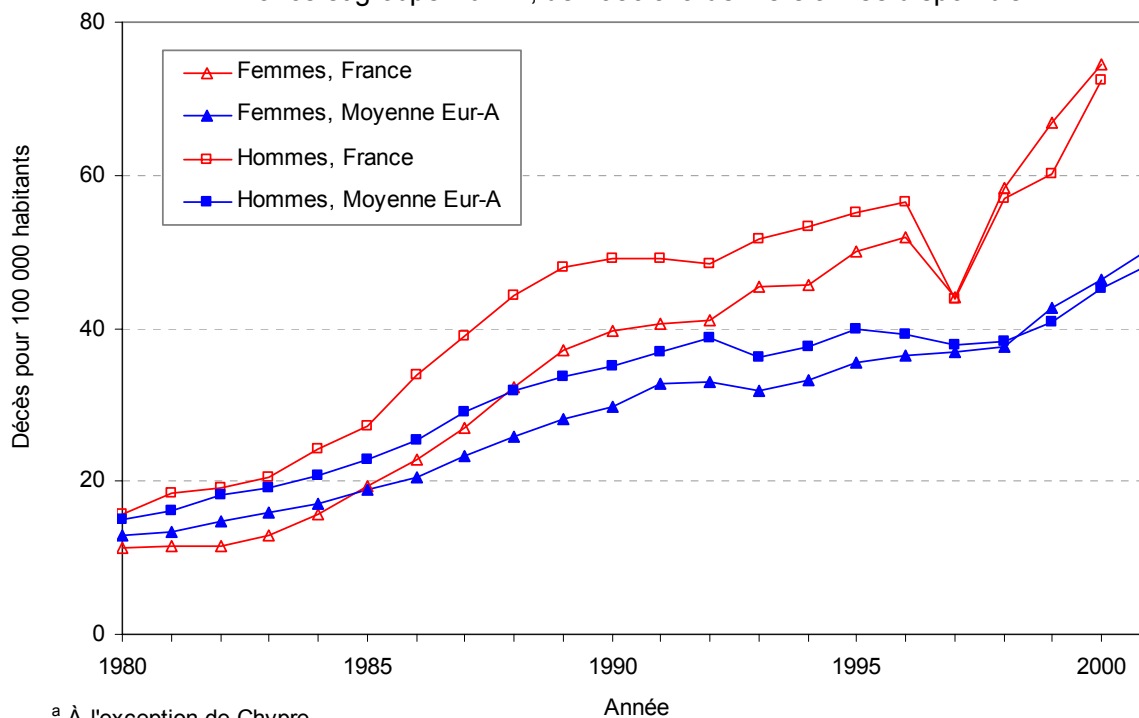


La mortalité due aux troubles neuropsychiatriques, qui sont parfois associés à des traumatismes auto-infligés, est 40 % plus élevée que dans le groupe Eur-A (Annexe. Mortalité). Elle a augmenté plus

rapidement en France, de 50 % depuis 1995 contre moins de 20 % dans le groupe Eur-A ; sur 10 000 habitants, 19 femmes et 26 hommes meurent en raison de ces troubles.

La maladie d'Alzheimer et les autres maladies dégénératives représentent un tiers de cette mortalité après 64 ans (contre 22 à 25 % dans le groupe Eur-A), mais les taux en France sont 60 % supérieurs et ont connu une montée en flèche de plus de 70 % depuis 1997, contre 17 % dans le groupe Eur-A. Hommes et femmes sont touchés de la même façon par le phénomène. La France avait l'un des taux les plus élevés en 2000, avec 75 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 000.

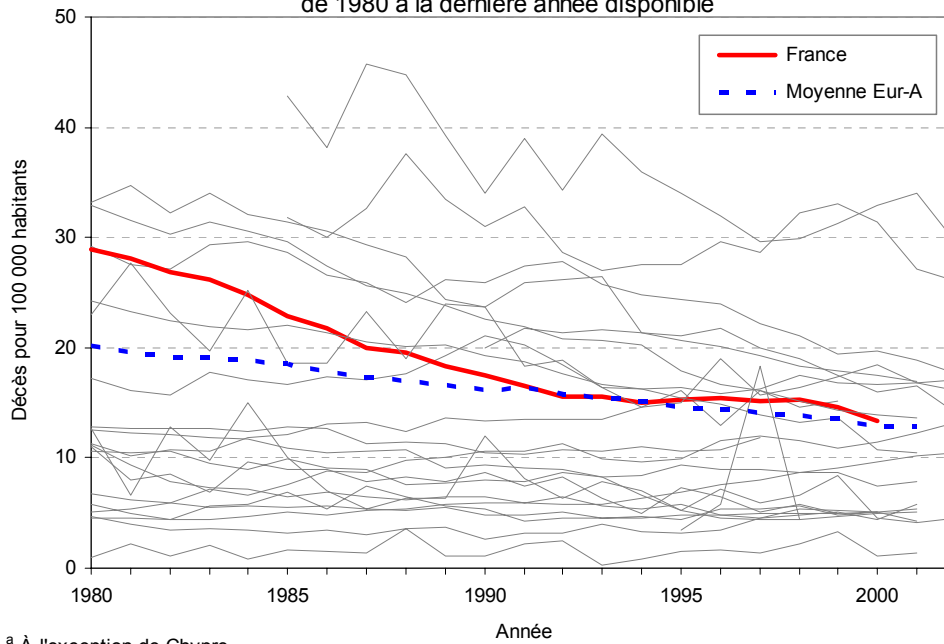
Taux comparatifs de mortalité due à la maladie d'Alzheimer et autres maladies dégénératives du système nerveux chez les personnes âgées de 65 ans et plus, France et groupe Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible



L'amélioration du diagnostic et des pratiques en matière de codification de ces maladies joue sans doute un rôle important, mais l'augmentation observée est essentiellement due à une conséquence épidémiologique et démographique naturelle du fait que les femmes vivent plus longtemps que la moyenne dans des pays ayant un faible taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires et au cancer. Une part plus importante de la population dépasse l'âge où l'on meurt habituellement de ces maladies classiques, et les troubles neurodégénératifs touchent, en proportion, davantage de personnes dans les dernières années de la vie.

Les maladies chroniques du foie et la cirrhose représentent près de la moitié de la mortalité due aux maladies digestives. Pour autant, le taux de mortalité imputable à ces pathologies n'est pas très éloigné de la moyenne du groupe Eur-A, mais il ne diminue pas beaucoup non plus.

Taux comparatif de mortalité – maladie et cirrhose chroniques du foie chez les personnes de tous âges, France et groupe Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible

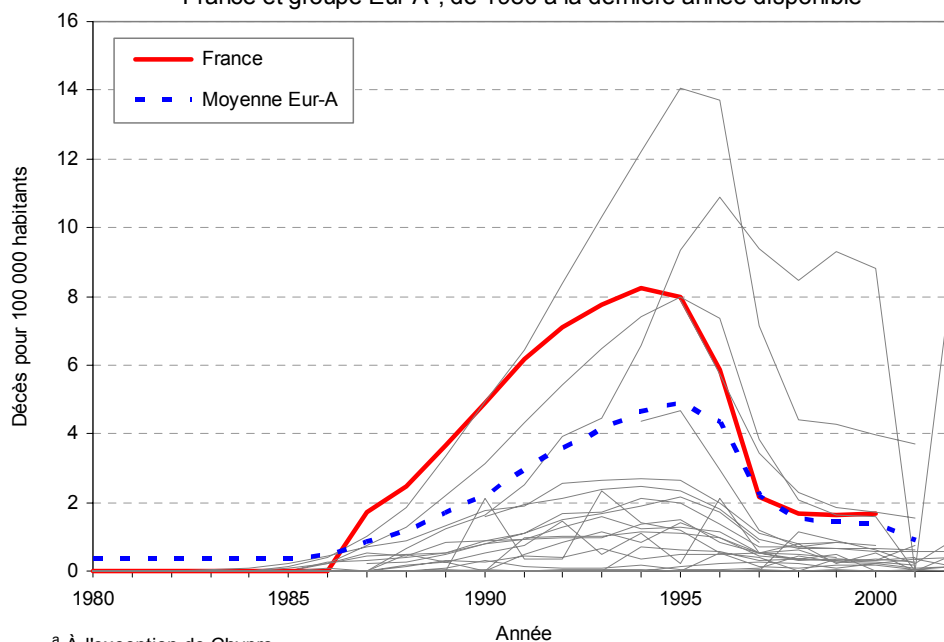


^a À l'exception de Chypre.

En France, la mortalité due aux maladies infectieuses et parasitaires est 54 % plus élevée que la moyenne du groupe Eur-A (Annexe. Mortalité). La tuberculose tue encore surtout les personnes âgées de sexe masculin qui ont été exposées à la tuberculose dans les années 1940 et 1950. C'est le cas de 26 hommes sur 100 000 âgés de 75 et plus (contre 14 dans le groupe Eur-A) et de 13 femmes dans la même classe d'âge (contre 6 dans le groupe Eur-A).

Le taux de mortalité imputable au sida était l'un des plus élevés du groupe Eur-A au plus fort de l'épidémie et il était encore 20 % supérieur en 2000 après une forte diminution (Annexe. Mortalité). Cette situation s'expliquait principalement par la mortalité plus élevée des adultes âgés de 45 à 74 ans.

Taux comparatif de mortalité – VIH/sida chez les personnes de tous âges, France et groupe Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible



^a À l'exception de Chypre.

Années de vie corrigée du facteur invalidité

L'année de vie corrigée du facteur invalidité, ou AVCI, est une mesure synthétique tenant compte à la fois des effets des maladies, de l'invalidité et de la mortalité sur la santé d'une population. Le tableau ci-dessous présente les dix principales maladies touchant les hommes et les femmes en Belgique et le nombre correspondant d'AVCI.

Dix principaux groupes d'invalidités en pourcentage du nombre total des AVCI chez les deux sexes en France

Classement	Hommes		Femmes	
	Causes	% AVCI	Causes	% AVCI
1	Affections neuropsychiatriques	26.1	Affections neuropsychiatriques	34.0
2	Cancer	19.0	Cancer	14.9
3	Maladies cardiovasculaires	13.2	Maladies cardiovasculaires	9.9
4	Blessures non intentionnelles	10.4	Blessures non intentionnelles	6.5
5	Maladies respiratoires	5.4	Maladies respiratoires	5.7
6	Maladies digestives	5.0	Maladies musculo-squelettiques	5.4
7	Troubles des organes des sens	4.0	Troubles des organes des sens	5.2
8	Blessures intentionnelles	3.4	Maladies digestives	3.8
9	Maladies musculo-squelettiques	3.1	Maladies endocrinales	2.1
10	Maladies infectieuses et respiratoires	1.7	Maladies infectieuses et respiratoires	1.7

Source : Données de base de l'OMS (2003d)

Les maladies neuropsychiatriques représentent la charge de morbidité la plus importante chez les Français : elles comptent pour un quart de cette charge chez les hommes, et pour non moins d'un tiers chez les femmes. La mortalité imputable à ces troubles étant comparativement faible, la plus grande part de la charge qu'ils représentent est due à leurs conséquences sur la vie quotidienne. Le cancer occupe le deuxième rang en termes de charge de morbidité et touche davantage les hommes que les femmes ; les maladies cardiovasculaires arrivent en troisième position. Les traumatismes, qu'ils soient intentionnels ou non, sont 1,5 fois plus courants dans la vie des hommes que dans celle des femmes et sont à l'origine d'une charge de morbidité plus importante que celle due aux maladies cardiovasculaires.

Principaux facteurs de risque

Le tableau ci-dessous présente les dix principaux risques pour la santé dans les pays développés et le nombre correspondant d'AVCI. Comme pour les maladies du tableau relatif aux groupes d'invalidités, on estime que les facteurs de risque ont une incidence variable sur la charge de morbidité et de mortalité d'une population. Les paragraphes suivants présentent des informations sur le degré d'exposition de la population française à cinq de ces risques.

Dix principaux facteurs de risque à l'origine de la charge de morbidité mesurée en AVCI dans les pays développés

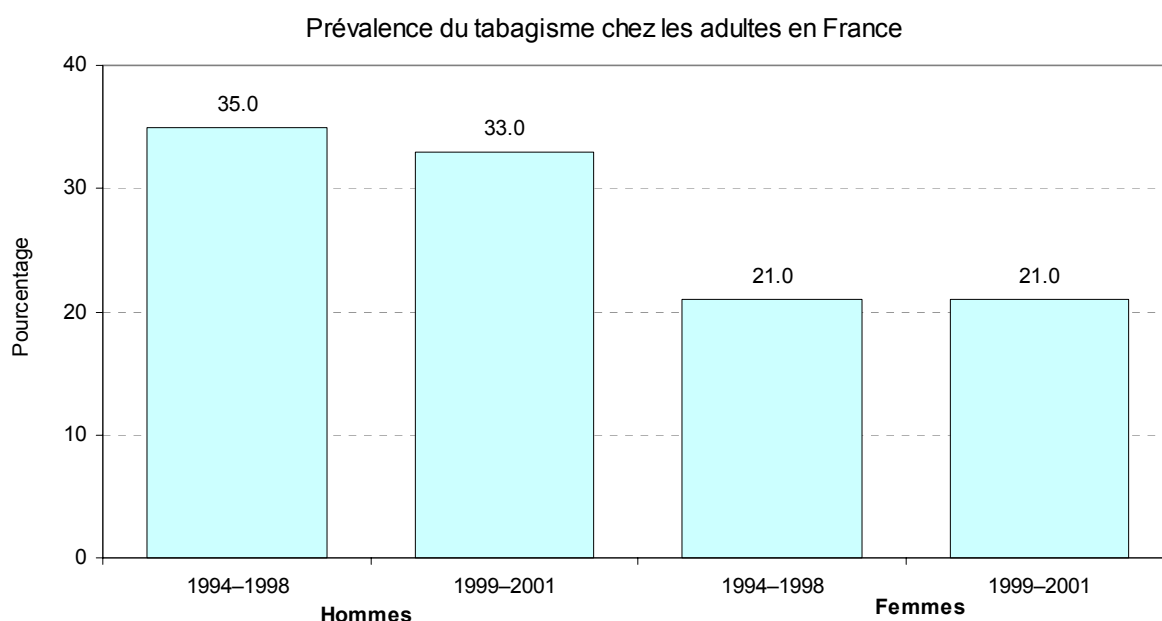
Facteurs de risque	% AVCI
Tabagisme	12.2
Hypertension	10.9
Alcool	9.2
Hypercholestérolémie	7.6
Indice de masse corporelle élevé	7.4
Faible consommation de fruits et légumes	3.9
Sédentarité	3.3
Usage de drogues illicites	1.8
Relations sexuelles à risque	0.8
Déficiences du fer	0.7

Source : OMS (2002).

Tabac

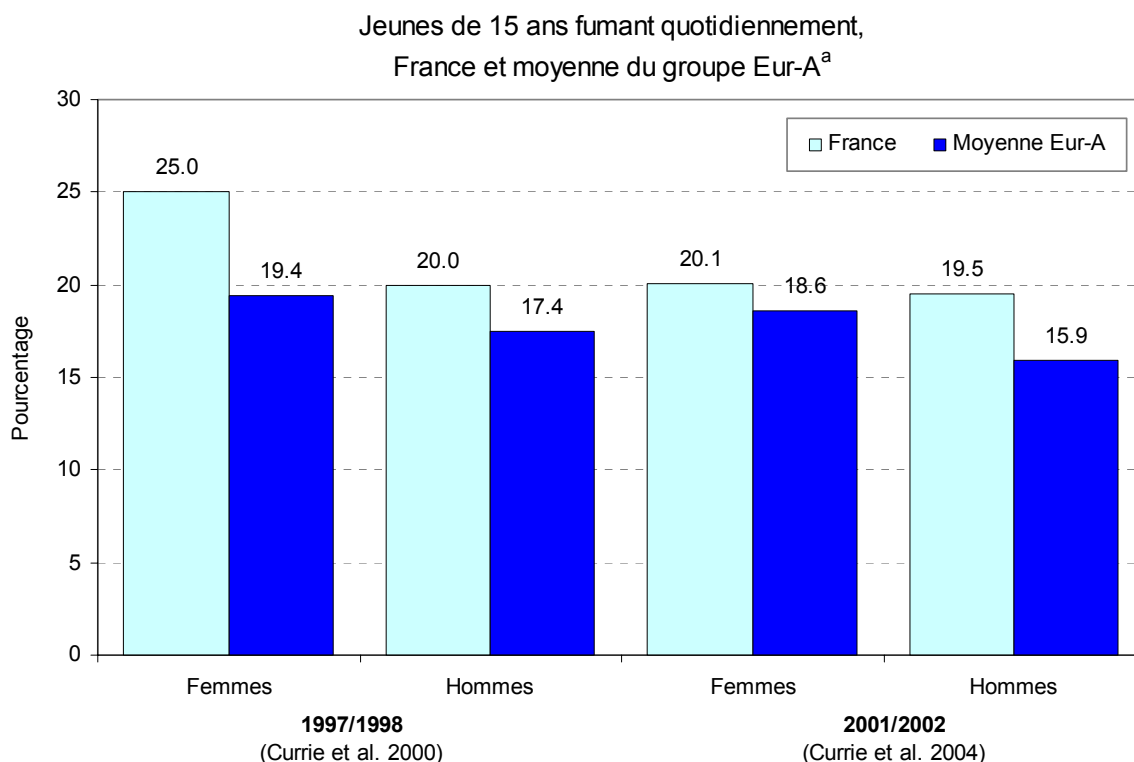
La Région européenne ne représente que 15 % de la population mondiale, mais près de 33 % de la charge mondiale de morbidité liée au tabac (Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2004g). Selon une estimation récente, le nombre annuel de décès imputables à la consommation de tabac dans la Région s’élèverait à 1,2 million, dont près de 40 % dans les pays du groupe Eur-A (Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2002a). Environ la moitié des décès toucherait des personnes d’âge mûr. En règle générale, les membres des classes sociales les plus favorisées commencent le plus tôt à fumer mais sont également les premiers à arrêter. En raison de cet arrêt précoce, on observe chez les fumeurs une proportion croissante de personnes ayant un niveau d’instruction et de revenus faible (Bostock, 2003).

En 2000, les Français ont fumé environ 19 % de cigarettes par personne de moins que la moyenne du groupe Eur-A, d’après les statistiques officielles relatives à la production, à l’importation et à l’exportation de tabac. De 1996 à 2000, la prévalence du tabagisme est restée stable parmi les adultes des deux sexes, même si elle était moins importante chez les femmes que chez les hommes.



Source : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2004f).

La prévalence du tabagisme chez les garçons de 15 ans est restée stable en France depuis 1997 ; comme elle a légèrement baissé dans le groupe Eur-A, le taux enregistré en France figure désormais parmi les plus élevés de la Région. On observe une situation inverse chez les filles, où le taux de prévalence a diminué de 25 à 20 %, ce qui est proche de la moyenne du groupe Eur-A.



^a À l'exception de Chypre, Islande, Luxembourg et Saint-Marin.

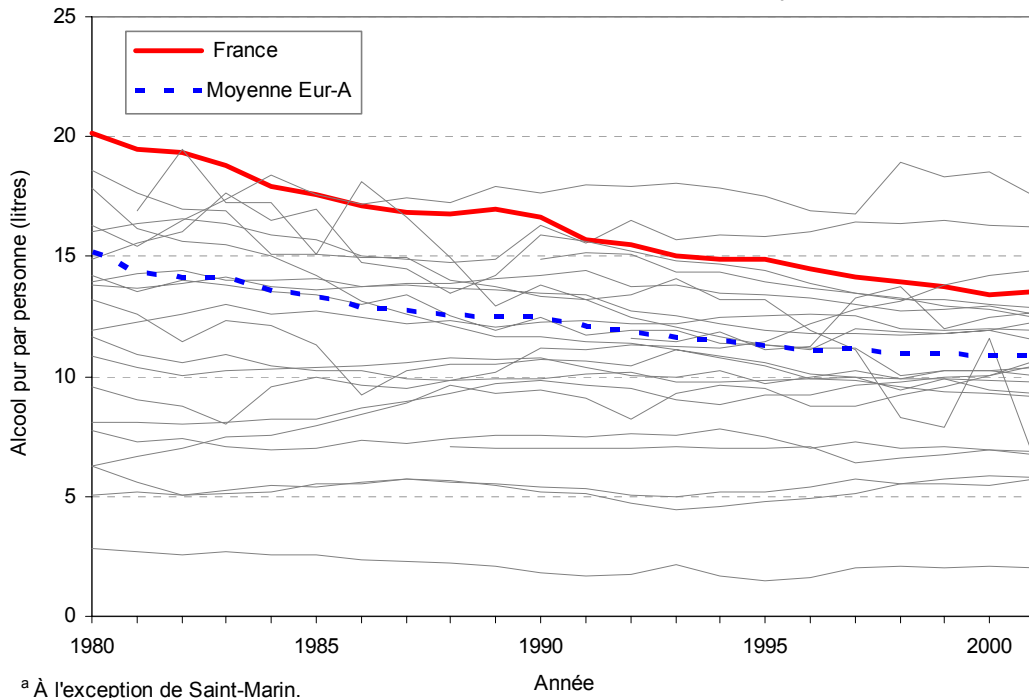
La France a signé la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en 2003 et elle figurait parmi les 40 premiers pays qui l'ont ratifiée en novembre 2004. Les pouvoirs publics avaient alors déjà adopté l'une des politiques les plus strictes du groupe Eur-A en matière de lutte antitabac, par exemple en augmentant les taxes sur les cigarettes, en prohibant le tabac dans les transports en commun et les lieux publics et en interdisant la publicité pour le tabac (WHO Regional Office for Europe, 2004f).

Alcool

Deux des principaux problèmes de santé publique sont liés à l'alcool : la consommation régulière de quantités relativement importantes de boissons alcoolisées et les pratiques nocives, telles que la consommation d'une bouteille de vin ou équivalent en peu de temps ou l'absorption d'au moins cinq boissons « standard » d'affilée. Ces deux pratiques entraînent des problèmes de santé ou aggravent les problèmes existants et augmentent le risque de blessures pour le buveur et pour les autres (Commission européenne, 2003).

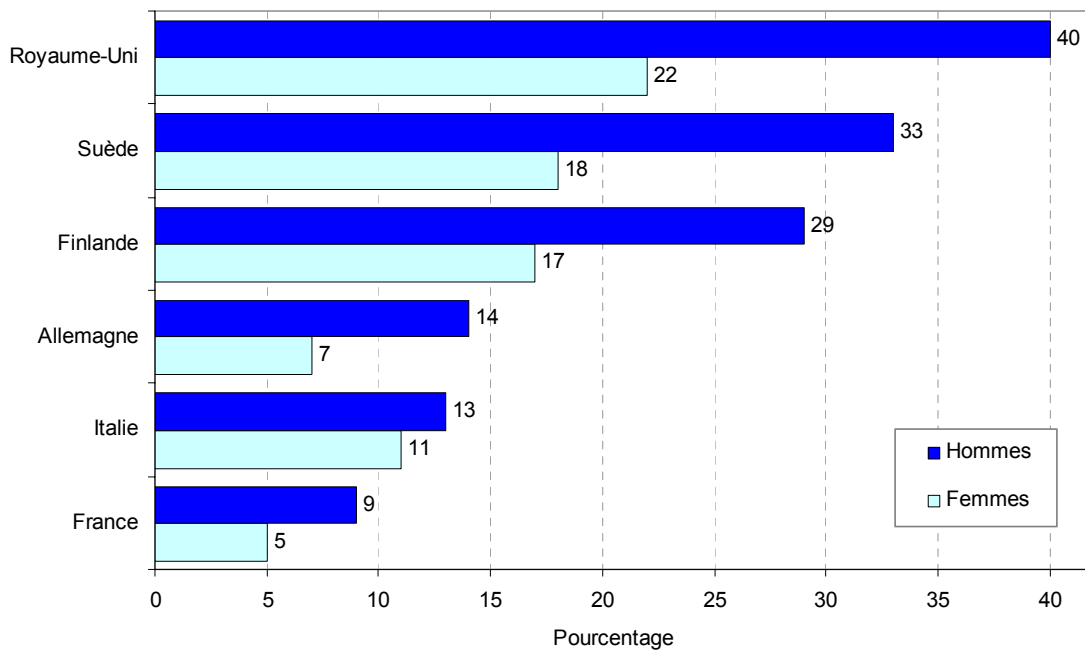
En 2001, les niveaux de consommation d'alcool pur en France figuraient parmi les plus élevés du groupe Eur-A, d'après les statistiques officielles sur la production locale, les ventes, les importations et les exportations d'alcool. Bien qu'ils aient baissé de 30 % depuis 1980, ces niveaux dépassent encore d'un quart la moyenne du groupe Eur-A. Les chiffres présentés ici concernent le vin et les spiritueux, mais pas la bière.

Consommation d'alcool dans le groupe âgé de 15 ans et plus, France et Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible



La suralcoolisation est plutôt une habitude masculine, à laquelle les Français reconnaissent céder dans 9 % des cas où ils sont amenés à boire, contre 5 % pour les Françaises. Ce n'est toutefois pas le mode de consommation d'alcool préféré de la population.

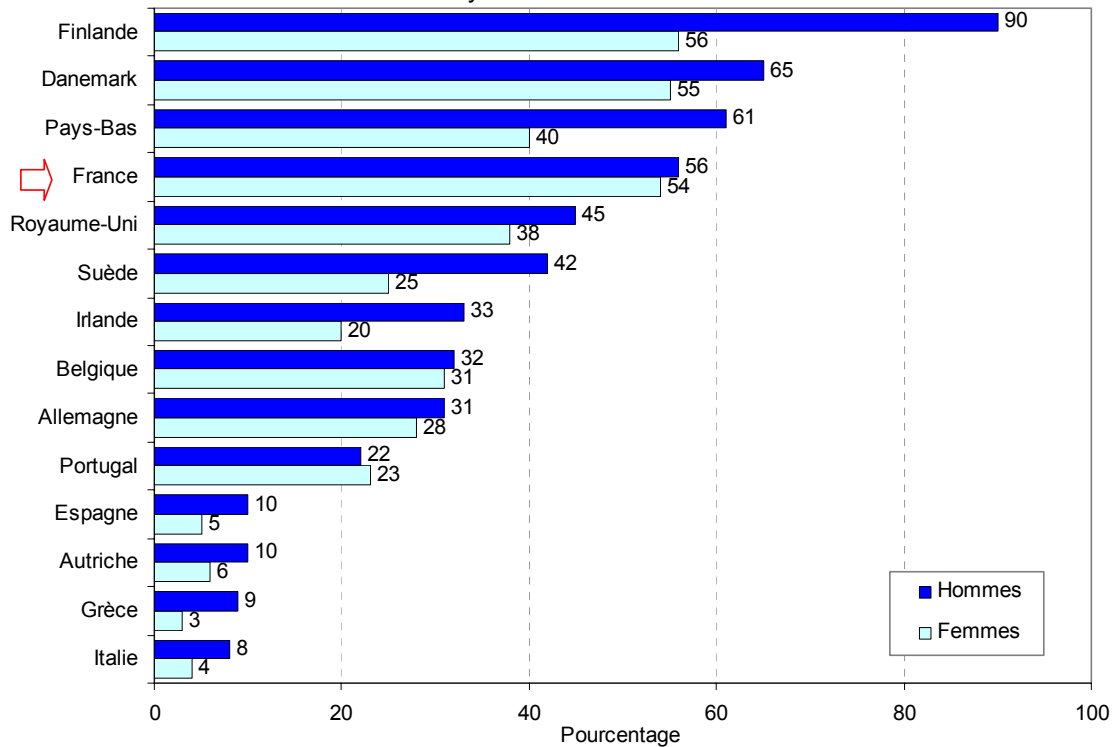
Suralcoolisation exprimée en pourcentage de l'ensemble des occasions de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, plusieurs pays du groupe Eur-A, 2000



Source : Hemström et al. (2002).

La mortalité due à la cirrhose alcoolique du foie est l'indicateur classique des effets nuisibles de la consommation excessive chronique de boissons alcoolisées. En France, elle se situe dans la moyenne du groupe Eur-A (voir la section relative à la mortalité). Cependant, une enquête menée il y a quelques années attribuait à l'alcoolisme plus de la moitié des décès dus à la cirrhose du foie chez les deux sexes (Hemström et al., 2002). La classification des décès dus à la cirrhose alcoolique variant d'un pays à l'autre, les comparaisons entre pays sont sujettes à caution. Ce schéma est donc descriptif et montre dans quel cas l'alcool était le facteur de risque le plus important ayant contribué aux décès dus à une cirrhose, dans un pays donné.

Mortalité due à la cirrhose alcoolique du foie, exprimée en pourcentage de la mortalité totale due à la cirrhose du foie, plusieurs pays du groupe Eur-A, moyennes de 1987 à 1995

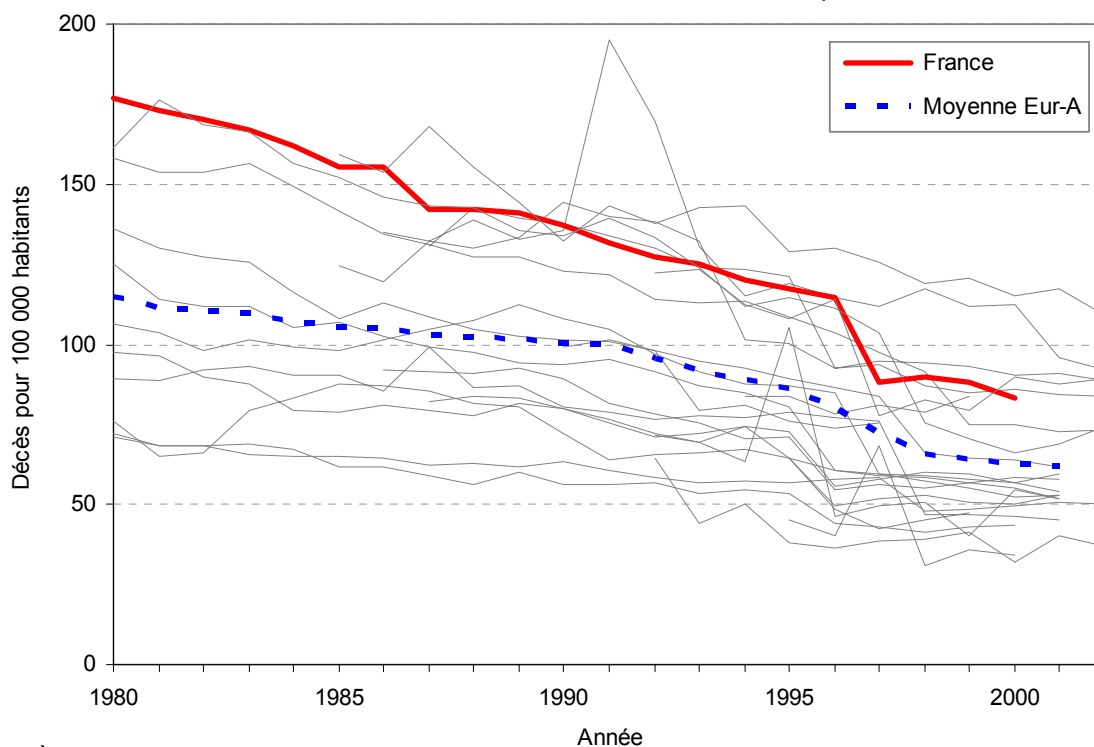


Remarque : les données relatives à l'Allemagne concernent le territoire de la République fédérale d'Allemagne jusqu'au 3 octobre 1990.

Source : Hemström et al. (2002).

Le taux de mortalité imputable à des causes liées à l'alcool a diminué plus rapidement en France que dans le groupe Eur-A, mais il est encore de 83 pour 100 000 habitants, soit supérieur d'un tiers à la moyenne du groupe Eur-A.

Taux comparatifs de mortalité due à des causes liées à l'alcool,
France et Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible

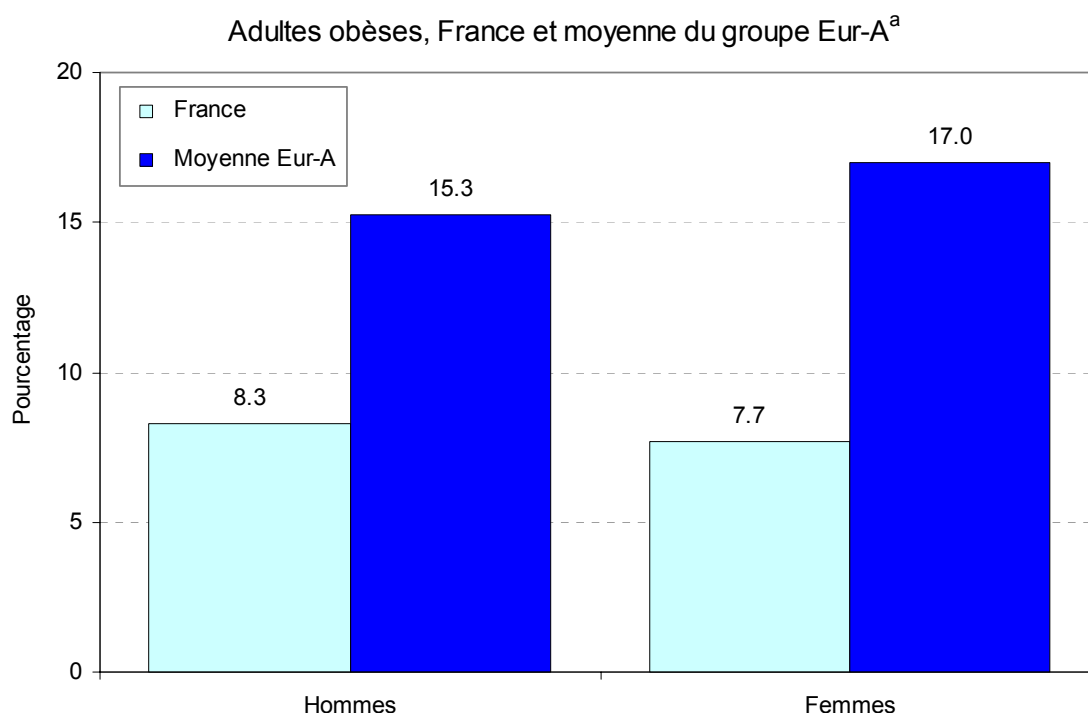


^a À l'exception de Chypre.

Surcharge pondérale

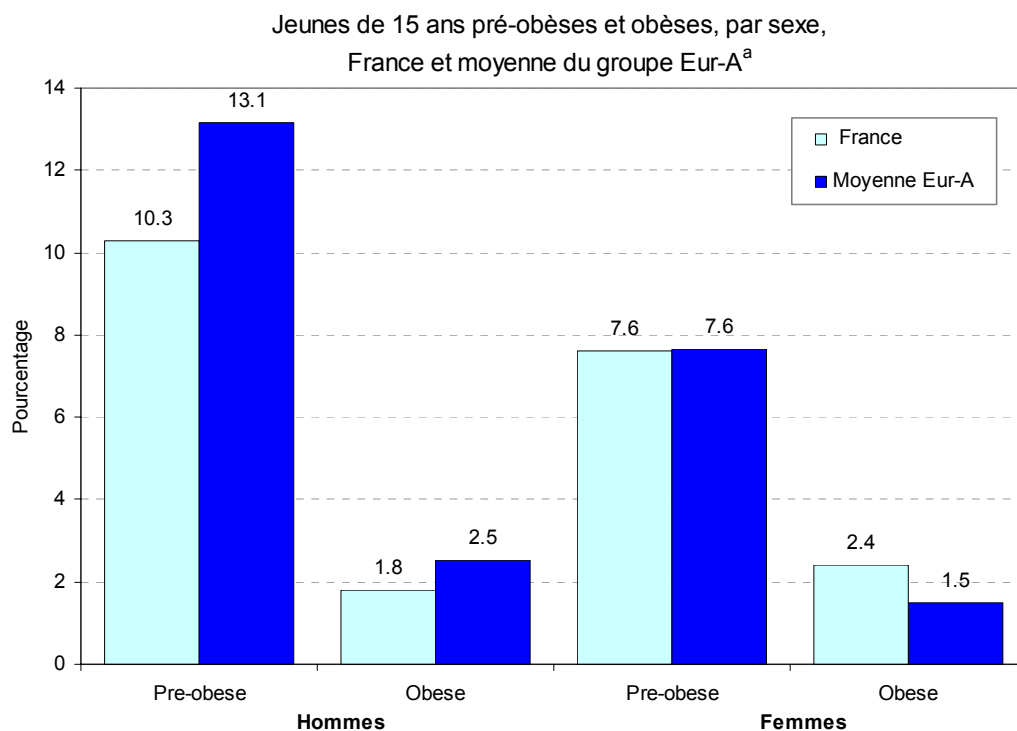
Les études réalisées ont prouvé que la surcharge pondérale, ou surpoids, favorisait les maladies cardiovasculaires et le cancer. Dans les 15 pays qui formaient l'Union européenne avant mai 2004, les chercheurs estiment que ce problème pourrait être responsable de 5 % de l'ensemble des cancers (3 % chez les hommes et 6 % chez les femmes) et, d'une façon générale, de près de 300 000 décès annuels (Banegas, 2002 ; Bergstrom et al., 2001). En ce qui concerne les enfants et les adolescents, le principal problème de la surcharge pondérale, et en particulier de l'obésité, est sa persistance à l'âge adulte et son lien avec le risque de diabète et de maladies cardiovasculaires (Stark et al., 1981).

Le surpoids et l'obésité ont pris des proportions assez alarmantes en Europe. D'après les recommandations en matière d'indice de masse corporelle (IMC), l'obésité est moins courante en France (elle touche 8 % des adultes), soit la moitié de la prévalence enregistrée dans le groupe Eur-A (Robertson et al., 2004). Cependant, une enquête nutritionnelle nationale (Guilbert et al., 2002) a démontré que pas moins de 25 % des personnes âgées de 12 à 75 ans présentaient une surcharge pondérale et que 7 % étaient obèses en 2002, avec une représentation plus importante des hommes (41 %) que des femmes (24 %) dans les deux cas.



^a À l'exception de Autriche, Croatie, Chypre, Islande, Irlande, Luxembourg, Saint-Marin et Slovénie.
Sources : Robertson et al. (2004), the Danish Nutrition Council (2003) pour les données sur le Danemark et Israeli Center for Disease Control (2003) pour les données sur Israël.

D'après les données autodéclarées sur la taille et le poids recueillies en milieu scolaire et ajustées par rapport à l'IMC des adultes, 10 % des garçons de 15 ans et 8 % des filles vivant en France présentent une surcharge pondérale, et l'obésité touche 2 % des jeunes des deux sexes. La proportion de garçons est inférieure à la moyenne du groupe Eur-A, mais celle des filles est égale ou légèrement supérieure. Toutefois, une enquête nationale menée en 2000–2001 auprès des jeunes de 14 et 15 ans scolarisés a montré une proportion similaire de filles et de garçons en surpoids (12,4 %) et obèses (3,3 %) (DREES, 2004). Cette enquête a également révélé que 55 % des adolescents de 14 et 15 ans en surpoids ou obèses appartenaient déjà à cette catégorie à l'âge de 5–6 ans. Le principal déterminant de l'obésité était la profession du père, avec 7,4 % d'obèses parmi les enfants d'ouvriers contre 0,7 % parmi les enfants de cadres (22,4 % contre 10,8 % en ce qui concerne la simple surcharge pondérale).



^a À l'exception de Chypre, Islande, Luxembourg et Saint-Marin.

Sources : Mulvihill et al. (2004) et the Danish Nutrition Council (2003) pour les données sur le Danemark.

Activité physique

L'OMS et d'autres organismes nationaux et internationaux préconisent au moins 30 minutes d'activité physique par jour, définie comme tout mouvement du corps donnant lieu à une dépense d'énergie. La promotion de l'activité physique est sans doute l'une des interventions les plus utiles du point de vue de la santé publique, car être actif réduit le risque de maladie cardiovasculaire, de diabète non insulino-dépendant et d'obésité, pour ne citer que ces maladies, favorise la coordination physique, augmente la force et contribue au bien-être mental. L'activité physique ne se limite pas au sport : elle est l'élément fondamental d'une vie saine et doit être intégrée dans la vie quotidienne. En Europe, plus de 30 % des adultes ne suivent pas les recommandations de l'OMS qui préconise 30 minutes d'activité physique par jour (Racioppi et al., 2002).

Parmi les 3 000 personnes de 12 à 75 ans interrogées en 2002, 55 % déclaraient avoir pratiqué une activité physique au moins une fois au cours des quinze jours précédents et 45 % le jour précédent. Pour un tiers des personnes interrogées, on peut estimer que cette activité était insuffisante, alors que les deux tiers déclaraient avoir pratiqué une activité physique pendant au moins trente minutes le jour précédent (70 % des hommes et 61 % des femmes) (Guilbert et al., 2002).

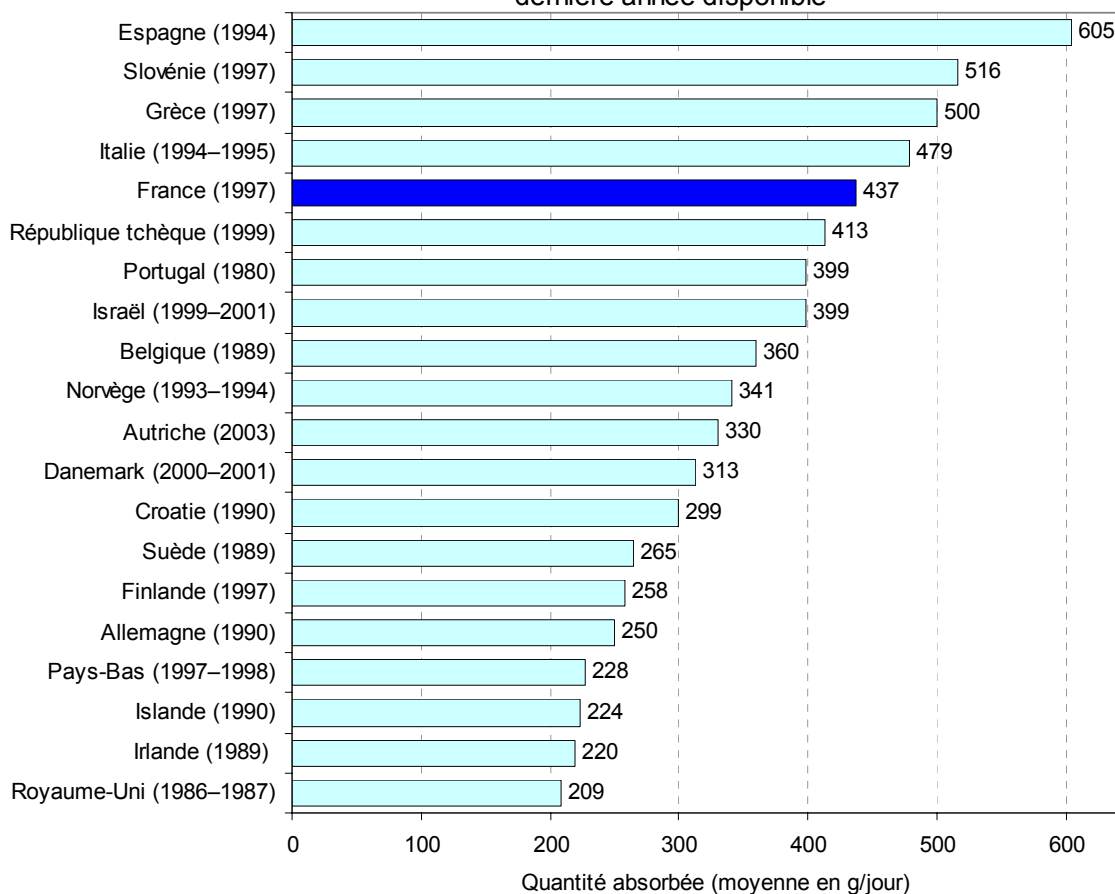
Consommation de fruits et de légumes

L'alimentation joue un rôle important dans l'apparition des maladies cardiovasculaires et des cancers. D'après des estimations prudentes, de meilleures habitudes alimentaires permettraient d'éviter près d'un tiers des maladies cardiovasculaires et un tiers de l'ensemble des cancers à l'échelle mondiale (Robertson et al., 2004). La tension artérielle, le cholestérol sérique, le surpoids et l'obésité, ainsi qu'un régime alimentaire pauvre en fruits et légumes sont des facteurs de risque favorisant ces pathologies. Pour la grande partie de la population qui ne fume pas, l'alimentation est l'un des plus importants déterminants du risque de cancer sur lequel on peut agir.

D'après les estimations, une consommation insuffisante de fruits et de légumes expliquerait près de 18 % des cancers gastro-intestinaux, environ 28 % des cardiopathies ischémiques et 18 % des accidents

vasculaires cérébraux dans la Région européenne. L'OMS recommande de consommer plus de 400 g de fruits et légumes par jour. En 1997, les Français en consommaient en moyenne 437 g par jour.

Consommation de fruits et légumes dans plusieurs pays du groupe Eur-A, dernière année disponible



Sources : WHO Regional Office for Europe (2004b), Robertson et al. (2004) pour les données sur Allemagne, Grèce, Irlande et Espagne, IFEW (2003) pour les données sur Autriche, Danish Institute of Food and Veterinary Research (2004) pour les données sur Danemark et Israeli Center for Disease Control (2003) pour les données sur Israël.

Il est à noter que la consommation moyenne de fruits et légumes ne rend pas compte de la répartition de cette consommation au sein de la population. D'après les données relatives aux pays de l'Union européenne d'avant mai 2004, les personnes ayant des revenus élevés mangent généralement plus de fruits et de légumes que celles ayant des revenus faibles (Joffe & Robertson, 2001).

Maladies

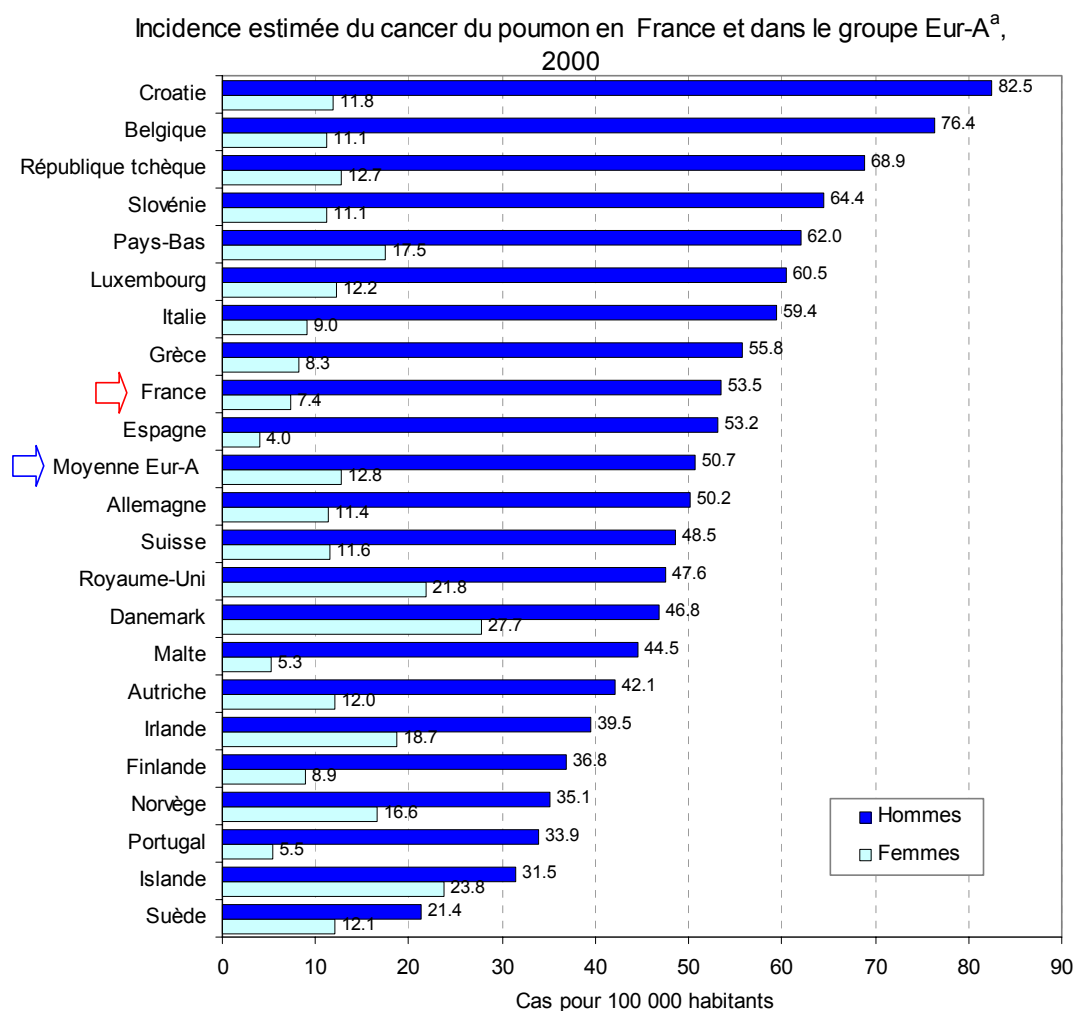
Cancer

Le cancer est à lui seul la maladie la plus meurtrière en France, avec près d'un tiers des décès, et la combinaison des décès et des maladies qu'il entraîne, exprimés en AVCI, représente 19 % de la charge de morbidité chez les hommes et 15 % chez les femmes. L'ensemble de ces indicateurs montre que la charge que fait peser le cancer sur la population est principalement imputable aux décès, et non pas aux longues maladies qu'il provoque.

L'incidence du cancer était moins élevée que la moyenne du groupe Eur-A en 1995 mais elle avait augmenté de 25 % en 2000 (contre 3 % dans le groupe Eur-A) et touchait 5 personnes sur 1 000 en France (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004c).

Le cancer du poumon est le cancer le plus répandu dans la Région et dans le monde. Son facteur de risque le plus important est le tabac (Tyczynski et al., 2002).

En 2000, l'incidence estimée du cancer du poumon parmi les Français était proche de la moyenne du groupe Eur-A, alors que pour les Françaises, elle était égale à 60 % de l'incidence constatée pour le groupe Eur-A.



^a À l'exception de Chypre, Israël et Saint-Marin.

Source : Tyczynski et al. (2002).

Infection à VIH

La multiplication des échanges et des mouvements de population au sein de la Région européenne a favorisé la propagation des maladies infectieuses. En Europe occidentale, la surveillance des maladies transmissibles demeure insuffisante, notamment en ce qui concerne le dépistage et la déclaration des données sur l'infection à VIH. Les informations sur les nouveaux cas d'infection à VIH diagnostiqués, et en particulier les comparaisons de taux dans les différents pays, doivent être interprétées avec précaution (EuroHIV, 2003a,b).

La France a mis en place la déclaration obligatoire des cas d'infection à VIH en mars 2003, ce qui rend difficile l'analyse de l'épidémie. La mortalité due à l'infection à VIH/sida est de 1,7 pour 100 000 habitants, donc légèrement supérieure au taux enregistré dans le groupe Eur-A. À la fin de l'année 2003, les dernières estimations du total cumulé des cas d'infections à VIH en France était de 96 600 (selon une fourchette comprise entre 60 700 et 176 400).

En analysant les cas de sida par type de transmission, on a constaté que la plupart des cas anciens se trouvait parmi les toxicomanes par voie intraveineuse. En revanche, ces cas ont diminué entre 1996 et

1999, ce qui semble prouver l'efficacité des mesures de prévention de l'infection à VIH visant ces toxicomanes (Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2002). La prévalence de l'infection à VIH chez les toxicomanes par voie intraveineuse suivant un traitement semble s'être stabilisée autour de 14 %. L'incidence du sida parmi les hommes homosexuels et bisexuels a diminué depuis la fin des années 1990 mais s'est stabilisée au cours des dernières années. La proportion de nouveaux cas de sida liés à des rapports hétérosexuels augmente, notamment en raison du nombre grandissant de nouveaux cas venant de pays touchés par une épidémie généralisée (principalement d'Afrique subsaharienne) (ONUSIDA et OMS, 2004).

Hépatite C

Depuis la mise en place de la recherche du virus de l'hépatite C dans le sang et les produits sanguins dans les pays de l'Union européenne d'avant mai 2004, la transmission de ce virus a considérablement diminué. Les toxicomanes par voie intraveineuse représentent désormais le groupe le plus exposé, avec 60 à 90 % des nouvelles infections. Les jeunes et les personnes récemment initiées à la toxicomanie par voie intraveineuse ont un risque élevé de contracter le virus peu de temps après la première injection.

L'augmentation de la toxicomanie par voie intraveineuse va de pair avec l'augmentation du risque d'apparition d'une épidémie d'hépatite C. L'exclusion sociale est un facteur déterminant et une caractéristique de la propagation de l'infection (EMCDDA, 2004). D'après les prévisions, l'hépatite C aura des effets à long terme considérables en termes de dépenses de soins de santé et de souffrances individuelles.

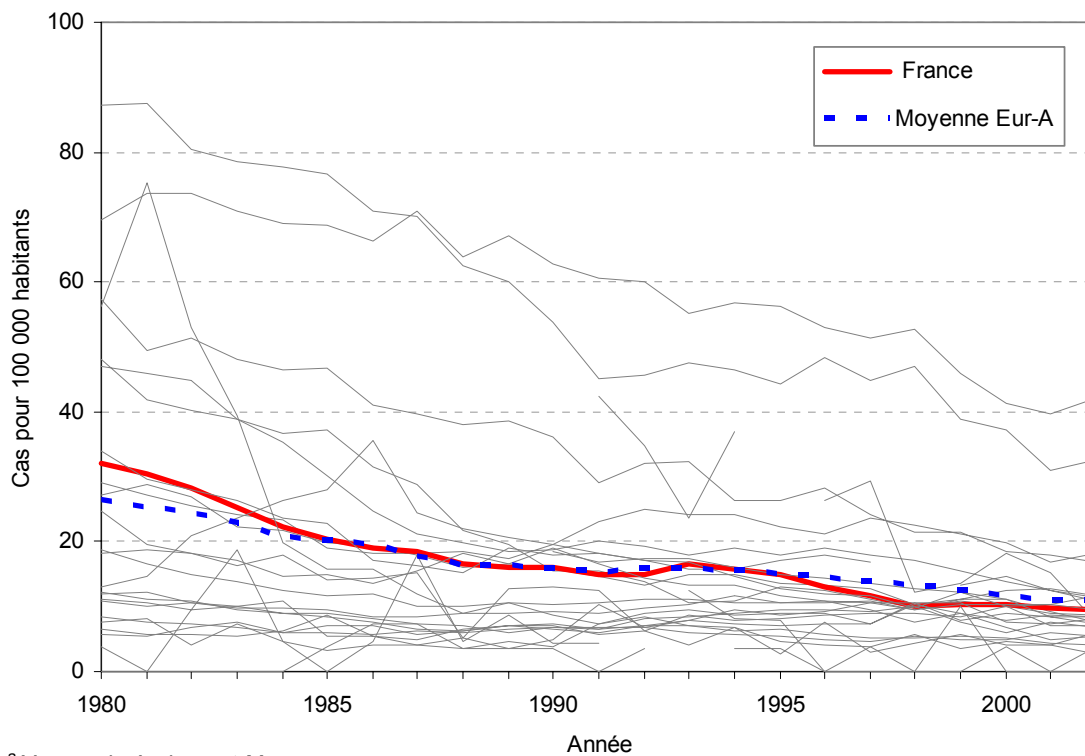
D'après les estimations, entre 500 000 et 600 000 personnes en France étaient contaminées par le virus de l'hépatite C en 1994–1995 (Desenclos et al., 1996). En 1999, sur quelque 20 000 toxicomanes par voie intraveineuse, 20 % de ceux prenant encore des drogues et 63 % de ceux suivis dans un centre spécialisé ont déclaré être porteurs du virus de l'hépatite C ; cette dernière proportion représente une augmentation de 23 % depuis l'enquête de 1994 (Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 1999).

Tuberculose

De 1995 à 2001, les taux de notification de la tuberculose ont globalement diminué en Europe occidentale. La pharmacorésistance reste relativement faible dans les pays ayant notifié leurs données, ce qui indique que la lutte contre la tuberculose est dans l'ensemble efficace (EuroTB, 2003). On enregistre généralement des taux élevés dans les poches de populations à risque (par exemple, les immigrés et les réfugiés venant de zones dans lesquelles l'incidence de la tuberculose est élevée) et parmi les populations autochtones pauvres, les sans-abri et les prisonniers. Les taux élevés sont également associés à l'infection à VIH.

L'incidence de la tuberculose en France a diminué de 36 % depuis 1995, suivant en cela de près la moyenne du groupe Eur-A.

Incidence de la tuberculose en France and Eur-A^a,
de 1980 à la dernière année disponible



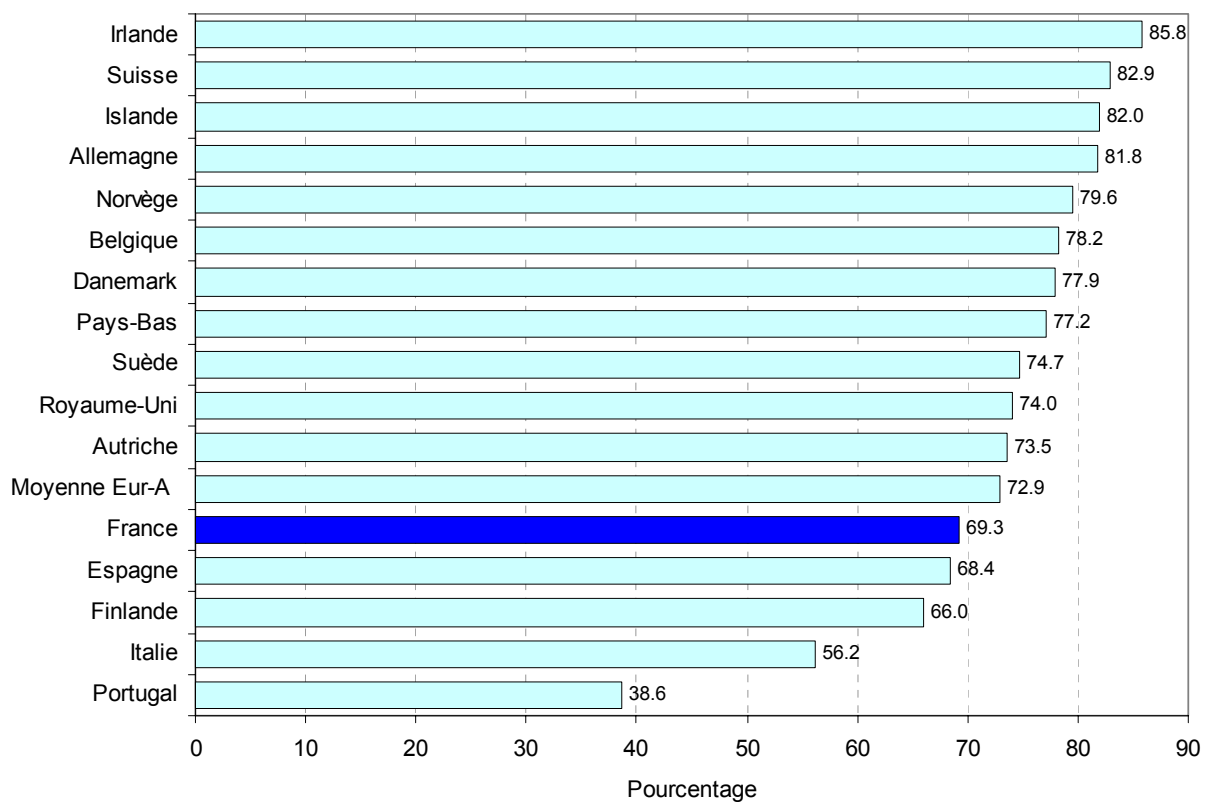
Les récents rapports du Haut Comité de la santé publique (2003) présentent des données plus détaillées sur la morbidité (pour l'année 1998) ainsi que des informations sur les points abordés ci-dessus et sur d'autres sujets relatifs à la santé, notamment au niveau sous-national.

État de santé : données autodéclarées

Habituellement, la population est bien informée sur son état de santé, sur les conséquences positives et négatives de ses comportements et sur l'utilisation qu'elle fait des services de soins de santé. Pourtant, la vision qu'un individu a de sa santé peut être différente de ce que les données administratives et celles établies à partir des examens pratiqués nous apprennent sur les maladies au sein des populations. C'est pourquoi les résultats des études fondées sur l'autodéclaration au niveau des ménages complètent les autres données sur la situation sanitaire et l'utilisation des services.

En règle générale, les Français sont satisfaits de leur état de santé, 69 % des adultes s'estimant en bonne ou en très bonne santé.

Personnes se considérant en bonne ou en très bonne santé, plusieurs pays du groupe Eur-A, de 1997 à 2000



Sources : European Commission (2003) et Kasmel et al. (2004) pour les données sur Finlande.

Systeme de sante¹

Organisation du systeme de sante

Le systeme de sante francais est fonde sur un mecanisme de securite sociale national complete par des elements de financement fiscal (notamment la Contribution sociale generalisee) et par des assurances maladie complementaires volontaires. Ce systeme est regi par l'Etat (parlement, gouvernement et ministres) et par les caisses d'assurance maladie obligatoire. C'est l'Etat qui fixe le plafond des depenses liees a l'assurance maladie, approuve le rapport sur les tendances en matiere de sante et de securite sociale de sante et modifie les prestations et la reglementation.

Le systeme d'assurance maladie obligatoire comprend trois regimes principaux. Le regime general couvre environ 84 % de la population (les salaries du commerce et de l'industrie, ainsi que leurs familles). Le regime agricole couvre les agriculteurs et leurs familles (7,2 % de la population). Le regime des travailleurs independants concerne 5 % de la population. En 2004, un fonds de solidarite en faveur des personnes agees dependantes a ete cree. L'annee 1999 a vu la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU), dont l'attribution est subordonnee a la condition de residence en France (99,9 % de la population sont desormais couverts par l'assurance maladie).

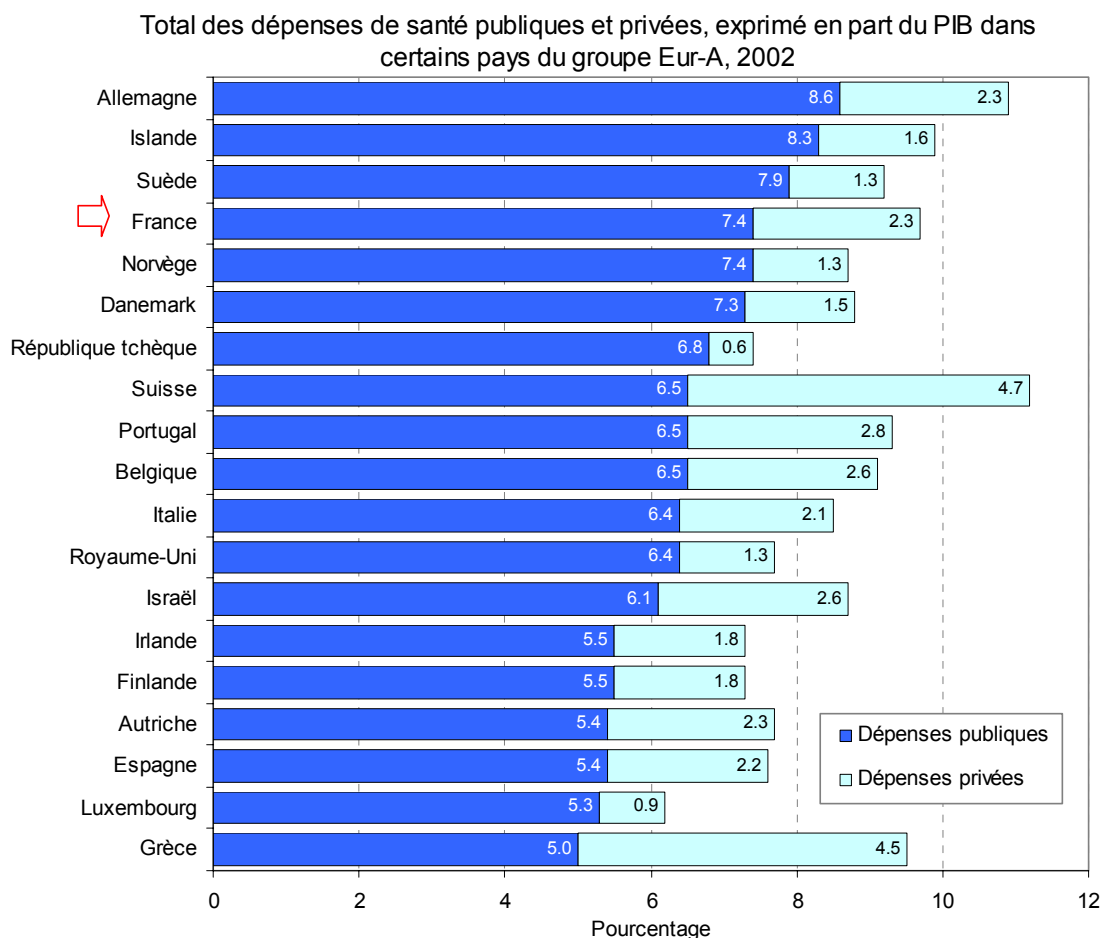
L'assurance maladie complementaire volontaire s'est considerablement developpee au cours des dernieres decennies et elle est gratuite pour les personnes a faibles revenus depuis l'entree en vigueur du systeme de la CMU en 2000. En 2000, pres de 85 % de la population etaient couverts par une assurance maladie volontaire et ce chiffre depasse aujourd'hui les 95 %.

Le systeme de sante fait l'objet d'une decentralisation progressive et passe peu a peu du niveau national au niveau regional. Ce mouvement s'est accompagne d'un transfert de pouvoirs des caisses d'assurance maladie a l'Etat.

Financement et depenses en soins de sante

Selon les estimations, les depenses totales en soins de sante en France representaient en 2002 9,7 % du PIB et se montaient a 2 736 dollars des Etats-Unis par habitant en parite de pouvoir d'achat (OCDE, 2004b) (Annexe. Depenses totales en sante par habitant). La meme annee, les depenses publiques entraient pour 77 % dans le total des depenses de sante. Comme le montre le schéma, la France occupe le deuxieme rang des pays du groupe Eur-A en termes de depenses de sante exprimees en part du PIB, et le troisieme rang en termes de depenses publiques. En 2002, l'assurance maladie representait 73,3 % du total des depenses de sante, le reste se repartissant entre l'assurance maladie volontaire (13,2 %), les paiements directs (9,8 %) et les impots nationaux (3,7 %).

¹ La presente section s'appuie sur des publications de l'Observatoire europeen des systemes de sante (2002a-c) et sur l'ouvrage de Sandier et al. (2004).



Depuis 1996, le parlement vote tous les ans un « objectif national des dépenses d'assurance maladie ». Une fois l'objectif global fixé, le parlement le décompose en quatre enveloppes budgétaires : les soins de ville (praticiens exerçant dans un cadre libéral), l'hospitalisation publique (par régions), les cliniques et le secteur médico-social.

Les hôpitaux publics reçoivent une dotation globale prévisionnelle versée par le régime général. Le mode de paiement des cliniques privées s'appuie sur un prix unitaire couvrant tous les coûts, à l'exception des honoraires médicaux, les médecins étant rémunérés à l'acte. Les établissements privés à but non lucratif peuvent choisir entre les deux modes de paiement (celui des hôpitaux publics ou celui des cliniques privées). Les autorités travaillent actuellement à une réforme visant à instaurer un système de tarification à l'activité et à harmoniser le financement des secteurs public et privé.

Les médecins exerçant dans un cadre libéral assurent la plus grande part des consultations externes et des services hospitaliers privés. Ils sont directement rétribués par les patients, qui sont ensuite partiellement remboursés par le système d'assurance maladie obligatoire. L'accord national entre les médecins et les caisses fixe un tarif négocié. Autre possibilité : à partir de 1980, tous les médecins, puis, à partir de 1990, uniquement les spécialistes, ont pu passer en secteur 2 (soit actuellement près de 24 % de l'ensemble des médecins), ce qui leur permet de pratiquer des dépassements d'honoraires. Les praticiens du système hospitalier public reçoivent un salaire mais, depuis 1986, afin de les retenir dans ce système, les autorités les ont autorisés à exercer une activité privée à temps partiel au sein de l'hôpital.

Dispensation de soins de santé

En France, les soins de santé primaires et secondaires sont dispensés par les médecins, dentistes et autres membres du personnel soignant exerçant dans le cadre libéral, par près de 1 000 centres de santé gérés par les autorités locales et, dans une moindre mesure, par le personnel salarié des hôpitaux. Aucun contrôle de l'accès aux soins n'est effectué et les patients peuvent choisir librement leur soignant. Les récentes

tentatives visant à mettre en place un système de filtre n'ont pas été très concluantes, malgré les mesures d'incitation prises en direction des médecins et des patients.

En France, les établissements hospitaliers sont publics (65 % de l'ensemble des lits d'hôpitaux), privés à but non lucratif (15 %) ou privés à but lucratif (20 %). Les établissements privés à but lucratif pratiquent essentiellement de petites interventions chirurgicales, alors que les établissements publics et privés à but non lucratif se consacrent aux urgences, à la réadaptation, aux soins au long cours et aux traitements psychiatriques. La France dispose en moyenne de 8,4 lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, dont la moitié sont des lits aigus, ce qui est proche de la moyenne du groupe Eur-A.

La politique et la pratique en matière de santé publique font intervenir de nombreux acteurs et sources de financement, d'où un manque de cohésion entre les différents intervenants et une dilution des responsabilités. En mars 2003, les autorités ont proposé d'adopter une nouvelle loi définissant un cadre législatif complet pour la politique de santé publique, qui prévoyait l'élaboration de plans stratégiques dans des domaines prioritaires précis et fixait un certain nombre de buts et d'objectifs.

La France compte environ 1,6 millions de professionnels de santé, soit 6,2 % de la population active. En 2002, on comptait 3,3 médecins et 6,9 infirmiers pour 1 000 habitants, ces deux chiffres étant inférieurs aux moyennes du groupe Eur-A (Annexe. Ressources en matière de soins de santé). On observe des disparités géographiques dans la répartition des médecins, Paris et le sud de la France étant mieux lotis que le reste du pays, ainsi que les zones urbaines par rapport aux campagnes.

Problèmes et perspectives

Le système de santé français est connu pour la liberté dont jouissent les médecins, mais aussi les patients dans le choix de leur soignant, la variété des services de santé dispensés, la possibilité pour la plupart des habitants d'accéder facilement aux soins de santé et, sauf en ce qui concerne quelques spécialités dans certaines régions, l'absence de délais d'attente pour les traitements. Au cours des dernières années, plusieurs réformes ont changé ce qui faisait l'originalité de ce système et ont entraîné un renforcement du rôle du parlement, le remplacement des cotisations calculées sur les salaires par une cotisation (sous forme d'impôt) calculée sur le revenu total, et la subordination de l'attribution de la couverture maladie universelle à la condition de résidence et non plus d'emploi.

Depuis les années 1970, la viabilité financière du système de santé est au premier rang des préoccupations. La structure de ce système rend le contrôle des dépenses difficile et, bien que les niveaux relativement élevés de dépenses de santé aient eu des conséquences positives en termes de satisfaction du patient et de résultats au niveau de la santé, la maîtrise des coûts reste un objectif permanent des politiques. Toutefois, à la fin des années 1990, le souci d'équité a conduit à une réforme majeure, celle de la CMU, qui visait à supprimer les obstacles financiers à l'accès aux soins ; or, cette réforme venait à l'encontre de la tendance générale à la maîtrise des coûts.

En mai 2004, le gouvernement de droite a proposé une série de réformes destinées à engranger des recettes et à réduire les dépenses, afin, selon lui, d'économiser 15 milliards d'euros d'ici 2007. Il a proposé un certain nombre de changements, à savoir :

- appliquer un forfait d'un euro par consultation,
 - exiger des retraités ayant des moyens suffisants de verser des cotisations bien supérieures à celles qu'ils versent actuellement ;
 - augmenter les sommes prélevées aux entreprises au titre des soins de santé,
 - réduire le gaspillage et la surconsommation (en particulier de médicaments),
 - limiter le remboursement des médicaments coûteux,
 - éviter les fraudes à la carte d'assurance maladie,
 - créer un dossier médical informatisé pouvant être consulté par tout professionnel de santé français, afin d'empêcher les patients de multiplier les consultations, et
 - poursuivre la mise en place d'un système de contrôle de l'accès aux soins.
-

Le système de santé français est institutionnellement complexe, d'où des tensions entre l'État, les caisses d'assurance maladie et le personnel soignant. À l'avenir, il sera important d'améliorer les relations qui unissent ces différents acteurs en précisant la mission de chacun d'entre eux.

Références

- Babor T et al. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford, Oxford University Press.
- Banegas JR (2002). *A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union*. Madrid, Department of Preventive Medicine and Public Health, Autonomous University of Madrid.
- Bergstrom A et al. (2001). Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *International Journal of Cancer*, 91:421–430.
- Bostock Y (2003). *Searching for the solution: women, smoking and inequalities in Europe*. London, Health Development Agency, National Health Service.
- Broring G et al., eds. (2003). *Access to care: privilege or right? Migration and HIV vulnerability in Europe*. Woerden, NIGZ European Project AIDS & Mobility (http://212.206.44.60/systeem3/pdf/Country_report_oct031.pdf, accessed 8 June 2004).
- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2001b). *La pauvreté et la santé – données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<http://www.euro.who.int/Document/RC51/fdoc8.pdf?language=French>, consulté le 25 août 2004).
- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2002a). *Rapport sur la santé en Europe 2002*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : 156 (<http://www.euro.who.int/europeanhealthreport>, consulté le 28 mai 2004).
- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004b). *Comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States: full report*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<http://www.euro.who.int/document/e81506.pdf>; consulté le 27 mai 2004).
- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004c). Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<http://www.euro.who.int/hfad>, consulté le 20 juillet 2004).
- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004g). *Tobacco-free Europe. Policy*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20040614_1, consulté le 19 août 2004).
- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004h). *La stratégie européenne sur les maladies non transmissibles*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<http://www.euro.who.int/document/rc54/fdoc08.pdf?language=French>, consulté le 26 octobre 2004).
- CEE-ONU (2003). *Trends in Europe and North America. The statistical yearbook of the United Nations Economic Commission for Europe 2003*. Genève, Commission économique des Nations Unies pour l'Europe : Chapitre 4
- Central Bureau of Statistics of Israel (2003). *Statistical abstract of Israel 2003, No. 54*. Jerusalem, Central Bureau of Statistics of Israel.
- Centre international d'études pénitentiaires (2004). *World prison brief*. Londres, Centre international d'études pénitentiaires (<http://www.prisonstudies.org/>, consulté le 24 novembre 2004).
- Commission européenne (2003). *Health in Europe: results from 1997–2000 surveys*. Luxembourg, Commission européenne (http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1073,1135281,1073_1135295&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=KS-57-03-184, consulté le 7 juin 2004).
- Conseil de l'Europe (2003). *Évolution démographique récente en Europe 2003*. Strasbourg, Conseil de l'Europe.
- Currie C et al., eds. (2000). *Health and health behaviour among young people. International report from the HBSC 1997/98 survey*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (WHO Policy Series:

Health Policy for Children and Adolescents. No. 1; http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf, consulté le 8 juin 2004).

Currie C et al., eds. (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey [La santé des jeunes en contexte. Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC) : rapport international de l'enquête réalisée en 2001/2002]*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 8 juin 2004).

Danish Institute of Food and Veterinary Research (2004). *Udviklingen i danskernes kost 1985–2001 med fokus på sukker og alkohol samt motivation og barrierer for sund livsstil [Trends in diet in Denmark from 1985 to 2001 with a focus on sugar and alcohol and the motivation for and barriers to healthy lifestyles]*. Søborg, Danish Institute of Food and Veterinary Research (http://www.dfvf.dk/Files/Filer/Ernaering/kostundersogelser/Danskernes_kost_1985_til_2001.pdf, consulté le 15 septembre 2004).

Danish Nutrition Council (2003). *Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats [Denmark's obesity epidemic. Proposal for preventive efforts]*. Søborg, Danish Nutrition Council (http://www.ernaeringsraadet.dk/pdf/Fedme_2003.PDF, consulté le 30 septembre 2004).

Desenclos JC et al. (1996). Estimation du nombre de sujets infectés par le VHC en France, 1994–1995. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 1996:05/96; <http://www.invs.sante.fr/beh/1996/9605/index.html/>, consulté le 20 décembre 2004).

DREES (2004). *Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième*. Paris, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Études et résultats n°283 janvier 2004 ; <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er283.pdf/>, consulté le 3 décembre 2004).

EMCDDA (2004). *Hepatitis C: the "hidden epidemic"*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (News Release, No. 1, <http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=6771&sLanguageISO=EN>, accessed 12 January 2005).

EuroHIV (2003a). *Surveillance du VIH/SIDA en Europe*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire (Rapport du 2^{ème} semestre 2002, n° 68 ; <http://www.eurohiv.org/>, consulté le 28 mai 2004).

EuroHIV (2003b). *Surveillance du VIH/SIDA en Europe*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire (Rapport du 1^{er} semestre 2003, n° 69 ; <http://www.eurohiv.org/>, consulté le 28 mai 2004).

EUROSTAT (2004). NewCronos: Base de données de référence d'EUROSTAT [base de données en ligne]. Luxembourg, Office statistique des Communautés européennes (http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=EU_MAIN_TREE&depth=1, consulté le 8 juin 2004).

EuroTB (2003). *Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 2001*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire (http://www.eurotb.org/rapports/2001/etb_2001_full_report.pdf, consulté le 7 juin 2004).

Guilbert P et al., eds. (2002). *Baromètre santé – Nutrition 2002*. Saint Denis, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (<http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=Barometres/BaroNut2002/ouvrage/presentation.asp>, consulté le 3 décembre 2004 ; résumé en anglais <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BaroNut2002/pdf/english.pdf>, consulté le 3 décembre 2004).

Haut Comité de la Santé Publique (2002). *La santé des Français 3^e bilan*. Paris, Éditions La Découverte & Syros.

Hemström O, Leifman H, Ramstedt M (2002). The ECAS survey on drinking patterns and alcohol-related problems. In: Norström T, ed. *Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm, Almqvist and Wiksell International.

- High Committee on Public Health (2003). *Health in France 2002*. Paris, John Libbey Eurotext.
- HIPP (2003). *Déclaration. Santé en prison et santé publique*. Moscou, 24 Octobre 2003. Londres, Health in Prisons Project (http://www.hipp-europe.org/news/moscow_declaration_eng04.pdf, consulté le 25 Juin 2004).
- IFEW (2003). *Austrian nutrition report 2003. English summary*. Vienne, Institut des sciences de la nutrition, Université de Vienne (http://www.univie.ac.at/Ernaehrungswissenschaften/oeeb/OEB2003_sum.pdf, consulté le 24 novembre 2004).
- Israeli Center for Disease Control (2003). *MABAT – First Israeli national health and nutrition survey 1999–2001. Part 1 – General findings*. Tel Hashomer, Israeli Ministry of Health (Publication no. 225).
- Joffe M, Robertson A (2001). The potential contribution of increased vegetable and fruit consumption to health gain in the European Union. *Public Health Nutrition*, 4(4):893–901.
- Kasmel A et al. (2004). Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *European Journal of Public Health*, 14:32–36.
- Knapp M et al. (2004). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care: proposal for analytical study*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20021104_4, accessed 8 June 2004).
- Martikainen P et al. (2001). Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women. *International Journal of Epidemiology*, 2001, 30(6):1397–1405.
- Mulvihill C et al. (2004). Body image, weight control and body weight. In: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe:120–129 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 8 juin 2004).
- Observatoire européen des systèmes de soins de santé (2002a). *Funding health care: options for Europe*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Policy Briefs, No. 4; <http://www.euro.who.int/document/obs/Fhpcpolbrief4.pdf>, consulté le 25 juin 2004).
- Observatoire européen des systèmes de soins de santé (2002b). *Hospitals in a changing Europe*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Policy Briefs, No. 1; <http://www.euro.who.int/document/obs/hosbrief170202.pdf>, consulté le 25 juin 2004).
- Observatoire européen des systèmes de soins de santé (2002c). *Regulating entrepreneurial behaviour in Europe*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Policy Briefs, No. 2; <http://www.euro.who.int/document/obs/regbrief170202.pdf/>, consulté le 25 juin 2004).
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (1999). *Sommaire "Drogues et toxicomanies - indicateurs et tendances" – édition 1999*. Saint Denis la Plaine, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (http://www.drogues.gouv.fr/fr/professionnels/etudes_recherches/indicateurs_tendances, consulté le 10 janvier 2005).
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (2002). *Drogues et dépendances : indicateurs et tendances – édition 2002*. Saint Denis la Plaine, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (http://www.drogues.gouv.fr/fr/professionnels/etudes_recherches/professionnels_indicateurs_tendances.html, consulté le 10 janvier 2005).
- Observatoire national interministériel de sécurité routière (2004a). *French road safety policy*. Paris, Observatoire national interministériel de sécurité routière (<http://www.securiteroutiere.gouv.fr/IMG/pdf/FRSP.pdf>, consulté le 3 décembre 2004).
- Observatoire national interministériel de sécurité routière (2004b). *La sécurité routière en France : bilan de l'année 2003*. Paris, Documentation Française (<http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/infos-ref/observatoire/accidentologie/index.html>, consulté le 20 décembre 2004 ; résumé en anglais :

<http://www.securiteroutiere.gouv.fr/infos-ref/observatoire/observatory.html>, consulté le 20 décembre 2004).

OCDE (2004b). *Données sanitaires de l'OCDE 2004* [base de données en ligne]. Paris, Organisation de coopération et de développement économique (http://www.oecd.org/statisticsdata/0,2643,en_2649_34631_1_119656_1_1_1,00.html, consulté le 25 juin 2004).

OECD (2004a). *Ageing and employment policies*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (http://www.oecd.org/document/37/0,2340,en_2649_201185_32019685_1_1_1_1,00.html, accessed 19 August 2004).

OEDT (2002). *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège - 2002*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes (<http://ar2002.emcdda.eu.int/fr/home-fr.html>, consulté le 8 juin 2004).

OEDT (2003). *Rapport annuel 2003: État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes (<http://ar2003.emcdda.eu.int/fr/home-fr.html>, consulté le 25 juin 2004).

OMS (2001a). *Stratégie quinquennale de l'OMS pour la prévention des accidents de la circulation*. Genève, Organisation mondiale de la santé (http://www.who.int/world-health-day/2004/en/final_strat_fr.pdf, consulté le 7 juillet 04).

OMS (2001b). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – la santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/whr/2001/fr/index.html>, consulté le 8 juin 2004).

OMS (2002). *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la santé : 248 (<http://www.who.int/whr/2002/fr>, consulté le 25 mai 2004).

OMS (2003a). *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une consultation OMS/FAO d'experts*. Genève, Organisation mondiale de la santé (OMS, Série de rapports techniques, n° 916 ; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/summary/fr/>, consulté le 28 mai 2004).

OMS (2003d). *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/whr/2003/fr/>, consulté le 25 mai 2004).

OMS (2004). *Rapport sur la santé dans le monde 2004 – Changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/whr/2004/fr>, consulté le 6 septembre 2004).

ONUSIDA, OMS (2003). *AIDS: epidemic update December 2003*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/epi2003/en/index.html>, consulté le 8 juin 2004).

ONUSIDA, OMS (2004). *Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections, 2004 update* [base de données en ligne]. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en>, consulté le 28 juin 2004).

Peden M et al., eds. (2004). *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Genève, Organisation mondiale de la santé (http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/fr/, consulté le 7 juillet 2004).

PNUD (2003). *Rapport sur le développement humain 2003. Objectifs de développement pour le Millénaire : un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement.

PNUD (2004). *Rapport sur le développement humain 2004. La liberté culturelle dans un monde diversifié*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement.

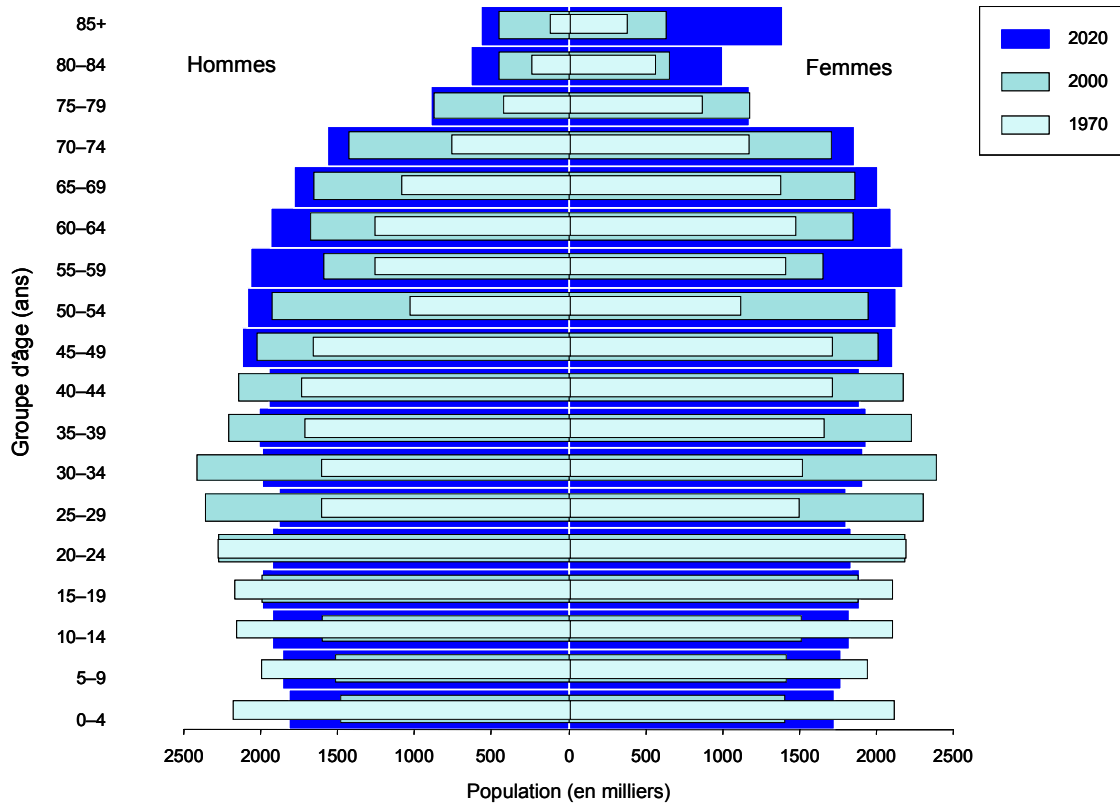
- Racioppi F et al. (2002). *A physically active life through everyday transport. With a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<http://www.who.dk/document/e75662.pdf>, consulté le 30 août 2004).
- Racioppi F et al. (2004). *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>, consulté le 7 juillet 2004).
- Réseau des bases factuelles en santé (2003a). *Quels sont les principaux facteurs de risque responsables de l'invalidité chez les personnes âgées et quelles sont les mesures préventives?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=French, consulté le 28 mai 2004).
- Réseau des bases factuelles en santé (2003b). *Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus économiques en matière de lutte contre le tabagisme?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=French, consulté le 28 mai 2004).
- Réseau des bases factuelles en santé (2004a). *Quels sont les avantages et les inconvénients de restructurer un système de soins de santé de manière à ce qu'il soit plus axé sur les services de soins primaires?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=French, consulté le 28 mai 2004).
- Réseau des bases factuelles en santé (2004b). *Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus rentables en matière de lutte contre l'alcoolisme?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=French, consulté le 28 mai 2004).
- Robertson A et al., eds. (2004). *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 96; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, accessed 28 May 2004).
- Sandier S et al. (2004). *Health care systems in transition – France 2004*. Bruxelles, Observatoire européen des systèmes de soins de santé (HiT country profiles ; <http://www.euro.who.int/document/e83126.pdf>, consulté le 3 décembre 2004).
- Stark D et al. (1981). Longitudinal study of obesity in the National Survey of Health and Development. *British Medical Journal*, 283:12–17.
- Tyczynski JE et al. (2002). Lung cancer in Europe. *ENCR Cancer Fact Sheets*, 1.
- United Nations (2002). World population prospects: the 2002 revision population database [base de données en ligne]. New York, Nations Unies (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=1>, consulté le 8 juin 2004).
- UNSD (2004). United Nations Statistics Division [base de données en ligne]. New York, Nations Unies Division statistique des Nations Unies (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/default.htm>, consulté le 19 août 2004).
- WHO (2003b). *Project Atlas: mapping mental health resources in the world*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/, accessed 24 November 2004).
- WHO (2003c). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/tobacco/areas/framework/en/>, accessed 28 May 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2000). *CINDI dietary guide*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e70041.pdf>, accessed 28 May 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2001a). *Mental health in Europe: country reports from the WHO European network on mental health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/E76230.pdf>, accessed 8 June 2004).
-

- WHO Regional Office for Europe (2002b). *European Strategy for Tobacco Control*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20030826_3, accessed 28 May 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2003). *WHO European strategy for smoking cessation policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20030826_5, accessed 28 May 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2004a). Alcohol control database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/alcohol/>, accessed 15 November 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2004d). *The HIV/AIDS epidemic in Europe and central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/aids/20040326_1, accessed 25 June 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2004e). *A strategy to prevent chronic disease in Europe: a focus on public health action: the CINDI vision*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e83057.pdf>, accessed 20 July 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2004f). Tobacco control database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/tobacco/>, accessed 8 June 2004).
- Ziglio E et al., eds. (2003). *Health systems confront poverty*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Public Health Case Studies, No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, consulté le 25 août 2004).
-

Annexes

Annexe. Pyramide des âges

Pyramide des âges pour la France



Sources : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004c) et United Nations (2002).

Annexe. Données de la mortalité

Mortalité en France par rapport à la moyenne du groupe Eur-A

Problème de santé	Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants		Surmortalité en France (%)	Nombre total de décès en France (%)	Nombre total de décès en Eur-A (%)
	France (2000)	Moyenne Eur-A (2001)			
Maladies non transmissibles	437.7	519.5	- 15,7	71.3	79.9
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	167.4	246.3	- 32,0	27.3	37.9
Cardiopathie ischémique	49.4	97.3	- 49,2	8.1	15.0
Maladies cérébrovasculaires	39.0	62.0	- 37,0	6.4	9.5
Maladies de la circulation pulmonaire et autres maladies cardiaques	55.2	57.0	- 3,0	9.0	8.8
<i>Cancer</i>	186.7	181.8	2.7	30.4	28.0
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	35.4	37.0	- 4,2	5.8	5.7
Cancer du sein chez les femmes	27.0	27.1	- 0,3	4.4	4.2
Cancer du côlon, du rectum et de l'anus	19.0	20.7	- 8,3	3.1	3.2
Cancer de la prostate	26.0	25.0	4.1	4.2	3.8
<i>Maladies du système respiratoire</i>	36.0	47.7	- 24,5	5.9	7.3
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	10.3	20.0	- 48,5	1.7	3.1
Pneumonie	10.8	16.5	- 34,6	1.8	2.5
<i>Maladies du système digestif</i>	29.4	30.7	- 4,4	4.8	4.7
Maladie et cirrhose chroniques du foie	13.4	12.8	4.6	2.2	2.0
<i>Affections neuropsychiatriques</i>	18.3	13.0	40.6	3.0	2.0
					0.0
Maladies transmissibles	12.5	8.1	54.4	2.0	1.2
VIH/Sida	1.7	0.9	89.9	0.3	0.1
Causes externes	56.2	39.5	42.3	9.2	6.1
<i>Causes non intentionnelles</i>	17.9	16.1	11.3	2.9	2.5
Accidents de la route	12.0	10.0	20.0	2.0	1.5
Chutes accidentelles	5.9	6.1	- 3,1	1.0	0.9
<i>Causes intentionnelles</i>	17.6	11.4	54.3	2.9	1.8
Suicide	16.8	10.5	60.4	2.7	1.6
Homicides et agressions	0.9	1.0	- 11,5	0.1	0.1
Causes mal déterminées	36.0	21.3	68.9	5.9	3.3
Toutes causes confondues	613.6	650.1	- 5,6	100.0	100.0

Annexe. Mortalité

Tableau 1. Données de la mortalité pour les personnes âgées de 1 à 14 ans en France et dans le groupe Eur-A :
Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants et évolution en pourcentage
de 1980 à la dernière année disponible

Causes de décès	Sexe	France (2000)		Eur-A (2001)			
		Taux	Évolution (%)	Moyenne	Évolution (%)	Minimum	Maximum
Toutes causes confondues	Tous sexes confondus	17.7	- 15,0	17.0	- 20,4	12.9	28.2
	M	20.0	- 13,9	19.2	- 20,3	12.6	32.2
	F	15.3	- 16,4	14.8	- 20,4	4.9	24.1
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	M	0.7	22,0	0.9	- 26,0		1.8
	F	0.8	- 12,4	1.0	- 21,8		1.6
Cardiopathie ischémique	M				- 75,0		0.6
	F				- 66,7		0.2
Maladies cérébrovasculaires	M	0.2	120	0.2	- 44,4		0.4
	F	0.2	- 23,1	0.2	- 39,4		0.7
Cancer	M	2.8	- 17,6	3.3	- 15,4		5.1
	F	2.5	- 2,0	2.7	- 10,4		4.9
Cancer du poumon	M				- 80,0		0.2
	F						0.3
Cancer du sein	F				100,0		0.1
	M	0.5	- 31,5	0.8	- 13,7		3.0
<i>Maladies du système respiratoire</i>	F	0.4	- 28,1	0.7	- 11,9		2.4
	M	0.2	- 4,8	0.3	- 21,6		0.7
<i>Maladies du système digestif</i>	F	0.2	- 30,4	0.2	- 25,0		2.6
	M	8.5	- 20,8	6.4	- 30,7	3.5	20.3
<i>Causes externes</i>	F	5.2	- 19,8	4.0	- 24,3		7.0
	M	3.7	- 3,7	2.7	- 30,3		8.0
Accidents de la route	F	1.9	- 32,7	1.8	- 29,3		4.1
	M	0.6	60,5	0.4	- 11,9		0.7
Suicide	F	0.2	36,4	0.1	0,0		0.6

-- = sans objet. Pas de chiffre = taux < 0,1

Tableau 2. Données de la mortalité pour les personnes âgées de 15 à 24 ans en France et dans le groupe Eur-A :
Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants et évolution en pourcentage
de 1980 à la dernière année disponible

Causes de décès	Sexe	France (2000)		Eur-A (2001)			
		Taux	Évolution (%)	Moyenne	Évolution (%)	Minimum	Maximum
Toutes causes confondues	Tous sexes confondus	58.9	- 10,2	53.1	- 13,2	37.4	69.7
	M	85.4	- 9,1	77.8	- 13,0	59.4	110.2
	F	31.5	- 12,9	27.7	- 13,2	13.9	34.8
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	M	2.8	9,4	3.3	- 12,1		5.7
	F	1.4	- 19,4	1.8	- 13,1		2.9
Cardiopathie ischémique	M	0.3	8,3	0.3	- 15,0		1.6
	F	0.1	- 37,5	0.1	- 7,7		0.7
Maladies cérébrovasculaires	M	0.7	37,7	0.7	- 13,6		1.4
	F	0.3	- 49,1	0.4	- 24,1		1.4
Cancer	M	5.6	11,2	5.4	- 7,9		15.5
	F	3.4	- 4,6	3.7	- 7,9		7.0
Cancer du poumon	M	0.1	150,0	0.1	- 50,0		0.3
	F	0.1	150,0	0.0	- 33,3		0.3
Cancer du sein	F			0.1	- 16,7		0.3
	M	1.0	- 30,5	1.1	- 25,7		4.5
<i>Maladies du système respiratoire</i>	F	0.8	- 27,9	0.8	- 18,8		2.0
	M	0.3	- 35,8	0.5	- 28,8		1.2
<i>Maladies du système digestif</i>	F	0.2	- 31,4	0.3	- 30,4		1.1
	M	62.0	- 10,1	54.9	- 12,0	33.0	96.5
<i>Causes externes</i>	F	18.3	- 14,4	14.3	- 14,8	6.9	23.5
	M	36.8	- 0,7	30.2	- 9,3	14.9	71.1
Accidents de la route	F	10.7	- 7,6	8.1	- 10,7	2.6	14.3
	M	12.3	- 17,9	11.2	- 11,5		36.7
Suicide	F	3.6	- 19,6	2.5	- 24,3		7.5

-- = sans objet. Pas de chiffre = taux < 0,1

Tableau 3. Données de la mortalité pour les personnes âgées de 25 à 64 ans en France et dans le groupe Eur-A :
Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants et évolution en pourcentage
de 1980 à la dernière année disponible

Causes de décès	Sexe	France (2000)		Eur-A (2001)			
		Taux	Évolution (%)	Moyenne	Évolution (%)	Minimum	Maximum
Toutes causes confondues	Tous sexes confondus	341.4	-7,9	315.4	-13,1	218.8	449.7
	M	484.1	-9,2	425.4	-14,3	276.0	661.7
	F	202.9	-4,6	208.4	-11,0	128.0	322.5
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	M	81.7	-10,5	110.6	-20,8	72.2	225.0
	F	24.6	-9,4	38.2	-21,3	23.4	74.7
Cardiopathie ischémique	M	35.2	-8,2	59.8	-24,6	35.2	108.6
	F	5.4	-16,2	13.6	-28,0	5.4	28.6
Maladies cérébrovasculaires	M	13.6	-21,7	17.4	-22,0	7.5	56.6
	F	7.3	-7,5	10.5	-20,2	5.2	27.0
Cancer	M	189.8	-5,4	148.8	-9,8	91.0	217.2
	F	97.1	0,1	102.4	-7,7	76.1	155.2
	M	57.9	-0,4	43.9	-12,8	18.5	71.0
Cancer du poumon	F	10.4	26,2	13.3	11,7	6.9	32.8
	F	28.4	-4,9	27.5	-14,3	14.7	37.2
<i>Maladies du système respiratoire</i>	M	12.9	-23,5	15.8	-19,2	8.5	29.7
	F	5.3	-11,4	7.9	-12,3	3.7	22.6
<i>Maladies du système digestif</i>	M	33.0	-12,0	31.8	-9,6	3.1	67.0
	F	13.4	-13,0	13.4	-7,5	4.2	26.2
Causes externes	M	80.1	-12,4	59.9	-10,5	28.2	120.7
	F	26.1	-15,5	17.8	-10,6		33.1
	M	19.1	-7,1	15.8	-7,8	6.5	34.0
Accidents de la route	F	5.6	-18,4	4.3	-14,4		7.4
	M	33.8	-9,0	21.2	-9,0	6.6	56.4
Suicide	F	11.7	-11,5	6.8	-11,1		15.8

- = sans objet. Pas de chiffre = taux < 0,1

Tableau 4. Données de la mortalité pour les personnes âgées de 65 ans et plus en France et dans le groupe Eur-A :
Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants et évolution en pourcentage
de 1980 à la dernière année disponible

Causes de décès	Sexe	France (2000)		Eur-A (2001)			
		Taux	Évolution (%)	Moyenne	Évolution (%)	Minimum	Maximum
Toutes causes confondues	Tous sexes confondus	3760.3	-1,6	4199.5	-11,5	3714.4	6010.0
	M	5012.4	-2,1	5328.5	-13,2	4658.1	7580.8
	F	2937.7	-1,1	3460.2	-11,5	2937.7	5088.6
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	M	1614.4	-7,3	2232.9	-23,4	1614.4	4272.2
	F	1027.5	-8,9	1613.4	-21,7	1027.5	3314.3
Cardiopathie ischémique	M	517.5	-5,4	948.2	-20,3	517.5	1702.7
	F	244.7	-9,2	539.5	-17,4	244.7	1084.7
Maladies cérébrovasculaires	M	354.7	-13,8	536.2	-35,9	324.8	1302.3
	F	268.0	-13,5	457.0	-32,6	170.4	1018.5
Cancer	M	1527.1	-3,4	1482.9	-12,1	1175.1	1900.6
	F	653.0	-2,6	749.8	-9,4	589.1	1088.5
	M	320.8	-5,4	371.8	-22,0	196.0	615.4
Cancer du poumon	F	45.4	6,9	81.7	15,6	13.8	213.2
	F	108.8	-1,0	113.9	-10,1	83.3	164.1
<i>Maladies du système respiratoire</i>	M	419.7	-13,6	545.9	-13,6	371.8	1115.6
	F	201.1	-10,9	266.5	-13,9	157.9	716.3
<i>Maladies du système digestif</i>	M	200.8	-11,7	205.0	-10,5	117.8	342.9
	F	121.6	-13,1	143.3	-20,3	77.8	196.0
Causes externes	M	248.2	-6,3	152.6	2,0	80.6	282.8
	F	151.2	-5,1	91.0	0,7	41.3	157.3
	M	21.3	-11,7	20.4	-15,3	8.7	46.0
Accidents de la route	F	8.9	-18,8	7.9	5,4	0.0	15.5
	M	59.2	-6,9	34.3	-13,5	8.8	86.1
Suicide	F	16.0	-17,2	9.9	-17,6	1.1	23.6

*Annexe. Total des dépenses de santé par habitant***Total des dépenses de santé publiques et privées par habitant dans plusieurs pays du groupe Eur-A, 2002**

Pays	Dépenses (parité des pouvoirs d'achat en US\$)
Autriche	2220
Belgique	2515
République tchèque	1118
Danemark	2580
Finlande	1943
France	2736
Allemagne	2817
Grèce	1814
Islande	2807
Irlande	2367
Israël	1622
Italie	2166
Luxembourg	3065
Pays-Bas	2643
Norvège	3083
Portugal	1702
Espagne	1646
Suède	2517
Suisse	3445
Royaume-Uni	2160
Moyenne Eur-A	2348

Sources : OCDE (2004b) et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004c) pour les données 2001 sur Israël.

Annexe. Ressources en soins de santé

Ressources en matière de soins de santé pour 100 000 habitants dans le groupe Eur-A, dernière année disponible

Eur-A	Infirmiers		Médecins		Lits d'aigus	
	Nombre	Année	Nombre	Année	Nombre	Année
Andorre	316.1	2002	304.2	2002	283.2	2002
Autriche	587.4	2001	332.8	2002	609.5	2002
Belgique	1075.1	1996	447.8	2002	582.9	2001
Croatie	501.6	2002	238.3	2002	367.3	2002
Chypre	422.5	2001	262.3	2001	406.6	2001
République tchèque	971.1	2002	350.5	2002	631.3	2002
Danemark	967.1	2002	364.6	2002	340.2	2001
Finlande	2166.3	2002	316.2	2002	229.9	2002
France	688.6	2002	333.0	2002	396.7	2001
Allemagne	973.1	2001	335.6	2002	627.0	2001
Grèce	256.5	1992	453.3	2001	397.1	2000
Islande	898.2	2002	363.6	2002	368.2	1996
Irlande	1676.2	2000	238.3	2001	299.5	2002
Israël	598.4	2002	371.3	2002	218.0	2002
Italie	296.2	1989	612.1	2001	397.9	2001
Luxembourg	779.3	2002	259.3	2002	558.7	2002
Malte	551.1	2002	267.2	2002	348.8	2002
Monaco	1621.4	1995	664.3	1995	1553.6	1995
Pays-Bas	1328.2	2001	314.9	2002	307.4	2001
Norvège	2055.7	2001	364.5	2002	308.9	2001
Portugal	384.0	2001	322.9	2001	330.8	1998
Saint-Marin	507.7	1990	251.7	1990	–	–
Slovénie	717.9	2002	224.2	2002	414.3	2002
Espagne	367.2	2000	324.3	2000	296.4	1997
Suède	975.1	2000	304.1	2000	228.3	2002
Suisse	830.0	2000	361.6	2002	398.3	2002
Royaume-Uni	497.2	1989	210.0	2002	390.0	2002
Moyenne Eur-A	819.8	2001	354.1	2002	409.6	2001

Sources : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004c) et OCDE (2004b) pour les données sur les médecins et les lits d'aigus au Royaume-Uni.

Notes techniques

Calcul des moyennes

Les moyennes du groupe de référence, lorsqu'elles sont calculées à partir des chiffres de la base de données européenne de la Santé pour tous du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, sont pondérées par la population. (Certains pays pour lesquels on ne dispose pas de données suffisantes peuvent être exclus du calcul de ces moyennes.) Lorsque les données proviennent d'autres sources, des moyennes simples sont calculées, le cas échéant.

Afin de lisser les fluctuations des taux annuels dus aux petits nombres, on utilise des moyennes sur trois ans, selon les cas. Ainsi, concernant la mortalité maternelle (qui est en général un petit nombre), des moyennes mobiles sur trois ans ont été calculées pour tous les pays. Lorsque l'on sait que des fluctuations extrêmes sont dues à des anomalies de la population, les données correspondantes peuvent être supprimées.

Source des données

Afin de permettre des comparaisons aussi valables que possible, l'OMS s'est donné pour règle de recueillir les données relatives à chaque indicateur auprès d'une source unique, de sorte que ces données soient harmonisées de façon raisonnablement cohérente. Sauf indication contraire, les données des schémas et tableaux contenus dans ce rapport proviennent de la version de juin 2004 de la base de données européenne de la Santé pour tous du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Cette base de données cite les principales sources de données.

Codification des maladies

Les méthodes de confirmation, de déclaration et de classification des cas (élaborées à partir des neuvième et dixième versions de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, respectivement dénommées CIM-9 et CIM-10), de même que les particularités culturelles et linguistiques, peuvent avoir une influence sur les données et donc fausser la comparaison d'un pays à un autre.

Espérance de vie en bonne santé et années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI)

L'espérance de vie en bonne santé et les années de vie corrigées du facteur invalidité sont des mesures synthétiques de la santé d'une population qui combinent des informations sur la mortalité et sur les issues non fatales afin de donner une idée de la santé de cette population sous la forme d'un chiffre unique. Elles complètent les indicateurs de mortalité dans la mesure où elles offrent une estimation de l'importance relative de différentes causes sur la perte de santé globale des populations.

Les AVCI sont calculées à partir d'informations sur les causes de décès dans chaque Région de l'OMS et d'évaluations régionales de l'épidémiologie des principales affections invalidantes. Les estimations régionales ont été ventilées par État membre pour les besoins des Panoramas de la santé.

Les estimations nationales de l'espérance de vie en bonne santé se fondent sur les tables de mortalité de chaque État membre, sur des enquêtes relatives à des échantillons représentatifs de la population et visant à évaluer les incapacités physiques et cognitives ainsi que l'état général de santé, et sur des informations détaillées concernant l'épidémiologie des principales affections invalidantes dans chaque pays.

Pour plus de détails, se reporter à l'annexe statistique et aux notes explicatives du *Rapport sur la santé dans le monde 2003*¹.

Enquêtes auprès des ménages

Les enquêtes auprès des ménages constituent actuellement la seule source d'informations sur l'état de santé des individus. Les données obtenues sont subjectives et autodéclarées. Elles complètent les statistiques officielles globales sur les taux de mortalité, l'espérance de vie et la morbidité. Il existe des instruments permettant de concevoir les études et d'effectuer une estimation analytique de la santé qui sont adaptés aux

¹OMS (2003). *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/whr/2003/fr>, consulté le 25 mai 2004).

différences culturelles et aux attentes en termes de santé, ce qui rend possible la comparaison des résultats des études entre les populations et les groupes.

Limites des données au niveau national

Les moyennes nationales, en particulier lorsqu'elles indiquent une situation ou des tendances relativement bonnes en matière de situation sanitaire (comme c'est le cas dans la plupart des pays développés), cachent des poches de problèmes. À moins que la différence entre la situation sanitaire d'une petite population et la norme soit d'une ampleur telle qu'elle a une incidence sur un indicateur national, les risques pour la santé et les mauvais résultats sanitaires des petits groupes n'apparaissent que dans les données sous-nationales.

Groupes de référence pour comparaison

Dans la mesure du possible, on utilise des comparaisons internationales pour évaluer les points forts et les points faibles d'un pays et pour proposer une évaluation sommaire des avancées réalisées et des progrès restant à accomplir. Les disparités entre les pays et les valeurs moyennes permettent de formuler des hypothèses de causalité ou impliquent des liens ou des solutions qui invitent à chercher plus avant.

Les groupes de pays utilisés à des fins de comparaison sont appelés groupes de référence. Il peut s'agir :

- de pays connaissant les mêmes tendances ou le même développement en termes sanitaire et socioéconomique ; et/ou
- des groupes géopolitiques.

Les 27 pays enregistrant une très faible mortalité infantile et une très faible mortalité des adultes, réunis sous le nom Eur-A par l'OMS, constituent le groupe de référence utilisé dans le présent rapport. Ce groupe comprend l'Allemagne, Andorre, l'Autriche, la Belgique, Chypre, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Luxembourg, Malte, Monaco, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la République tchèque, le Royaume-Uni, Saint-Marin, la Slovaquie, la Suède et la Suisse. Toutefois, on ne dispose pas de données relatives à la plupart des indicateurs concernant deux de ces 27 pays, à savoir Andorre et Monaco. Sauf indication contraire, la mention Eur-A et les moyennes concernant le groupe Eur-A font référence aux 25 pays pour lesquels des données sont disponibles.

De préférence, les comparaisons doivent porter sur une même période, mais les données les plus récentes des pays ne concernent pas toutes la même année. Il est important d'en tenir compte, dans la mesure où le classement d'un pays peut changer dès lors que l'on dispose de données actualisées.

En règle générale, les graphiques présentent les tendances observées depuis 1980, parfois pour tous les pays de référence. Seuls le pays en question et la moyenne du groupe sont mis en évidence et mentionnés dans la légende. Il est ainsi possible de suivre les tendances d'un pays par rapport à celles de tous les pays de référence et de comparer plus facilement les résultats de ce pays à ceux d'autres groupes et/ou à la tendance ou la moyenne générale.

Glossaire

Causes de décès

Code CIM-10

Accident vasculaires cérébraux	I60–I69
Maladies chroniques du foie et cirrhoses	K70, K73, K74, K76
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	J40–J47
Cancer du côlon/du rectum/de l'anus	C18–C21
Maladies de la circulation pulmonaires et autres cardiopathies	I26–I51
Chutes	W00–W19
Cancer du sein	C50
Cardiopathies ischémiques	I20–I25
Pneumonie	J12–J18
Cancer de la prostate	C61
Troubles neuropsychiatriques	F00–99, G00–99, H00–95
Accidents de la circulation routière	V02–V04, V09, V12–V14, V19–V79, V82–V87, V89
Lésions auto-infligées (suicide)	X60–X84
Cancer de la trachée/des bronches/du poumon	C33–C34
Agressions	X85–Y09

Terminologie technique

Année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI)	Mesure combinée du nombre d'années vécues avec une incapacité et du nombre d'années de vie perdues du fait d'un décès prématuré. Une AVCI équivaut donc à un an de vie en bonne santé perdu.
Indice de GINI	Cet indice permet de savoir dans quelle mesure la répartition du revenu ou de la consommation s'écarte de l'égalité parfaite. Une valeur de 0 représente une égalité parfaite et une valeur de 100 une inégalité absolue. Les niveaux les plus faibles dans la Région européenne de l'OMS sont compris entre 23 et 25 et les niveaux les plus élevés, entre 35 et 36. ¹
Espérance de vie en bonne santé	L'espérance de vie en bonne santé est l'espérance de vie totale convertie en équivalent en années de vie en bonne santé compte tenu des années vécues avec une incapacité due à des maladies ou à des traumatismes.
Seuil de pauvreté monétaire (50 % du revenu médian)	Seuil en deçà duquel une population est considérée comme pauvre : dans ce cas, 50 % du revenu médian.
Espérance de vie à la naissance	Durée de vie moyenne que connaîtrait un nouveau-né s'il était soumis pendant toute sa vie aux conditions de mortalité de son année de naissance.
Accroissement naturel de la population	Différence entre le taux de natalité et le taux de mortalité.

¹Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2002). *Rapport sur la santé en Europe 2002*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe:156 (<http://www.euro.who.int/europeanhealthreport>, consulté le 28 mai 2004).

Troubles neuropsychiatriques	Troubles de type mental ou neurologique ou liés à la consommation de substances psychoactives
Accroissement de la population	(taux de natalité moins taux de mortalité) + (immigration moins émigration)
Taux comparatif de mortalité	Taux de mortalité normalisé en fonction de l'âge calculé selon la méthode directe, c'est-à-dire taux brut tel qu'on l'observerait si la population avait la même répartition par âge que la population européenne type.
