



01

Où en sommes-nous ?
La situation sanitaire en
Europe – les arguments
en faveur de Santé 2020

Jamais la population de la Région européenne de l'OMS n'a vécu aussi longtemps qu'aujourd'hui. En outre, nous vivons en meilleure santé. Néanmoins, comme l'évoque ce chapitre, les progrès réalisés à cet égard lors des quelques dernières décennies ne sont pas également répartis en Europe, ou n'ont pas atteint toutes les régions du continent ou les différents groupes de population. Dans certains pays, la santé et l'espérance de vie ont diminué, ce qui a creusé la fracture sanitaire de la Région. Cette situation est intolérable, alors que l'Europe est particulièrement prospère et jouit d'une grande tradition de santé publique, et appelle à la mise en œuvre urgente de la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020 (1).

La Région européenne connaît actuellement d'importants changements démographiques et épidémiologiques qui déterminent les besoins à venir en matière de soins, de promotion de la santé et de prévention des maladies. Cependant, de telles transitions se produisent à des vitesses et à des degrés d'intensité divers pour les différents groupes de pays et de population, ce qui crée de nouveaux défis et une mosaïque de situations sanitaires requérant des stratégies spécifiques. L'évolution de la situation souligne quelques-unes des grandes difficultés rencontrées sur le plan sanitaire en Europe que la politique Santé 2020 tente, d'ailleurs, de résoudre (1). Les informations présentées dans ce chapitre s'appuient principalement sur les données communiquées par les pays à l'OMS/Europe (encadré 1). Elles cernent les éléments clés sur lesquels se base la politique Santé 2020, mettent en exergue les tendances méritant l'attention et fixent un point de référence à partir duquel on peut suivre les progrès réalisés en vue de la concrétisation des priorités et des domaines d'intervention stratégique qui ont été définis.

Tendances démographiques

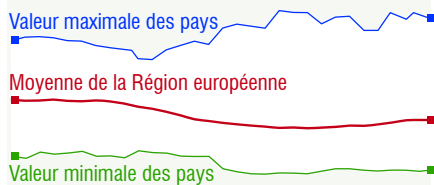
Croissance démographique et vieillissement de la population

La population des 53 pays de la Région européenne a atteint les quelque 900 millions d'habitants en 2010, soit une augmentation de 5 % depuis 1990 (6). Si les projections à partir de 2010 indiquent que la population n'évoluera pas sensiblement dans l'ensemble de la Région lors des décennies à venir, elle va en fait baisser dans certains pays (7). Plusieurs facteurs contribuent à cette tendance, notamment les faibles taux bruts de natalité (figure 1) et des taux de fécondité inférieurs à 1,75 enfant par femme, assortis d'une stabilité relative ou d'une augmentation lente des taux bruts de mortalité et des flux migratoires. Une diminution ou une

Encadré 1.

Approche adoptée lors de la préparation des graphiques et de l'interprétation des données

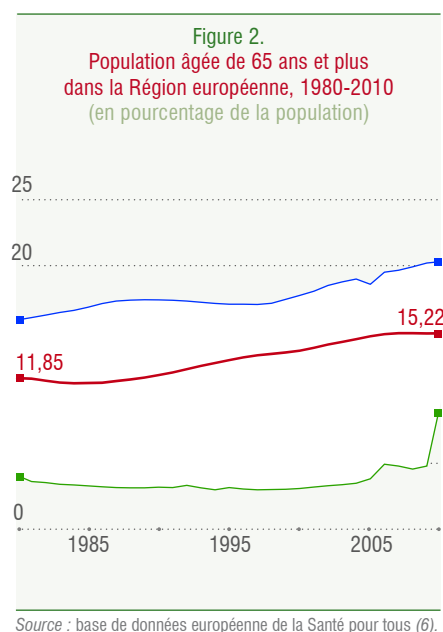
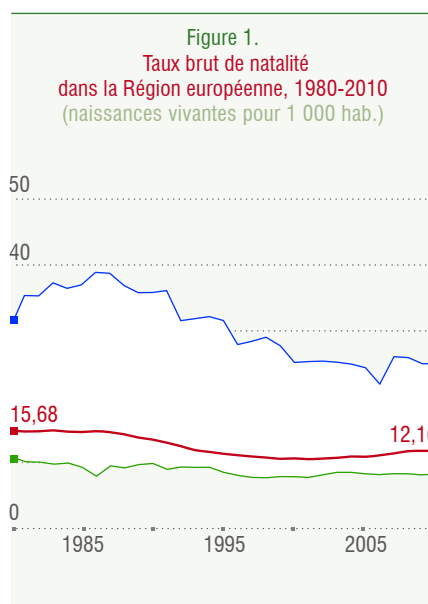
- Les données présentées dans ce rapport proviennent pour la plupart de la base de données européenne de la Santé pour tous (6), telles que communiquées à l'OMS/Europe par les pays ou d'autres organisations internationales.
- Bien que la Région européenne de l'OMS comprenne 53 États membres, le nombre de pays disposant d'informations pour une année donnée peut varier selon les indicateurs, en raison de différences dans la communication ou de la disponibilité des données.
- La valeur moyenne des indicateurs pour la Région européenne représente la moyenne pondérée des données nationales en fonction de la population. Contrairement aux rapports précédents, le présent rapport sur la santé en Europe ne présente pas les moyennes pour les différents groupements sous-régionaux de pays. L'élaboration d'une nouvelle approche constructive afin de présenter des données sous-régionales qui tiennent parfaitement compte du contexte actuel et permettent le suivi des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la politique Santé 2020 constitue l'un des défis à l'évaluation et à l'analyse mentionnés dans la dernière section du présent rapport.
- La zone blanche figurant sur les graphiques illustre les tendances (généralement entre 1980 et 2010) et indique les valeurs minimales et maximales des pays pour un indicateur et une année donnée (figure 1). En d'autres termes, la valeur minimale ou maximale peut en fait se rapporter à des pays différents selon les années. Les États membres de la Région varient en superficie et, pour les pays moins peuplés, la valeur minimale ou maximale peut être déterminée par un nombre restreint de cas.
- Ces arguments expliquent en partie certains des pics excessifs observés dans la zone blanche de plusieurs graphiques. Néanmoins, ces pics peuvent parfois représenter des situations extrêmes : par exemple, une mortalité accrue (ou une espérance de vie réduite) à la suite d'une importante catastrophe d'origine humaine ou naturelle.



croissance négative de la population sur le plan annuel a déjà été attestée dans les pays d'Europe centrale et orientale du début des années 1990 au début des années 2000.

La population de la Région européenne vieillit rapidement. En 2010, et selon des estimations, environ 15 % de la population totale était âgée de 65 ans et plus (figure 2), soit une hausse de près de 30 % depuis 1980. Le nombre de personnes de cette tranche d'âge augmente plus rapidement que dans n'importe quel autre segment de la population. Les pays de la Région montrent toutefois des différences importantes en ce qui concerne la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, allant de plus de 20 % (pourcentage en hausse), à 5 % (tendance potentiellement à la baisse). Néanmoins, il est prévu qu'en 2050, ce groupe d'âge constituera plus de 25 % de la population totale de la Région européenne.

En général, le vieillissement accru de la population est lié à l'augmentation de la lutte contre les maladies transmissibles en début de vie, à l'apparition retardée des affections non transmissibles chroniques et à la réduction de la mortalité prématurée grâce à l'amélioration des conditions de vie et des services de santé. Néanmoins, il importe particulièrement de continuer à assurer et à renforcer l'intégration et la protection sociales ainsi que la sécurité (avec la prestation d'un ensemble de services sociaux sanitaires répondant aux besoins d'une population vieillissante, compte tenu de ce phénomène largement attesté et de ses effets escomptés). Cette démarche nécessite d'ailleurs des ressources adaptées au contexte de chaque pays (8).



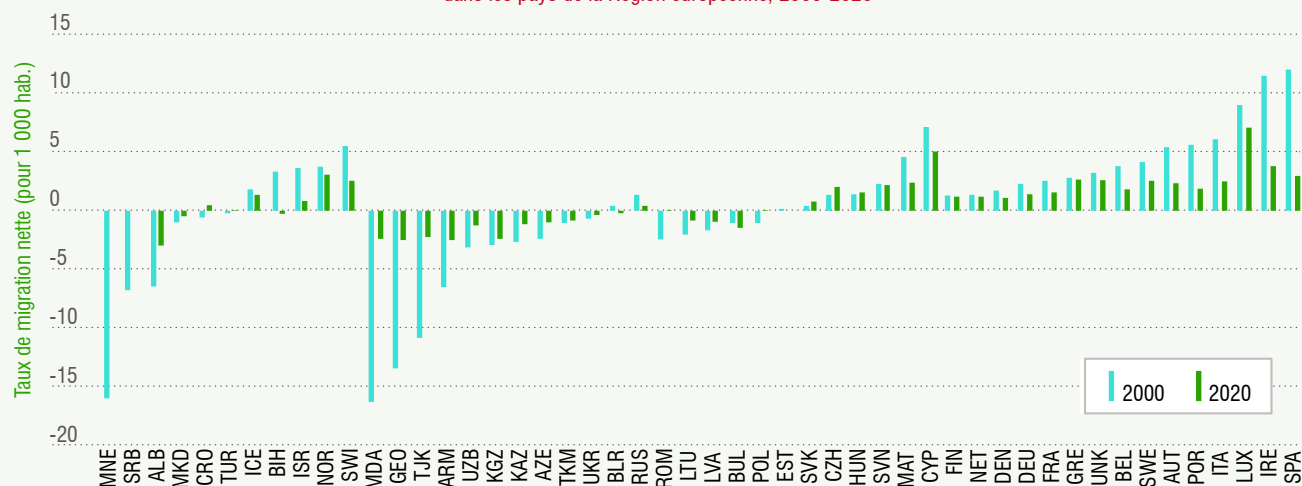
Répartition démographique

La migration est un autre facteur influant sur les transitions démographiques observées en Europe. Les principales causes sont les catastrophes d'origine humaine et naturelle, ainsi que les troubles sociaux, économiques et politiques. Selon les données disponibles, la Région européenne compte un nombre estimé de 73 millions de migrants (dont 52 % de femmes), soit près de 8 % de la population totale. Globalement, ce flux migratoire a permis à la Région européenne de compter 5 millions d'habitants supplémentaires depuis 2005, et concourt à près de 70 % de la croissance démographique entre 2005 et 2010.

Les estimations et les projections actuelles du solde migratoire d'ici 2020 attestent et prédisent des bouleversements et des écarts marqués entre les pays de la Région. L'année 2000 servant de niveau de référence, la figure 3 illustre la migration nette projetée d'ici 2020 dans les pays de la Région européenne.

Les effets à long terme de la migration sur la structure et la croissance soutenue de la population demeurent incertains. Certains faits sont cependant bien attestés : les migrants sont généralement plus jeunes, moins riches et plus susceptibles de contracter des maladies transmissibles, et ont aussi moins accès aux services de santé que la population générale. Compte tenu de cette situation, les politiques publiques au niveau intersectoriel profiteront des stratégies coordonnées accordant une

Figure 3.
Évolution nette projetée des taux migratoires
dans les pays de la Région européenne, 2000-2020



Encadré 2. Tendances démographiques – messages clés

- Alors que la population européenne a augmenté pour atteindre près de 900 millions d'habitants, la Région connaît une diminution des taux de fécondité qui va bientôt stabiliser cette tendance.
- En outre, la population prend rapidement de l'âge : en 2050, d'après les prévisions, on estime que plus de 25 % de la population totale de la Région européenne sera âgée de 65 ans et plus.
- La migration influe sur les transitions démographiques observées en Europe.
- La proportion de la population urbaine a atteint près de 70 % en 2010 et devrait dépasser 80 % en 2045 ; en conséquence, les populations sont exposées à différents risques et déterminants sanitaires.

attention particulière aux besoins actuels et futurs des migrants. Il importe d'encourager davantage, dans la Région européenne, l'échange de données d'expérience et d'éléments de preuve glanés lors de la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies des systèmes de santé et d'autres systèmes sociaux et économiques.

La répartition géographique de la population de la Région fournit d'autres informations pertinentes pour la politique de la santé. En effet, près de 70 % de l'ensemble de la population vivaient en milieu urbain en 2010 ; cette proportion devrait dépasser 80 % en 2045 (9). La proportion de la population urbaine varie toutefois entre les pays, allant de plus de 85 % dans environ 10 pays à moins de 50 % dans 8 pays. Les populations urbaines et rurales peuvent présenter des différences quant à leur exposition à toute une série de déterminants sociaux de la santé, notamment l'accès aux services de santé ainsi qu'à d'autres services (voir ci-dessous la section consacrée aux déterminants sociaux et aux inégalités de santé). Pareillement, les centres urbains présentent diverses conditions sociales et économiques, et les pays ont adopté des politiques différentes abordant, par exemple, l'intégration sociale ou s'attaquant aux processus qui vulnérabilisent davantage certaines personnes aux maladies.

Situation et tendances épidémiologiques

Outre cette évolution démographique, la population de la Région européenne connaît d'importants changements épidémiologiques en termes de mortalité, témoignant d'une évolution de la situation dans tous les groupes d'âge comme chez les deux sexes, et en termes de causes des maladies et de l'invalidité. Les sections suivantes illustrent les tendances, établissent une base de référence pour Santé 2020 et fournissent des informations mettant en exergue les domaines prioritaires pour la promotion de la santé, la prévention des maladies et le renforcement des systèmes de santé dans la Région.

Espérance de vie

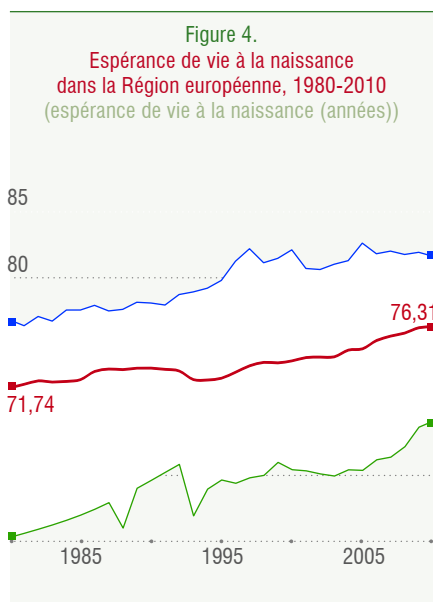
Espérance de vie à la naissance

Bien que fondée sur les taux de mortalité, l'espérance de vie globale est largement utilisée comme indicateur de la santé. La Région européenne a d'ailleurs réalisé un important progrès à cet égard dans la mesure où l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 5 ans depuis 1980, pour

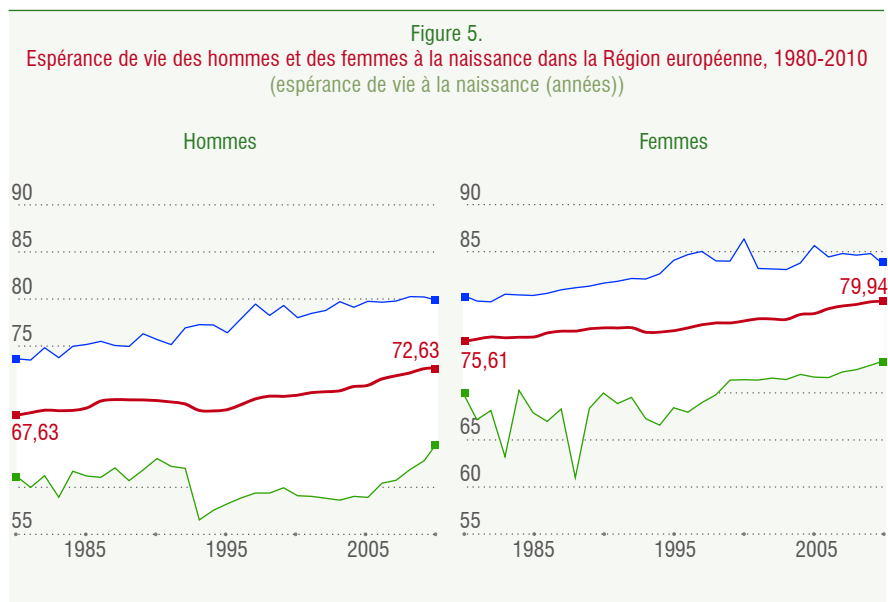
atteindre 76 ans en 2010. Il en résulte un gain annuel moyen de 0,17 an durant cette période et, à l'exception de deux baisses autour de 1984 et de 1993, une tendance constante à la hausse.

Néanmoins, l'espérance de vie moyenne à la naissance varie d'un pays à l'autre, oscillant de 82,2 à 68,7 ans, soit un écart de 13,5 ans en 2010 (figure 4). Trois périodes distinctes peuvent être identifiées en termes d'inégalités. Au cours des années 1980, on assiste à une convergence entre les niveaux les plus élevés et les plus bas, indiquant une diminution des écarts entre les pays. Après le milieu des années 1990, les inégalités se sont lentement accrues, parallèlement à l'évolution sociale, politique et économique des pays de la partie orientale de la Région. Depuis 2006, on assiste de nouveau à un début de convergence entre les niveaux inférieurs et supérieurs.

En Europe, l'espérance de vie à la naissance diffère également entre les hommes et les femmes, ce qui met en évidence une inégalité fondamentale et persistante au niveau régional. En 2010, l'espérance de vie moyenne atteignait 80 ans chez les femmes, contre 72,5 ans chez les hommes, soit un écart de 7,5 ans. La figure 5 montre qu'en moyenne, les hommes sont en retard d'une génération par rapport aux femmes en matière d'espérance de vie. En effet, en 2010, les hommes n'avaient pas encore rattrapé le niveau moyen atteint par les femmes en 1980. On observe également de plus grandes inégalités entre les pays en termes d'espérance de vie des hommes, comparée à celle des femmes, surtout après 1993.

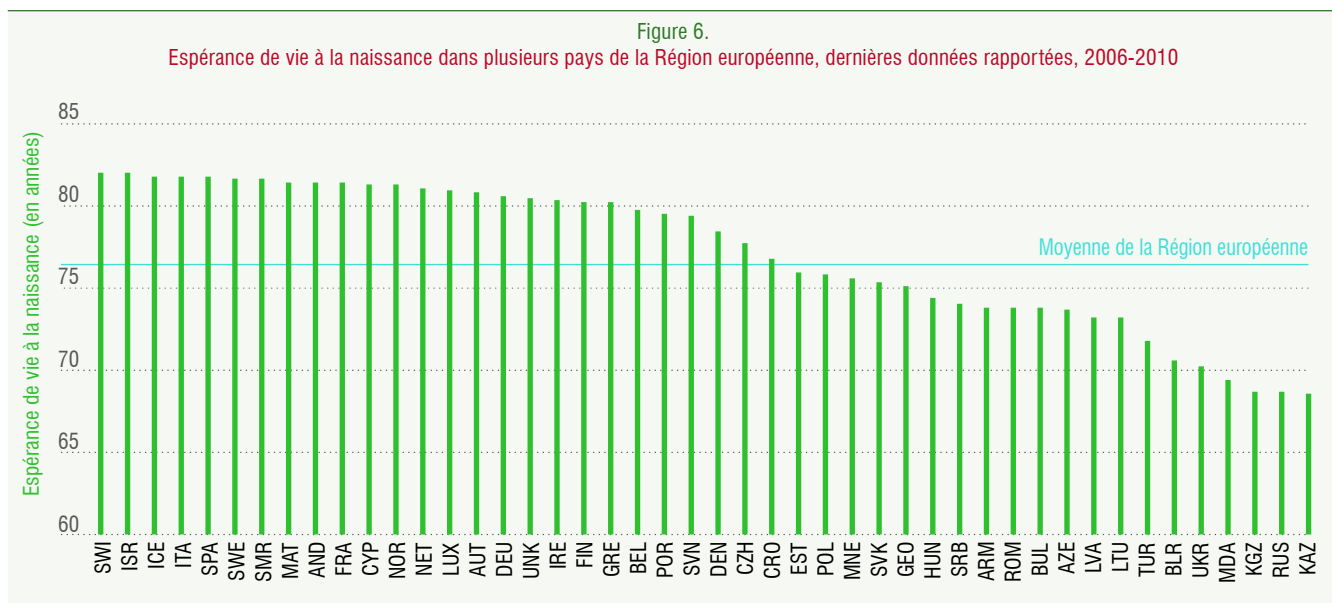


Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

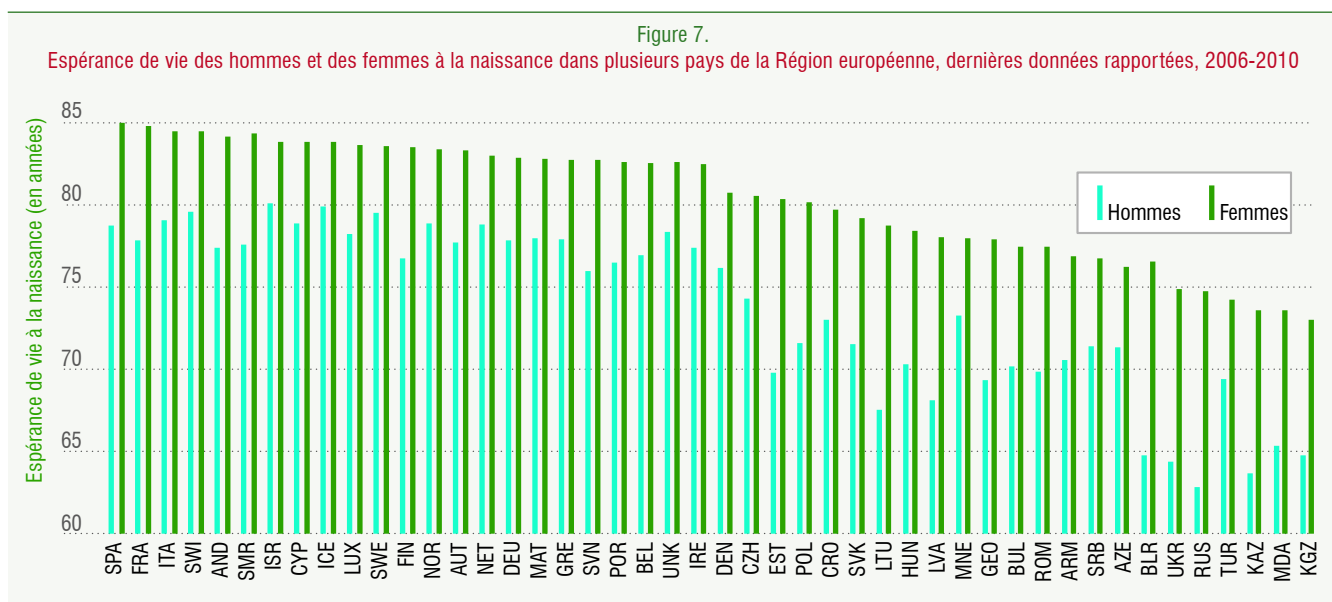


Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

D'importants écarts en matière d'espérance de vie moyenne à la naissance sont également attestés dans 46 pays ayant fourni des données en 2006-2010 (figure 6), 26 pays se situant au-dessus et 20 en dessous de la moyenne régionale. Les inégalités sont particulièrement conséquentes lorsque l'espérance de vie est analysée par sexe (figure 7). En moyenne, l'écart entre les pays est plus important chez les hommes (17 ans) que chez les femmes (12 ans).



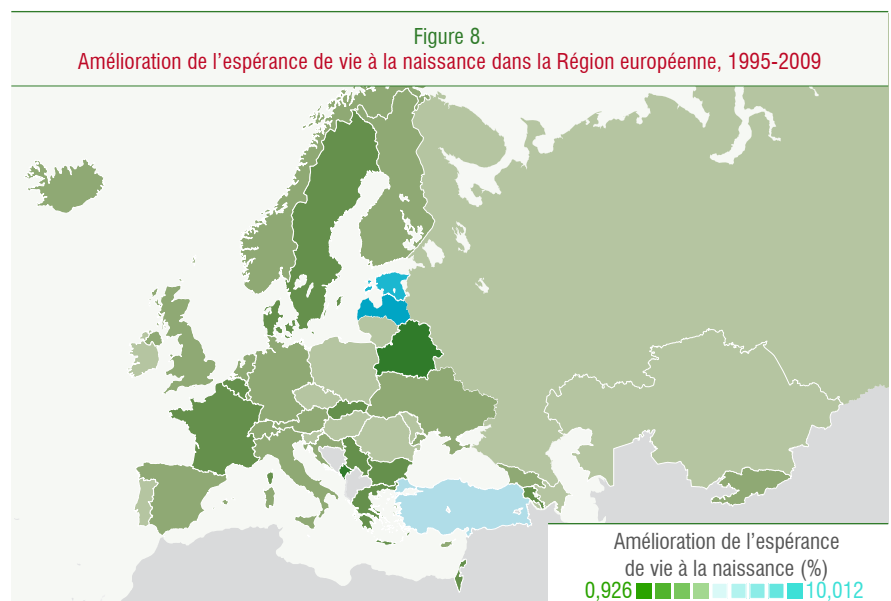
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

À quelques exceptions près, les inégalités en matière d'espérance de vie entre les hommes et les femmes ont tendance à être plus importantes dans les pays où les niveaux d'espérance de vie générale sont peu élevés (par exemple, en dessous de 80 ans pour les femmes). C'est en Islande, en Israël, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède que l'on relève le moins de différences entre les sexes au niveau national (4 ans ou moins). En revanche, des écarts de 10 ans ou plus entre les hommes et les femmes sont observés au Bélarus, en Estonie, en Fédération de Russie, au Kazakhstan, en Lituanie, au Monténégro et en Ukraine. En d'autres termes, alors que les pays voient augmenter leur espérance de vie générale, ils deviennent aussi plus équitables et les disparités entre les hommes et les femmes ont tendance à se réduire. On peut dès lors remettre en question le postulat selon lequel l'espérance de vie plus longue observée chez les femmes s'explique par des raisons biologiques incontestables. La réduction de ces inégalités en termes d'espérance de vie exige la prise d'une action sur les déterminants sociaux de la santé, notamment l'adoption de normes, de rôles et de comportements sexospécifiques davantage équilibrés, qui permettront aux hommes comme aux femmes de jouir du meilleur état de santé possible.

Le taux d'amélioration constitue un autre moyen de comparaison entre les pays. La figure 8 illustre les différences observées entre les pays en matière d'amélioration de l'espérance de vie à la naissance (1995-2009). Les progrès réalisés par les pays en termes de gains de pourcentage au cours de ces 14 années variaient de moins de 1 à plus de 10 %. Le taux d'amélioration fut relativement plus rapide dans les parties orientale et centrale de la Région européenne qu'ailleurs. L'espérance de vie à la naissance des Espagnoles, des Françaises et des

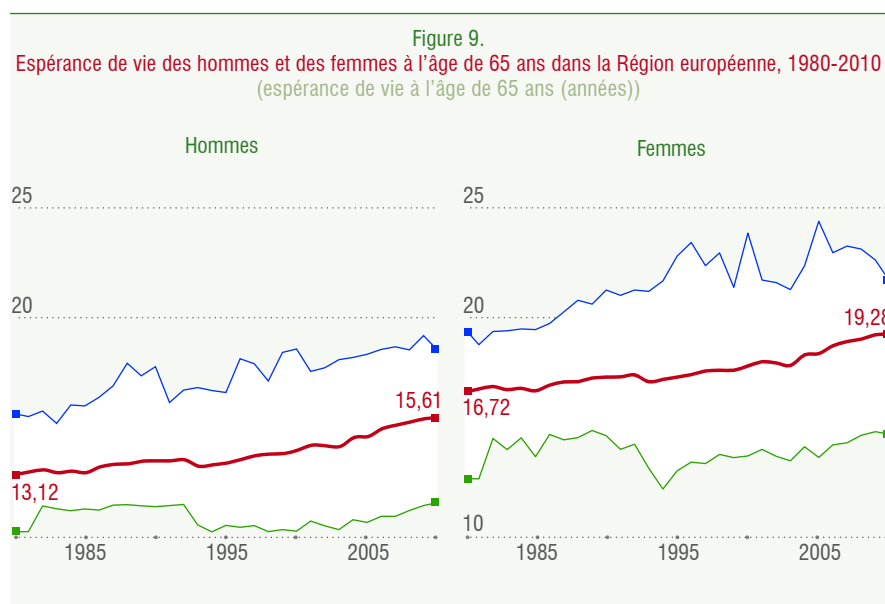


Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

Italiennes a augmenté de plus de 3 ans pour atteindre près de 85 ans : le niveau le plus élevé de la Région européenne. En moyenne, les femmes de ces pays ont vécu 5 à 6 ans plus longtemps que leurs compatriotes masculins. Certains pays caractérisés par des niveaux moins élevés d'espérance de vie à la naissance, comme l'Estonie, la Hongrie, l'Irlande, Israël, le Luxembourg, la Pologne, la République tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni et la Turquie, ont vu ces niveaux augmenter de plus de 5 ans chez les hommes comme chez les femmes au cours de la même période. L'espérance de vie des hommes de certains pays, principalement dans la partie orientale de la Région européenne, a cependant diminué ou n'a enregistré qu'une amélioration marginale (jusqu'à 1,4 an). Néanmoins, même si l'on observe des niveaux absolus d'espérance de vie à la naissance moins élevés dans la population masculine, les gains proportionnels à cet égard furent généralement plus élevés que chez les femmes entre 1990 et 2010.

L'espérance de vie des personnes âgées

Davantage d'habitants de la Région européenne vivent au-delà de 65 ans. L'espérance de vie à 65 ans est de 15,5 ans en moyenne chez les hommes (figure 9), alors que les femmes âgées peuvent s'attendre à vivre près de 4 ans de plus que leurs congénères masculins. À l'instar de l'espérance de vie à la naissance, les hommes n'ont pas atteint en moyenne et en 2010 le même niveau d'espérance de vie à 65 ans que celui atteint par les femmes du même âge en 1980. Il existe également d'importantes inégalités entre les hommes et les femmes au sein des différents pays.



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

Encadré 3.
Espérance de vie
– messages clés

- La Région européenne a réalisé un important progrès à cet égard dans la mesure où l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 5 ans depuis 1980, pour atteindre 76 ans en 2010.
- Néanmoins, l'espérance de vie moyenne à la naissance varie d'un pays à l'autre, oscillant de 82,2 à 68,7 ans, soit un écart de 13,5 ans en 2010.
- Les inégalités en matière d'espérance de vie entre les hommes et les femmes ont tendance à être plus importantes dans les pays où les niveaux d'espérance de vie générale sont peu élevés (par exemple, en dessous de 80 ans pour les femmes).
- En 2010, l'espérance de vie moyenne atteignait 80 ans chez les femmes, contre 72,5 ans chez les hommes, soit un écart de 7,5 ans. On observe également de plus grandes inégalités entre les pays en termes d'espérance de vie des hommes, comparée à celle des femmes, surtout après 1993.
- Davantage d'habitants de la Région européenne vivent au-delà de 65 ans. L'espérance de vie à 65 ans est de 15,5 ans en moyenne.

En outre, l'espérance de vie peut être encore ventilée afin de prendre en compte la durée de vie vécue dans un état de santé non optimal à cause de l'invalidité et des maladies à des âges différents. Ces données sont d'ailleurs utiles aux responsables de l'élaboration des politiques de santé. Selon des estimations, bien que l'espérance de vie des femmes soit en moyenne 7,5 ans plus longue que celle des hommes dans la Région européenne, l'écart moyen en termes d'années de vie en bonne santé n'est que de 5 ans entre les sexes. En d'autres termes, les femmes vivent une proportion moindre de leur vie en bonne santé que les hommes (10).

Le vieillissement de la population s'accompagne d'un accroissement des besoins en soins de santé nécessaires (notamment en ce qui concerne les soins de longue durée). Il importe donc de procéder à un exercice de planification pour assurer la disponibilité d'un personnel de santé bien formé. En même temps, les personnes âgées en bonne santé sont les dépositaires des connaissances. Elles constituent une ressource pour leur famille et les communautés ainsi qu'une source de main-d'œuvre formelle ou informelle. La surveillance de la santé et du bien-être des populations à tous les âges, y compris les personnes âgées de plus de 65 ans, et tout au long de la vie, fait l'objet du chapitre 3.

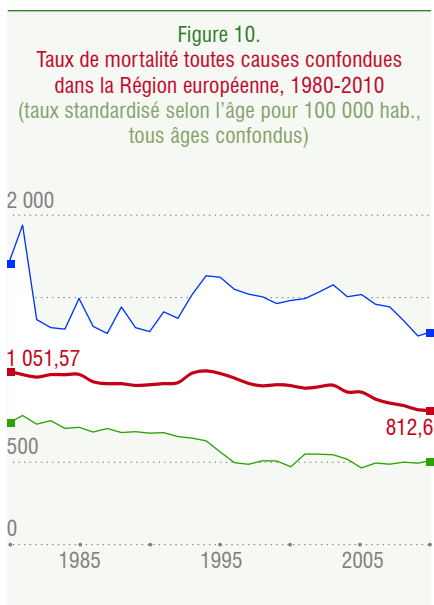
Les progrès durables globalement observés dans la Région européenne en termes d'espérance de vie risquent d'être compromis si, parallèlement aux crises économiques ou sociales, on assiste à des réductions des dépenses consenties aux services de santé et à d'autres services et aux filets de sécurité sociale, à une multiplication des catastrophes écologiques, à l'augmentation des taux de comportements nuisibles ou à l'apparition de maladies nouvelles et réémergentes présentant un haut potentiel pathogène ou pandémique. Pour maintenir les gains moyens en matière d'espérance de vie, des efforts doivent être déployés en permanence pour diminuer la mortalité, en particulier celle imputable aux maladies de l'appareil circulatoire, aux maladies respiratoires et infectieuses, et aux causes externes des traumatismes et des intoxications. Les sections suivantes décrivent les tendances de la mortalité dans la Région européenne.

Mortalité

La mortalité constitue toujours l'un des indicateurs les plus fiables pour surveiller la situation et les tendances en matière d'impact des maladies sur la population. Grâce aux informations sur l'ampleur de la mortalité, les groupes touchés et les causes sous-jacentes et d'autres facteurs, il est possible de mettre en place des priorités et des politiques plus précises pour lutter contre la charge des maladies, et pour définir des stratégies rentables, promouvant l'équité, et visant la réduction de la mortalité et l'amélioration du bien-être.

Mortalité globale

La mortalité globale, toutes causes confondues, a poursuivi son recul dans la Région européenne, pour atteindre un taux standardisé selon l'âge de 813 décès pour 100 000 habitants en 2010 (figure 10). Néanmoins, les écarts se creusent davantage dans la Région depuis 1993. Les taux de mortalité nationaux oscillent en effet de 1 261 (taux le plus élevé) à 497 (taux le plus faible) pour 100 000 habitants, soit un fossé d'inégalité qui va du simple au triple dans la Région (figure 11).



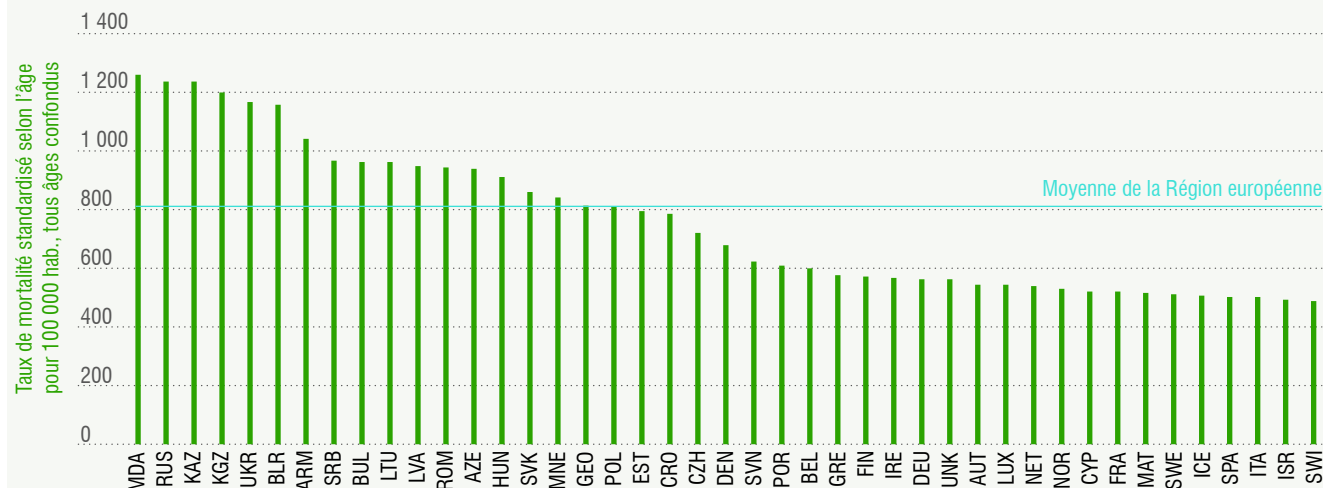
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

La mortalité toutes causes confondues suit un gradient géographique, les taux les plus élevés s'observant dans la partie orientale de la Région et les taux les plus faibles, dans sa partie occidentale (figure 12).

Effets selon l'âge

Dans la Région européenne, les tendances de la mortalité selon l'âge prennent la forme d'un J d'ailleurs caractéristique des populations où les transitions démographiques sont les plus avancées, et qui profitent d'un niveau élevé de développement socioéconomique. Les taux moyens de mortalité toutes causes confondues sont généralement faibles ou très faibles des premières années de la vie jusqu'au début de l'âge adulte, puis doublent et triplent rapidement dans la Région, une tendance qui d'ailleurs se poursuit à un âge avancé (figure 13).

Figure 11.
Taux de mortalité toutes causes confondues dans les pays de la Région européenne, dernières données rapportées, 2006-2010



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

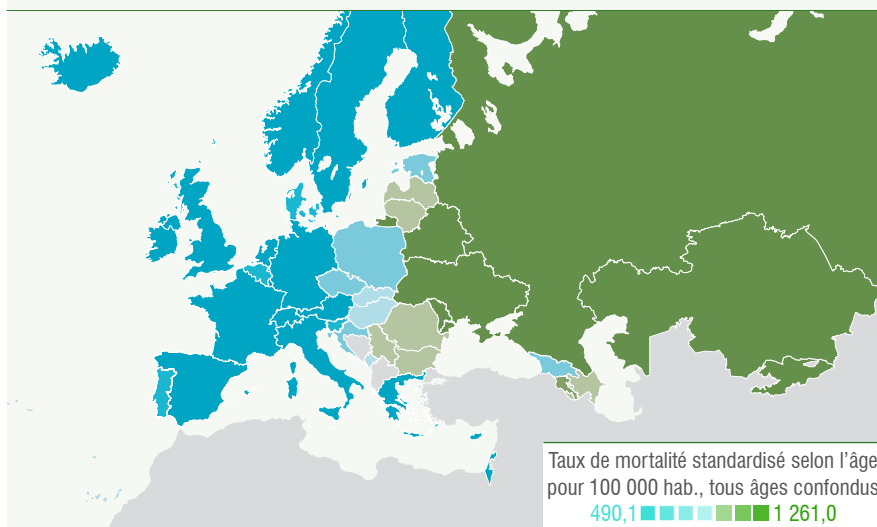
Un examen plus détaillé de la mortalité toutes causes confondues par grands groupes d'âges entre 1980 et 2010 indique un recul constant, à l'exception de l'augmentation bien documentée observée entre 1993 et 1995, en particulier dans le groupe d'âge 30-59 ans (figure 14). La fluctuation des taux de mortalité augmente dans chaque grand groupe d'âge. Les écarts selon les pays oscillent de moins de 50 % en dessous de la moyenne régionale à plus de 70 % au-dessus de cette moyenne.

Mortalité infantile et maternelle

Les indicateurs de la santé infantile, tels que la mortalité des nourrissons et des enfants, sont souvent utilisés pour surveiller la santé de la population. La raison invoquée est la vulnérabilité particulière des individus de ce groupe d'âge : leur sensibilité aux conditions de vie en général et à d'autres déterminants sociaux de la santé, notamment l'accès aux services de santé. La mortalité des nourrissons et des enfants continue d'exercer une influence sur l'espérance de vie dans plusieurs pays de la Région européenne. Les indicateurs de la santé infantile sont fréquemment utilisés pour définir des objectifs (comme l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) 4 qui vise la réduction de deux tiers du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015 (12)) et mesurer les progrès accomplis par les pays.

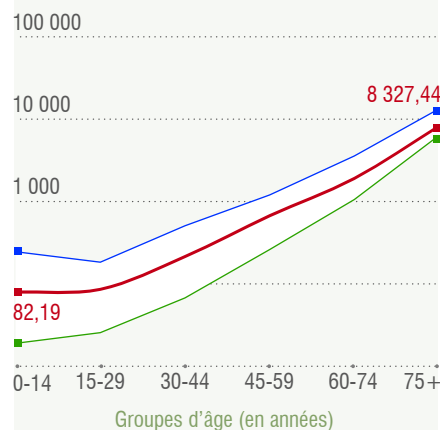
Les taux de mortalité des nourrissons de la Région européenne continuent de diminuer depuis 1990 et sont actuellement les plus bas du monde (figure 15).

Figure 12.
Mortalité toutes causes confondues
dans la Région européenne, dernières données rapportées, 2006-2010



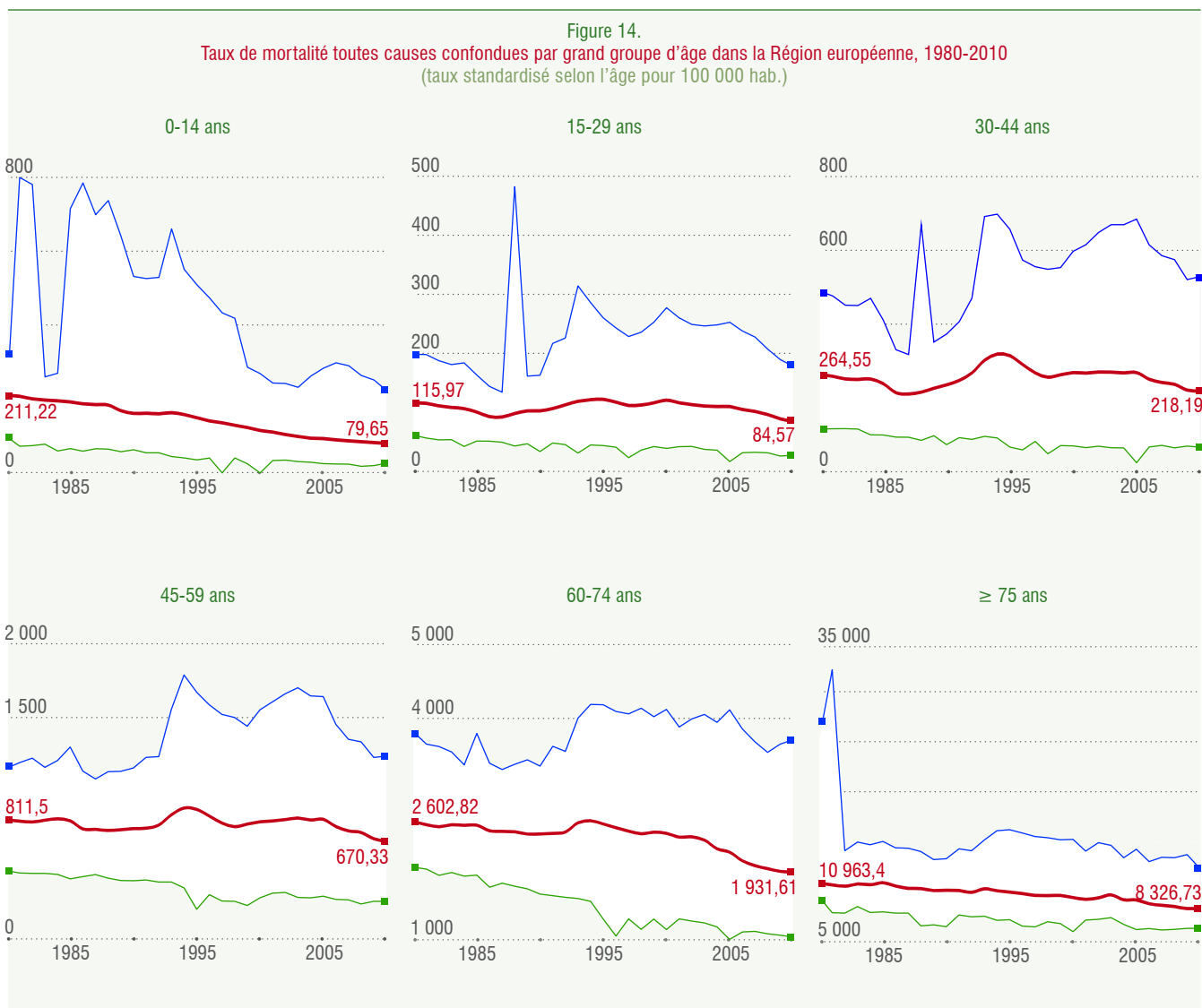
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

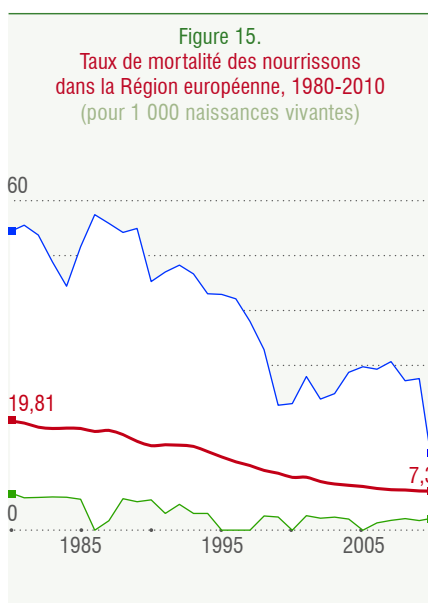
Figure 13.
Taux de mortalité toutes causes confondues par
groupe d'âge dans la Région européenne, 2009
(taux standardisé selon l'âge pour 100 000 hab.,
tous âges confondus (échelle logarithmique))



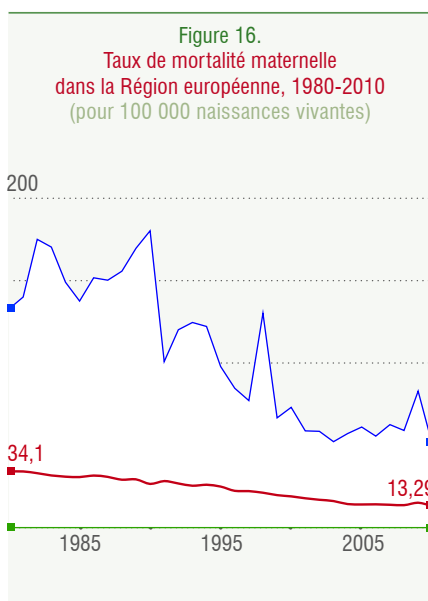
Source : base de données européenne sur la mortalité (11).

En 2010, le taux moyen signalé (décès avant l'âge de 1 an par rapport aux naissances vivantes) était de 7,3 pour 1 000, soit une baisse de 53 % sur plus de trois décennies. En outre, les écarts entre les pays ont diminué, en particulier depuis 1997. Les pays indiquent cependant des taux particulièrement contrastés, allant de plus de 50 % en dessous de la moyenne régionale à plus de 60 % au-dessus de cette moyenne. Les données sur la probabilité de mortalité infantile avant l'âge de 5 ans (non illustrée) révèlent une tendance très semblable, des pays de la Région européenne signalant d'ailleurs des baisses à cet égard. La plupart des États européens ont réalisé d'importants progrès en vue d'accomplir l'OMD 4 ; seuls quelques-uns accusent encore des niveaux élevés de mortalité infantile. La cible fixée semble à la portée de la plupart des pays de la Région.





Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).



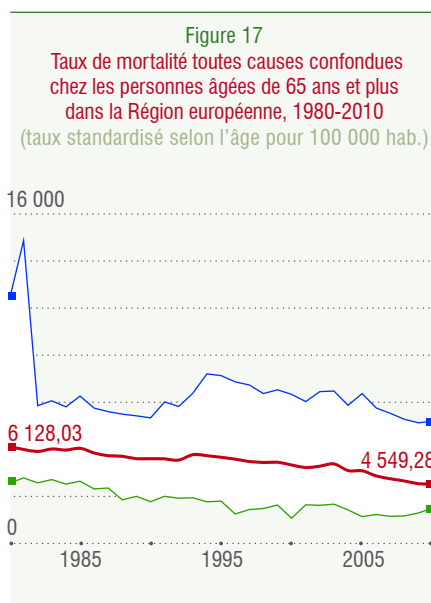
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

La mortalité maternelle constitue un autre indicateur important de la santé de la population, ainsi que de l'égalité entre les sexes. Le taux de mortalité maternelle fournit des informations sur l'accès aux soins de santé et la qualité de ceux-ci, car il porte sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals. C'est également le principal indicateur de résultat pour l'OMD 5 (13), qui vise à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle d'ici 2015. Dans la Région européenne, ce taux était de 13,3 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010. La variation est élevée, et va de plus de 75 % au-dessus de la moyenne régionale à plus de 60 % en dessous de cette moyenne (figure 16). Depuis 1990, le taux moyen de mortalité maternelle a reculé de 50 %, et les inégalités ont diminué. La faible hausse observée dans la partie orientale de la Région en 2009 peut être attribuée à un accroissement de la vulnérabilité liée à la pandémie de grippe, qui a provoqué une augmentation des hospitalisations et le développement des maladies respiratoires graves au niveau mondial.

Les principales causes de décès maternels sont l'hémorragie obstétricale, l'hypertension artérielle et l'infection qui peuvent d'ailleurs être évitées dans la plupart des cas en menant des interventions de base, à la fois rentables et fondées sur des éléments de preuve (14). En outre, il est évident que le statut socioéconomique de la femme (notamment son niveau d'instruction) contribue directement à la mortalité maternelle. Il importe par conséquent que les politiques et les interventions tiennent compte des normes sexospécifiques et d'autres déterminants sociaux de la santé. Il faut aussi adopter une approche fondée sur les droits de la personne humaine lors de la prestation des services nécessaires, notamment les services d'obstétrique d'urgence, sans charge financière imposée aux ménages.

Populations âgées

Au fur et à mesure que la population européenne prend de l'âge, les tendances de la mortalité aident à anticiper certaines des difficultés auxquelles seront confrontés les systèmes de santé et d'autres systèmes sociaux à l'avenir. Les tendances par grands groupes d'âge, notamment chez les plus de 65 ans, permettent de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les systèmes de santé devront s'adapter et répondre de manière appropriée à l'évolution des besoins. En outre, il faut tenir compte du fait que si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles passent aussi une plus grande part de leur vie en mauvaise santé. Parmi les problèmes rencontrés à cet égard, il convient de mentionner la fréquence plus élevée de maladies multiples et simultanées ainsi que des taux plus élevés d'invalidité (15). Le taux de mortalité des personnes âgées de 65 ans et plus, toutes causes confondues, diminue globalement dans la Région européenne, atteignant son niveau le plus bas, 4 549 pour 100 000, en 2010 : une réduction de 25 % depuis 1980 (figure 17). Les valeurs minimales et maximales révèlent



des différences considérables entre les pays, dont les taux varient de plus de 20 % en dessous de la moyenne régionale à plus de 40 % au-dessus de cette moyenne. Cette situation justifie la surveillance étroite de ces tendances aux niveaux régional et national.

Causes de décès

La ventilation des données sur la mortalité toutes causes confondues en fonction des causes de décès permet d'en établir la répartition et l'ampleur dans une population donnée. Les informations ainsi fournies servent à la formulation des politiques et des programmes. Dans la Région européenne, les schémas de morbidité évoluent, et l'on assiste à l'émergence de problèmes sanitaires associés à son niveau d'évolution démographique et épidémiologique ainsi qu'au contexte socioéconomique.

Causes principales

Le taux de mortalité lié à toutes les grandes causes spécifiques (chez les hommes comme chez les femmes, tous groupes d'âge confondus) a diminué dans la Région entre 1990 et 2009 (figure 18). Les maladies non transmissibles sont les principales responsables de la mortalité : environ 80 % des décès en 2009. Dans les grands groupes de causes, les maladies de l'appareil circulatoire représentent près de 50 % de tous les décès, les taux étant d'ailleurs plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les pourcentages relevés dans les pays oscillent de moins de 30 à plus de 65 % de la mortalité totale. Vient ensuite la mortalité par cancer (néoplasme ou tumeur) qui concourt à 20 % des décès dans la Région, les taux variant d'environ 5 à plus de 30 % dans certains pays. Les causes externes des traumatismes et des intoxications constituent la troisième principale cause de mortalité, et représentent 8 % de l'ensemble des décès, des variations étant également observées d'un pays à l'autre.

Profil des causes par âge et par sexe

Les profils de mortalité par groupe d'âge et entre hommes et femmes permettent de dévoiler l'importance relative des causes de décès survenant à différents stades de la vie, et contribuent à l'élaboration de stratégies et d'interventions ciblées (figure 19). Par exemple, les maladies respiratoires et les causes externes concourent à près de 60 % de tous les décès chez les nourrissons. On observe ensuite une prédominance de ces causes, avec les cancers, jusqu'à peu avant l'âge de 15 ans, près de 75 % de l'ensemble des décès y étant d'ailleurs imputés. Chez

Encadré 4. Mortalité – messages clés

- Bien que dans la Région européenne de l'OMS, la mortalité globale, toutes causes confondues, continue de baisser, les tendances indiquent des écarts importants entre les groupes de pays.
- Les tendances de la mortalité selon l'âge indiquent des taux généralement faibles ou très faibles au cours des premières années de vie et au début de l'âge adulte. Ces taux augmentent d'ailleurs rapidement par la suite.
- Les indicateurs de la mortalité infantile de la Région européenne sont les plus bas au monde (taux de 7,9 pour 1 000 naissances vivantes). Néanmoins, il existe des différences frappantes entre les taux signalés par les pays, allant de 50 % en dessous de la moyenne régionale à 60 % au-dessus de cette moyenne.
- Le taux de mortalité maternelle de la Région était de 13,3 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010, soit une baisse de 50 % depuis 1990. Encore une fois, il existe d'importantes variations entre les pays.
- Si la mortalité toutes causes confondues a diminué chez les personnes âgées de plus de 65 ans dans la Région européenne, il existe d'importantes différences entre les pays en ce qui concerne les niveaux et les schémas. Ces tendances permettront d'anticiper certains des défis confrontés aujourd'hui et à l'avenir par les systèmes de santé.

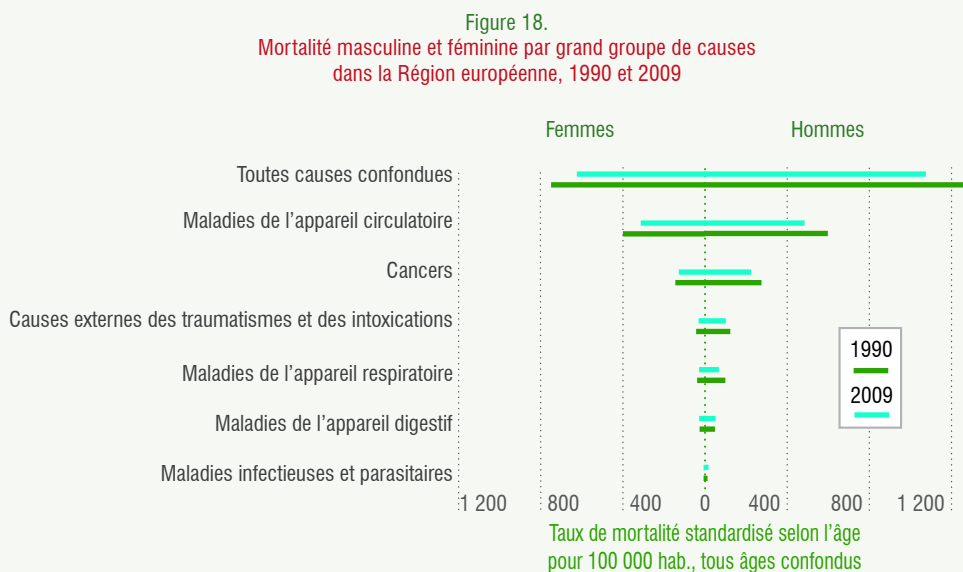
les sujets âgés de 15 à 39 ans, les causes externes constituent les principales causes de mortalité, particulièrement chez les hommes. Les femmes de ce même groupe d'âge sont plus susceptibles de décéder à la suite d'un cancer que leurs congénères masculins. Les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers jouent un rôle de plus en plus important durant la vie adulte et jusqu'à un âge avancé, dans la mesure où ils sont la cause de près de 80 % des décès.

Le tableau 1 illustre les variations et les tendances de la mortalité par les six grandes causes de décès pour chaque pays de la Région européenne ayant communiqué des données récentes. La section suivante examine plus en détail plusieurs causes spécifiques de mortalité dans la Région.

Causes spécifiques

Plus de 70 % de la mortalité survient au-delà de 65 ans, après plusieurs années de maladie. L'évaluation de la mortalité prématurée (les décès avant l'âge de 65 ans) permet d'obtenir des informations utiles pour l'élaboration des priorités, des politiques et des programmes de santé publique visant à retarder la maladie et l'apparition des invalidités.

Les tendances indiquent que les maladies de l'appareil circulatoire sont restées la principale cause de décès prématuré dans la Région européenne, avec un taux proche de 100 pour 100 000 habitants en 2010. Le niveau le plus élevé de ces 20 dernières années a été relevé en 1995. Ensuite, on a observé une baisse de



30 % (figure 20). Le taux de cancer a également diminué de 20 % au cours de cette période. La baisse des causes externes constitue la principale amélioration sanitaire à cet égard dans la mesure où elles ont diminué de 40 % depuis 1995. En revanche, les taux de maladies infectieuses et parasitaires ont augmenté de près de 30 % depuis la baisse observée en 1990, tandis que les maladies de l'appareil digestif n'ont montré presque aucun changement, même si elles sont moins fréquentes que les autres. Les variations dans le temps des maladies de l'appareil circulatoire et des causes externes pourraient bien être liées à un

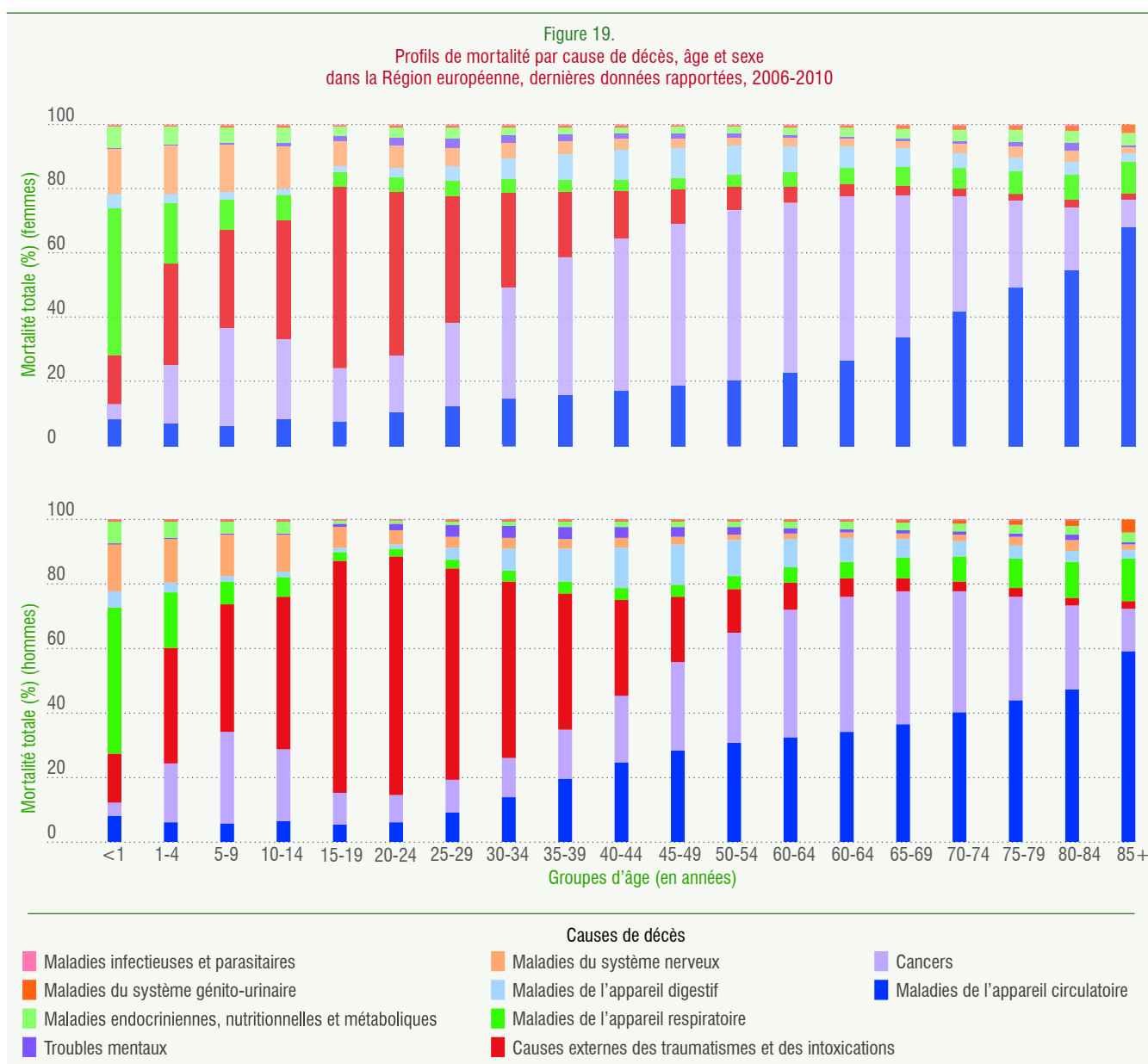


Tableau 1.
Taux de mortalité par grand groupe de causes de décès
dans plusieurs pays de la Région européenne, dernières données rapportées, 2006-2010

Pays	Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour 100 000 hab., tous âges confondus					
	Maladies de l'appareil circulatoire	Cancers	Maladies de l'appareil digestif	Maladies de l'appareil respiratoire	Causes externes	Maladies infectieuses et parasitaires
Ukraine	732,7	158,2	51,4	33,5	88,4	30,4
République Moldova	715,2	164,1	118,6	69,6	97,3	18,8
Kirghizistan	692,7	109,2	78,1	97,1	80,9	21,8
Fédération de Russie	683,0	180,4	56,6	49,7	147,2	22,5
Kazakhstan	626,4	156,6	58,0	64,6	114,6	19,4
Bulgarie	604,9	157,5	31,6	38,2	35,0	6,4
Bélarus	587,2	162,9	43,1	34,8	133,6	11,2
Azerbaïdjan	551,6	87,6	60,4	55,9	28,6	5,6
Roumanie	539,8	179,8	58,0	49,0	53,3	10,1
Arménie	532,2	189,9	56,1	73,4	39,4	9,1
Serbie	506,6	205,9	32,4	35,3	42,8	4,0
Lituanie	496,8	193,0	56,3	35,6	115,8	11,9
Lettonie	479,5	194,8	37,4	22,7	86,7	11,5
Géorgie	476,0	92,2	21,8	14,8	27,3	5,3
Monténégro	460,8	128,7	20,0	35,5	35,2	0,9
Slovaquie	446,6	198,9	49,8	49,4	51,0	4,9
Hongrie	421,2	246,4	65,6	43,4	59,0	3,3
Estonie	408,3	187,9	35,6	21,8	76,3	7,6
Croatie	370,8	210,8	39,7	27,9	52,7	5,3
Pologne	356,3	207,6	37,0	40,1	57,6	5,4
République tchèque	344,1	198,2	34,2	40,2	48,1	3,4
Grèce	244,6	153,6	14,5	49,5	29,6	4,6
Slovénie	231,8	199,8	40,7	35,4	59,9	3,0
Finlande	213,6	138,2	32,6	21,3	60,5	4,2
Allemagne	208,7	162,5	30,3	37,0	27,9	9,1
Autriche	206,6	159,5	25,3	27,7	37,3	4,7
Danemark	193,5	212,6	38,5	60,6	39,0	9,6
Chypre	191,6	118,8	14,3	35,9	33,2	4,1
Irlande	191,6	181,8	22,5	65,2	29,4	3,5
Malte	189,3	153,9	16,0	47,1	24,8	0,9
Luxembourg	186,2	157,7	26,4	39,8	43,5	15,8
Belgique	182,7	175,0	27,6	60,2	49,0	13,4
Suède	182,2	145,4	16,7	27,3	35,4	7,9
Portugal	177,6	158,3	29,3	60,5	33,0	17,1
Italie	173,8	168,0	21,4	28,6	27,4	7,7
Islande	172,8	157,2	14,0	39,4	34,7	2,8
Royaume-Uni	169,2	175,9	31,7	69,6	27,5	7,0
Suisse	161,4	149,1	20,5	27,3	37,7	5,5
Norvège	151,8	159,8	16,1	45,3	39,1	9,2
Pays-Bas	146,7	186,7	20,6	48,1	25,4	7,9
Espagne	143,1	157,7	26,6	50,2	24,4	9,8
France	126,1	174,5	24,7	27,6	44,4	9,9
Israël	121,3	143,9	16,9	36,1	26,0	18,3

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

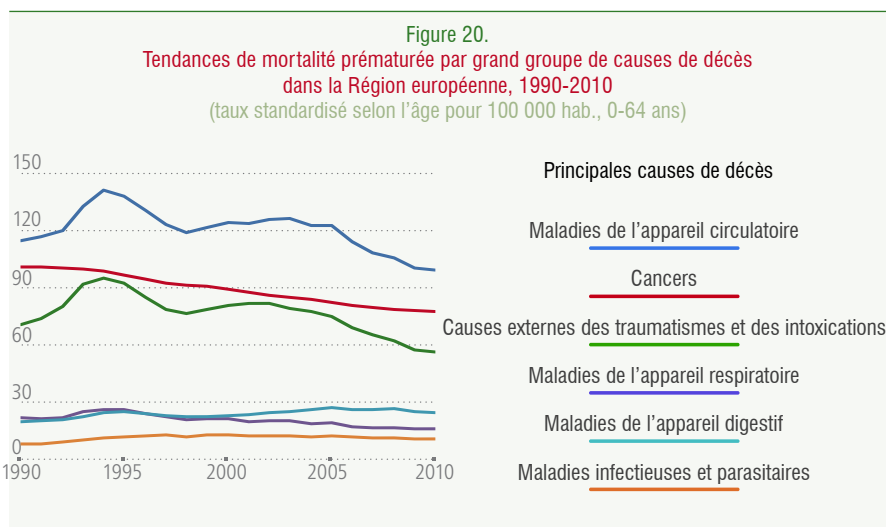
accroissement du stress et aux difficultés économiques confrontés dans certains pays de la Région (figure 21).

La mortalité prématurée due aux principales causes de décès affiche une tendance à la baisse depuis ces 30 dernières années, à l'exception des maladies de l'appareil digestif et des maladies infectieuses et parasitaires. La mortalité prématurée imputable aux maladies cardiovasculaires varie considérablement dans la Région. Cette variation est moindre dans le cas des décès dus au cancer. Les sections suivantes examinent plus en détail ces tendances.

Maladies de l'appareil circulatoire

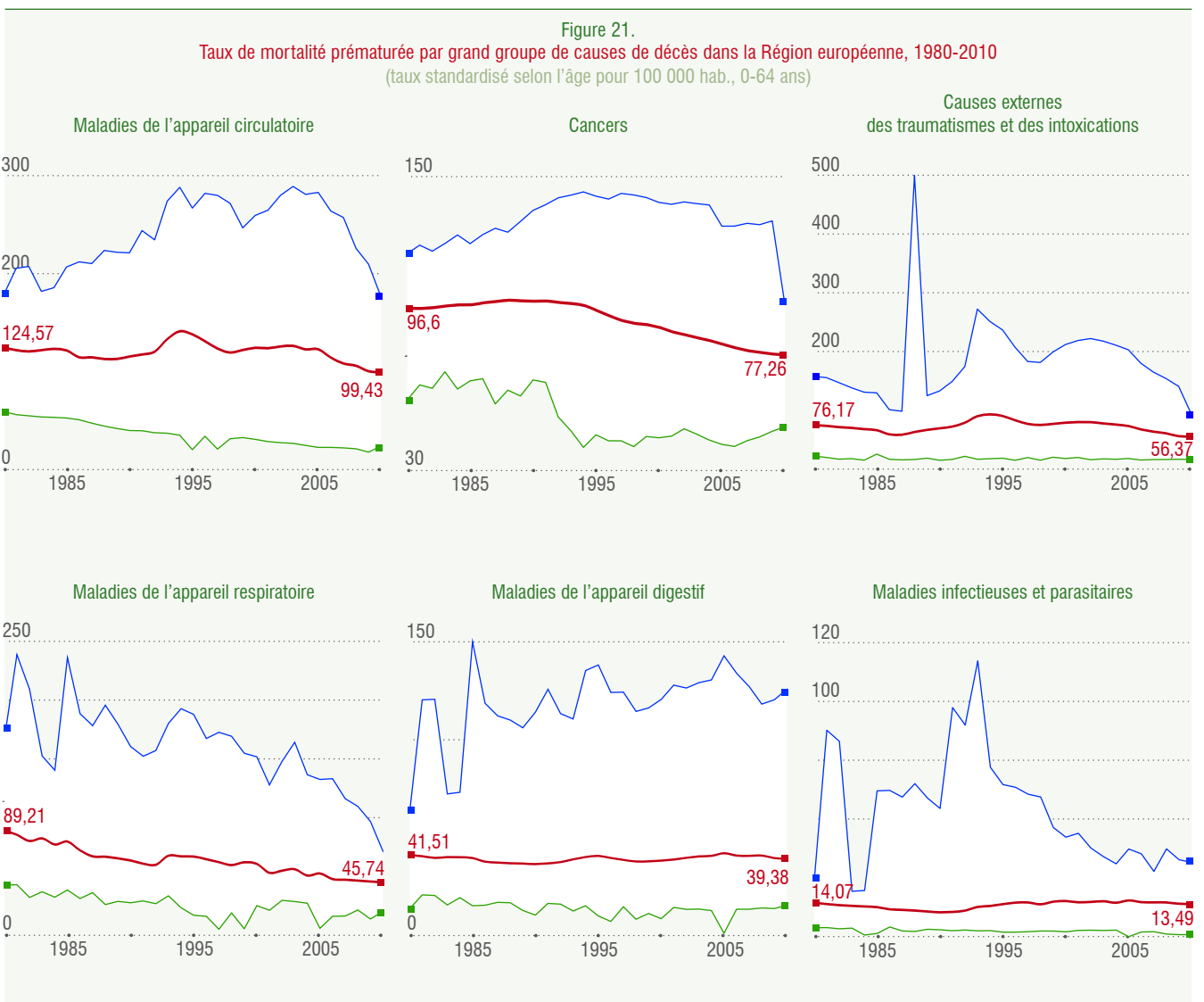
Les principales maladies de l'appareil circulatoire sont les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires qui, ensemble, représentent 35 % du nombre total de décès en Europe. Les données les plus récentes indiquent que le taux de mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire varie considérablement entre les pays de la Région (figure 22), ainsi que selon l'âge, le sexe et la répartition des déterminants importants. Par exemple, si le taux moyen de mortalité prématurée imputable aux cardiopathies ischémiques est de 47,5 pour 100 000 en Europe, dans chaque pays, le taux peut être environ 5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (figure 23). Chez les hommes, les valeurs maximales sont près de 13 fois supérieures aux valeurs minimales relevées par pays.

Bien que la mortalité prématurée due aux cardiopathies ischémiques soit généralement en baisse, dans certains pays de la partie orientale de la Région, le taux diminue plus lentement, stagne ou, et ce qui est inquiétant, augmente



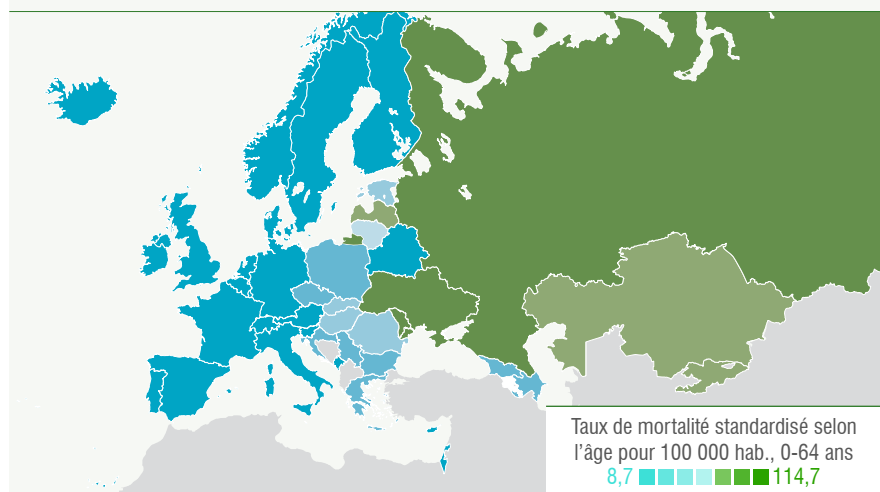
légèrement. La mortalité prématurée due aux maladies cardiovasculaires suit des schémas et des tendances similaires dans la Région. Il est prouvé que les pays peuvent relever ce défi en agissant sur une combinaison de facteurs prévisibles, notamment la forte consommation d'alcool et les beuveries express (*binge drinking*), l'augmentation des niveaux de stress et l'affaiblissement du soutien social.

En outre, selon une évaluation réalisée au niveau mondial, près de 50 % de la charge de ces maladies peut être attribuée à la tension artérielle élevée (≥ 115 mm Hg, lecture systolique) (17). Les grands déterminants sociaux et économiques de la santé, tels que les récessions économiques, aggravent ces facteurs de risque. Les



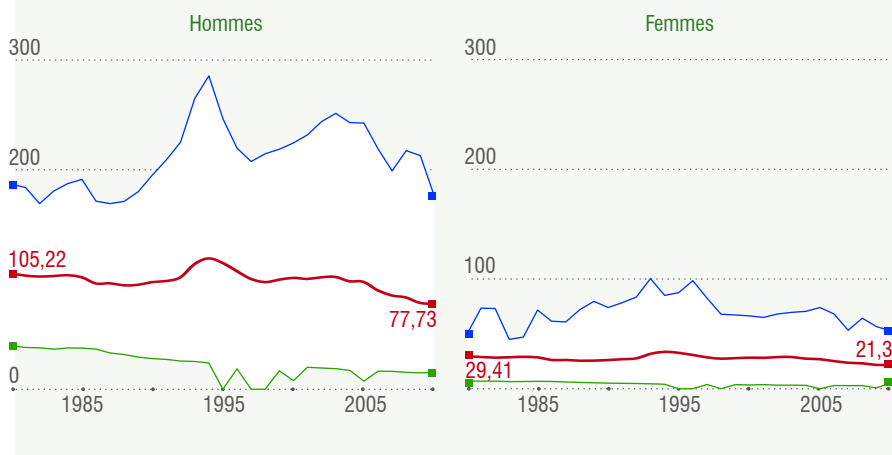
politiques et les interventions coordonnées doivent prioritairement tenir compte de ces facteurs et agir sur une combinaison de déterminants (tels que l'obésité, la consommation élevée de sel et la sédentarité) pour améliorer la santé et le bien-être en général et réduire la mortalité prématurée due aux maladies de l'appareil circulatoire.

Figure 22.
Mortalité prématurée due aux cardiopathies ischémiques
dans la Région européenne, dernières données rapportées, 2006-2010



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

Figure 23.
Mortalité prématurée due aux cardiopathies ischémiques chez les hommes et les femmes
de la Région européenne, 1980-2010
(taux standardisé selon l'âge pour 100 000 hab., 0-64 ans)



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

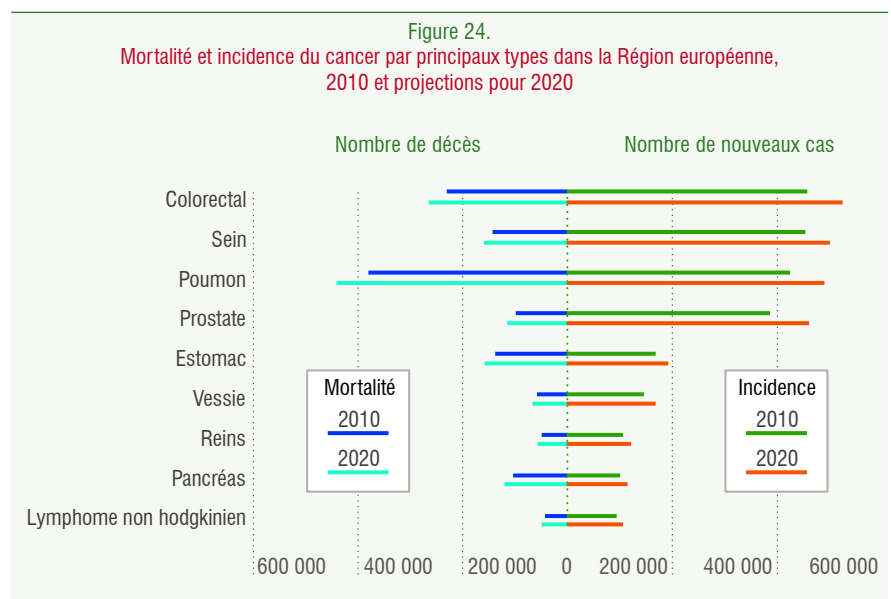
Cancer

Situation générale

Le cancer est la deuxième principale cause de mortalité dans les pays de la Région européenne. Selon les dernières données disponibles, il est à l'origine de près de 20 % du nombre total de décès dans la Région. Les tendances de mortalité et les schémas d'incidence varient selon le type de cancer, ceux du poumon et du côlon provoquant le plus grand nombre de décès au niveau mondial (figure 24).

Chez les hommes, les cancers du poumon, du côlon, de l'estomac et de la prostate représentent près de 50 % des décès par cancer, tandis que ceux du sein, du poumon, de l'estomac, du côlon, du col de l'utérus et de l'ovaire sont responsables de 60 % des décès chez les femmes. Si l'on dispose de moins de données sur l'incidence du cancer que sur la mortalité, elles sont néanmoins nécessaires pour évaluer la létalité (voir ci-dessous). En 2008, GLOBOCAN (18) indiquait qu'environ 2,5 millions de nouveaux cas de cancer survenaient chaque année dans les États membres de l'Union européenne (UE), qui représentent d'ailleurs à peu près 55 % de la population totale de la Région européenne.

Dans la Région, les cancers affichant les taux d'incidence les plus élevés sont ceux du poumon, du sein chez la femme, du côlon et de la prostate, et leurs taux doivent encore augmenter d'ici 2020. Selon la base de données de la Santé pour tous (6), l'incidence globale du cancer dans la Région européenne est de 379 cas



pour 100 000 habitants, soit une hausse de 32 % depuis le milieu des années 1980. L'incidence a presque doublé dans certaines régions d'Europe.

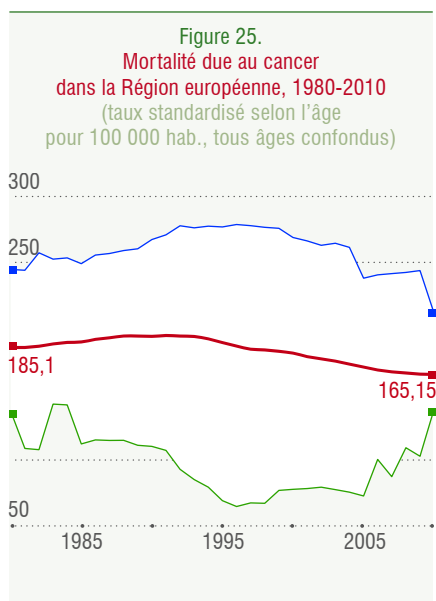
L'augmentation globale de l'incidence du cancer suit l'évolution du profil des causes de mortalité résultant de la réduction durable de celle due aux maladies de l'appareil circulatoire, ainsi que l'allongement de l'espérance de vie (voir ci-dessus). On vit en effet plus longtemps, et le développement de la plupart des cancers s'étend sur la durée, avec une longue période de latence ; cette situation a contribué à l'augmentation de l'incidence. En outre, les cancers ont remplacé les maladies de l'appareil circulatoire comme principale cause de décès prématurés dans 28 pays européens, notamment dans la partie occidentale de la Région.

En général, la mortalité générale due au cancer montre une tendance à la baisse dans la Région depuis le milieu des années 1990, avec une réduction de 15 % en 2009 (figure 25). La moyenne régionale est de 168 cas pour 100 000, avec une diminution continue des écarts depuis 2005. En termes de tendances par âge et par sexe, les taux de mortalité due au cancer augmentent d'une manière quasi exponentielle à partir de l'âge de 30 ans, et les hommes présentent des taux plus élevés que les femmes à tous les âges. Le risque est en effet supérieur de 50 % à l'âge de 60 ans dans la population masculine, et de 100 % supérieure (soit le double) à 65 ans.

Létalité

La combinaison des taux de mortalité et d'incidence permet d'obtenir une estimation brute de la létalité, qui constitue un indicateur de survie après le diagnostic d'un cancer et aide à comprendre l'efficacité du dépistage, du diagnostic et des soins. En ce qui concerne le cancer du poumon, le taux de létalité (taux de mortalité par rapport à l'incidence) observé dans plusieurs pays européens était collectivement de 86 % en 2008. Les pays présentaient des taux de létalité élevés et assez cohérents, ce qui laisse entendre qu'il n'existe pas de traitement efficace ou de moyen de retarder le décès après qu'un cancer du poumon a été diagnostiqué. Selon un rapport récent d'EUROCARE-4 (19), les estimations de la survie après 5 ans ne révèlent aucune évolution majeure du faible taux de survie (en dessous de 10 %) sur une période de dix ans, ce qui soutient cette hypothèse.

Le cancer du sein chez la femme présente une image contrastée dans la mesure où le taux moyen de létalité est de l'ordre de 30 %. L'étude EUROCARE-4 (19) indique que le taux de survie après 5 ans est relativement élevé et a augmenté de 74 à 83 % sur une période de dix ans. Malgré les écarts observés dans les pays en ce qui concerne les niveaux d'incidence, la mortalité est généralement tout aussi faible, ce qui met en évidence l'efficacité des programmes de diagnostic et de traitement précoces du cancer du sein.



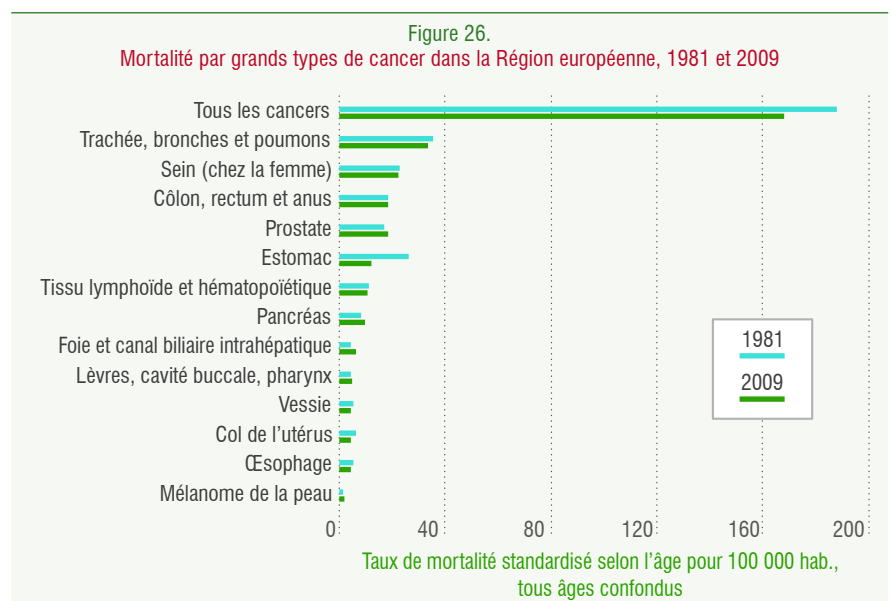
Principaux types de cancer

Les taux de mortalité due aux principaux types de cancer chez l'homme et chez la femme indiquent que le cancer du poumon (d'ailleurs hautement évitable car sa première cause est le tabagisme) est à l'origine du plus grand nombre de décès dans la Région européenne, suivi du cancer du côlon et de l'estomac (figure 26). Le taux de mortalité global due au cancer du poumon était de 17 pour 100 000 en 2009, des variations étant d'ailleurs observées dans la Région. Proportionnellement, le cancer du poumon est 2 à 3 fois plus fréquent que celui du côlon. Chez la femme, le cancer du sein est responsable du plus grand nombre de décès, avec des taux moyens de mortalité de 14 pour 100 000, suivi par celui du col de l'utérus et de l'ovaire. Les taux du cancer du sein s'avèrent relativement uniformes dans la Région.

Les types de cancer touchant les hommes et les femmes

Dans la Région, la tendance observée en ce qui concerne les taux de mortalité prématurée (décès survenus avant l'âge de 65 ans) due au cancer du poumon met en évidence deux périodes distinctes : une hausse en 1980-1990, suivie d'une diminution progressive. Néanmoins, les variations sont importantes dans la mesure où, jusqu'à récemment, certains pays affichaient des taux 2 fois supérieurs à la moyenne régionale (figure 27).

Les pays ont en outre signalé d'importants reculs entre 1995 et 2009, en particulier dans la partie orientale de la Région (figure 28), bien que les taux continuent d'augmenter dans certains d'entre eux. En moyenne, si les taux

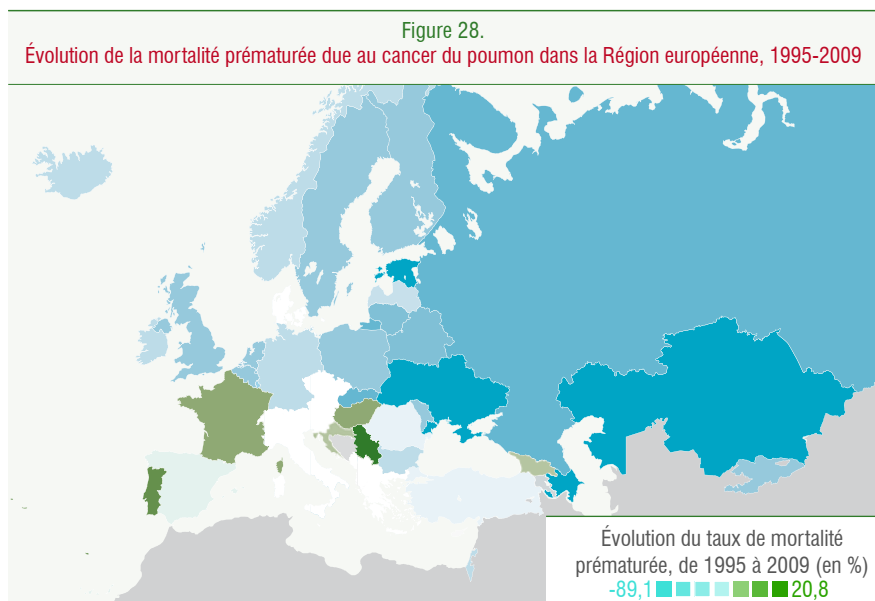
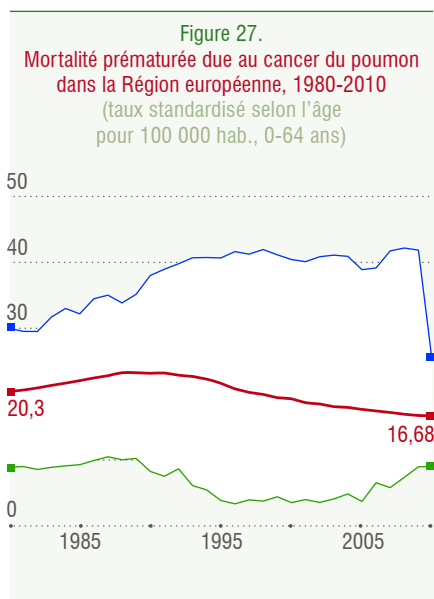


Source : base de données européenne sur la mortalité (11).

diminuent dans la population masculine, ils stagnent ou augmentent dans la population féminine. Les taux globaux de mortalité prématurée due au cancer du poumon restent cependant plus de 2 fois supérieurs chez les hommes de la Région (figure 29).

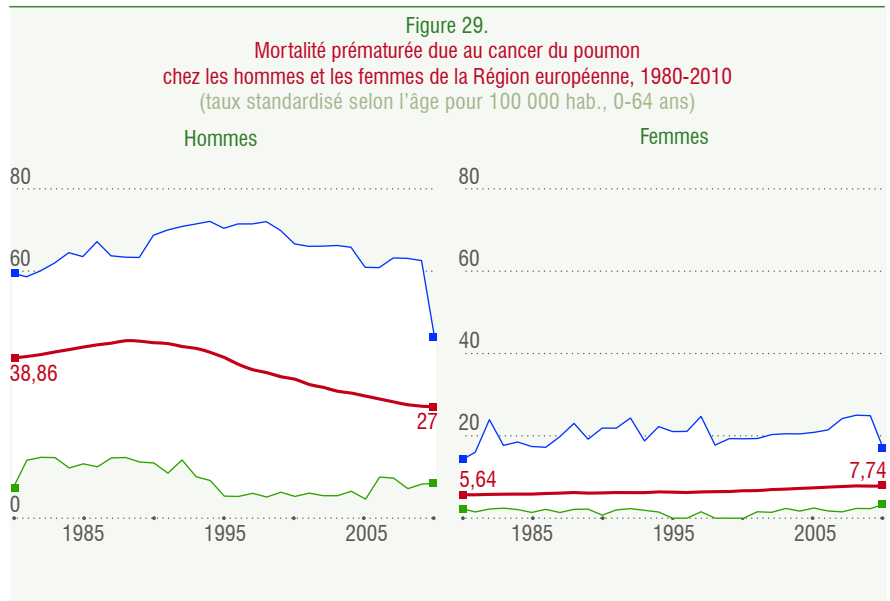
En ce qui concerne les niveaux signalés par pays, et selon la cartographie régionale de la mortalité prématurée due au cancer du poumon, les taux les plus élevés s'observent en Europe centrale (figure 30), où les taux sont supérieurs à 25 pour 100 000. Les taux élevés sont également associés à une plus forte prévalence du tabagisme qui, à son tour, est déterminée par l'accessibilité financière des produits du tabac, les restrictions limitées en matière de publicité (parmi les différentes stratégies de marketing) et les autres politiques nationales qui ne prennent pas en compte les priorités de la santé publique.

Parmi les autres formes moins répandues, mais importantes, de cancer, il convient de mentionner ceux de l'estomac, du côlon et du foie. Comparés aux niveaux et tendances observés pour le cancer du poumon, ces types de cancer présentent des profils plus diversifiés dans la Région, et se traduisent par des inégalités plus fortes (figure 31). Deuxième en importance après la mortalité prématurée due au cancer du poumon, celle due au cancer du côlon a légèrement diminué pour passer de ses niveaux les plus élevés au début des années 1990 à 7 pour 100 000 en 2010. Cette baisse illustre l'inversion d'une tendance à la hausse observée au cours des années 1980, avec des améliorations mesurables. Plusieurs facteurs sont ici en jeu, notamment les effets du dépistage, d'un diagnostic précoce et d'un traitement plus efficace. S'assurer que l'ensemble de la Région

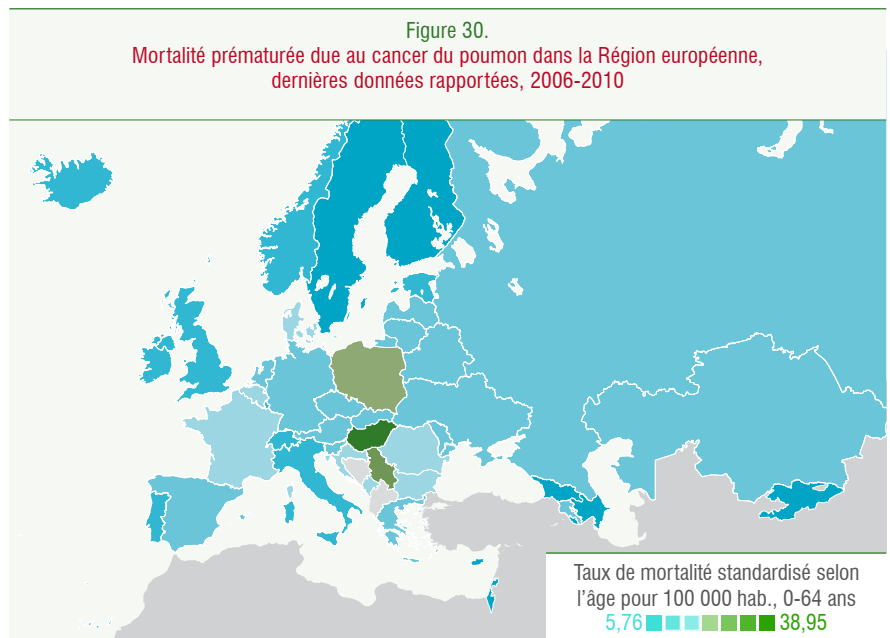


européenne profite des bienfaits de ces pratiques constitue l'une des priorités de la lutte contre la mortalité prématurée.

En ce qui concerne les tendances générales du cancer de l'estomac, des baisses régulières et soutenues de près de 60 % sont observées dans la Région depuis 1980, ce qui s'est traduit par un taux de mortalité prématurée de 5 pour 100 000 en 2009. Les progrès



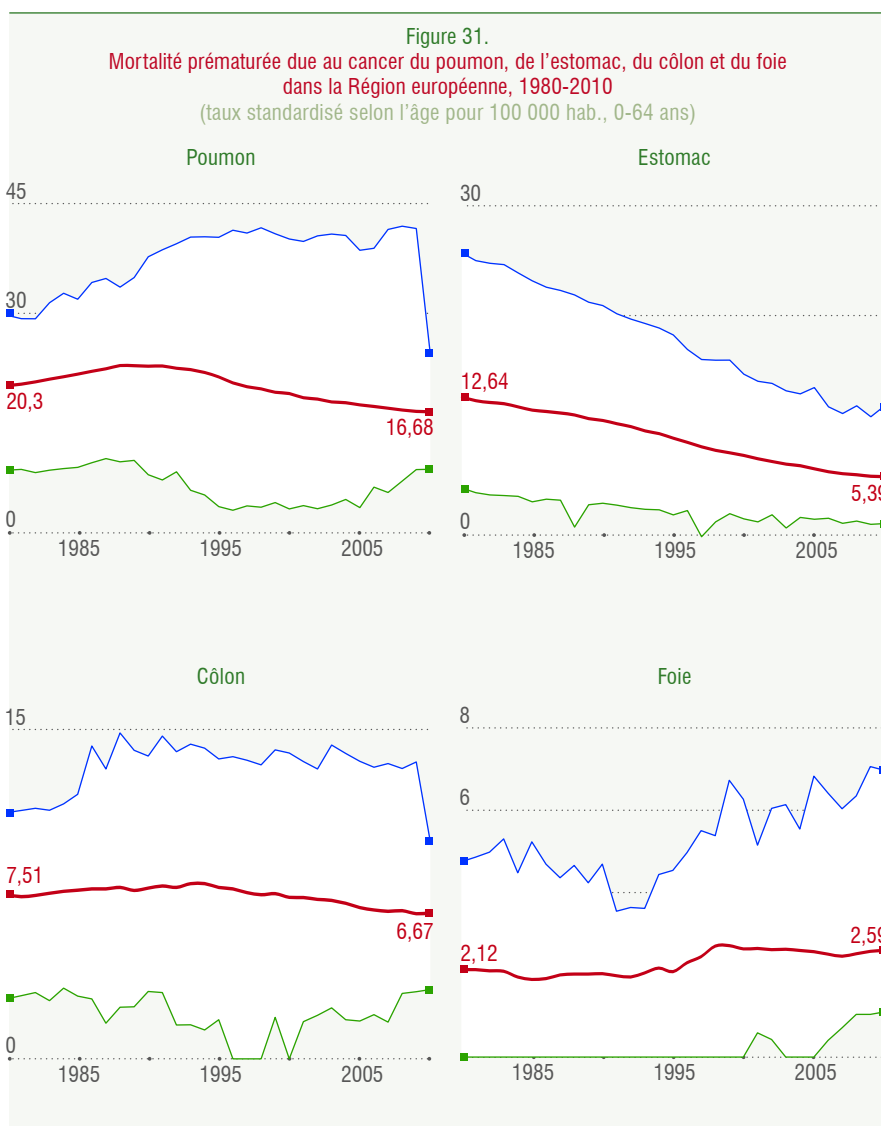
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

accomplis à cet égard peuvent être attribués à la réduction de la consommation de certains produits carcinogènes (tels que les nitrates) et à la découverte et au traitement d'*Helicobacter pylori*, un agent pathogène favorisant la cancérogenèse. Malgré les variations, les pays de la partie orientale de la Région ont réalisé d'importants progrès et leurs taux convergent vers ceux signalés dans les pays d'Europe centrale et occidentale.

Le cancer du foie montre, toutefois, des tendances différentes. Bien que le niveau absolu soit plus faible, la mortalité prématurée est en hausse, surtout depuis 1995, et atteint un taux global de 3 pour 100 000 habitants dans la Région européenne, les tendances nationales commençant à converger. Pour vérifier si ce changement est imputable au diagnostic ou aux codes de classification, les



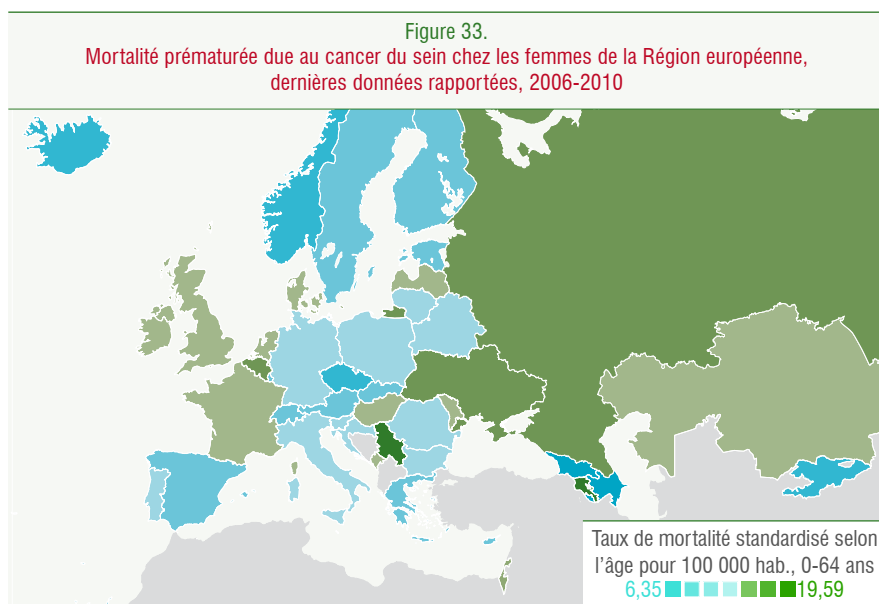
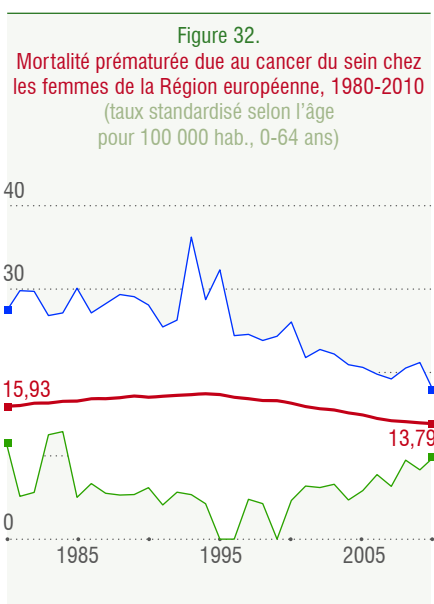
affections et facteurs de risque qui y sont associés (par exemple, les tendances des maladies chroniques du foie et les modes de consommation d'alcool) devront faire l'objet d'évaluations supplémentaires.

Les types de cancer touchant les femmes

Le cancer du sein est la principale cause de décès par cancer chez la femme, et les taux sont relativement uniformes dans l'ensemble de la Région. La situation n'a guère évolué, bien que le taux global de mortalité prématurée ait diminué dans la Région pour atteindre un niveau de 14 pour 100 000, soit une baisse importante de 21 % depuis le pic enregistré autour de 1995 (figure 32).

Les dernières données communiquées à cet égard font état d'une convergence des tendances de mortalité, même si des efforts supplémentaires doivent être déployés dans la partie orientale de la Région afin que celle-ci puisse s'aligner sur les autres. Les innovations dans le domaine de la technologie médicale (notamment en ce qui concerne le diagnostic, le traitement et les interventions chirurgicales), combinées à l'accès accru à ces innovations, ont permis de réduire la mortalité malgré l'incidence élevée : les taux de létalité sont en fait plus faibles. À l'instar des cancers du côlon et de l'estomac, cette avancée constitue un succès important pour le secteur de la santé et représente l'aboutissement particulièrement réussi d'une action de santé publique de plus grande envergure, notamment celle de nombreuses ONG.

La répartition des taux de mortalité prématurée due au cancer du sein au niveau des pays indique des caractéristiques et une tendance différentes par rapport aux autres maladies (figure 33), les taux étant inférieurs au sud et au nord de l'Europe,

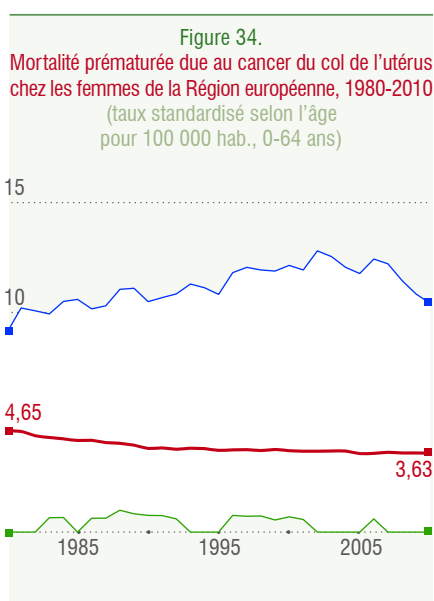


un phénomène vraisemblablement associé à des facteurs culturels et génétiques. En ce qui concerne les taux de mortalité relevés dans les pays, l'écart entre la valeur la plus élevée (20 pour 100 000) et la plus basse (6 pour 100 000) laisse entendre que le risque de décéder à la suite d'un cancer du sein va du simple au triple.

La lutte contre le cancer du col de l'utérus constitue non seulement une composante importante des programmes de santé destinés aux femmes dans la Région, mais aussi une priorité à laquelle davantage d'attention doit encore être accordée. Bien que les connaissances et les technologies sanitaires pour le dépistage, le diagnostic et le traitement de cette forme de cancer soient abordables et potentiellement disponibles aujourd'hui, le cancer du col de l'utérus continue de sévir et de tuer. Tout un ensemble de déterminants sociaux de la santé interviennent dans ce contexte, notamment les inégalités en matière d'accès aux services de santé qui entraînent un manque d'équité en termes de résultats sanitaires. Néanmoins, les politiques universelles de lutte contre le cancer du col de l'utérus exercent un impact dans les pays : les tendances régionales de la mortalité prématurée révèlent un certain niveau de réussite à cet égard. Les données les plus récentes font état d'un taux moyen de mortalité standardisé selon l'âge de 4 pour 100 000 (figure 34). Il existe cependant d'importantes variations qui justifient l'échange continu des meilleures pratiques dans la Région, ainsi qu'une mise en œuvre adaptée à différents contextes.

Causes externes des traumatismes et des intoxications

Situation globale



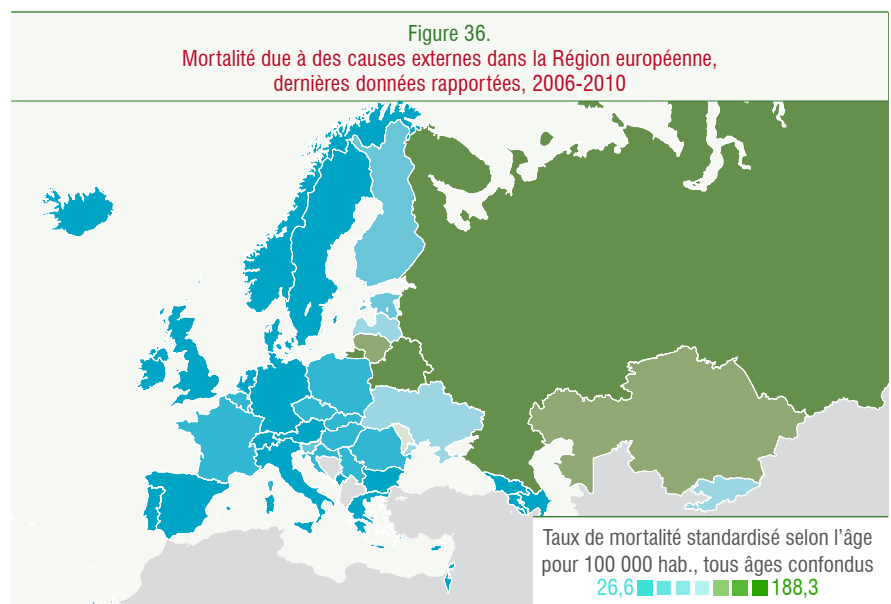
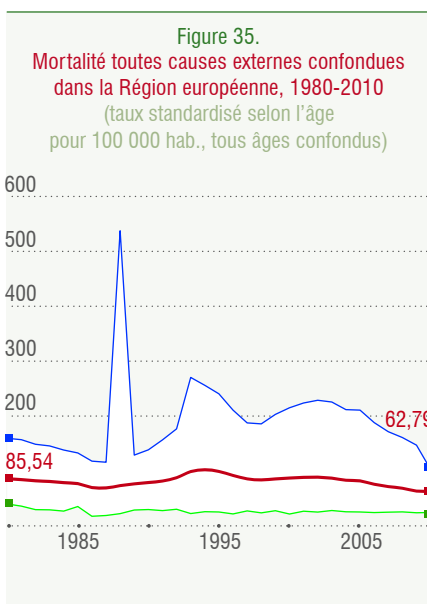
Les causes externes des traumatismes et des intoxications constituent également d'importantes causes de mortalité dans la Région européenne, dans la mesure où elles sont à l'origine de 9 % de l'ensemble des décès. Une multitude de facteurs sont en fait en jeu dans le cas présent, notamment les accidents dus aux transports et aux véhicules à moteur, les chutes, les suicides et les homicides. Par définition, les décès dus à ces causes sont tous prématurés et évitables. L'usage du mot « accident » est parfois critiqué notamment parce que la plupart des accidents dus aux transports sont le résultat d'une absence de politiques ou de leur mise en œuvre. Contrairement aux autres causes de mortalité prématurée précédemment décrites, il est essentiel d'en examiner les causes spécifiques à tous les âges (tout au long de la vie). En outre, les indicateurs relatifs à la mortalité sont utiles en vue d'informer sur les conditions de sécurité de l'environnement, ainsi que sur les niveaux et les tendances de certains comportements nuisibles dans la population. Comme indiqué ci-dessus (voir la figure 19), la mortalité due aux causes externes accuse des taux plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et survient de manière disproportionnée lors du stade de l'existence qui est aussi le plus productif sur le plan économique.

La mortalité toutes causes externes confondues dans la Région européenne atteignait 63 pour 100 000 habitants en 2010, après avoir connu un recul de 20 % depuis 1990 (figure 35). Comme l'indique l'encadré 1, les pics sont dus aux catastrophes d'origine humaine ou naturelle. Néanmoins, les données les plus récentes révèlent des variations toujours importantes au niveau des pays, de moins de 27 pour 100 000 à plus de 180 pour 100 000, soit une différence du simple au septuple (figure 36). Les récessions socioéconomiques constituent d'importants déterminants sociaux de la mortalité due à des causes externes.

Principaux types

Par ordre de fréquence, les accidents (transports et véhicules à moteur, intoxications, chutes, noyades, et exposition à la fumée et aux incendies), les suicides et l'automutilation, ainsi que les homicides et les agressions sont principalement à l'origine de la mortalité due à des causes externes dans la Région européenne. Si des baisses de cette mortalité ont été attestées entre 1980 et 2009 (figure 37), il existe des différences importantes entre les pays. Par exemple, les taux de mortalité imputable aux suicides, aux noyades, aux accidents dus aux transports et aux homicides sont sensiblement supérieurs (jusqu'à 1,5 fois plus élevés) dans la partie orientale de la Région, tandis que celle due aux chutes augmente dans la partie occidentale.

Le suivi des tendances de la mortalité due aux principales causes externes fournit d'autres informations utiles sur l'impact des déterminants sociaux de

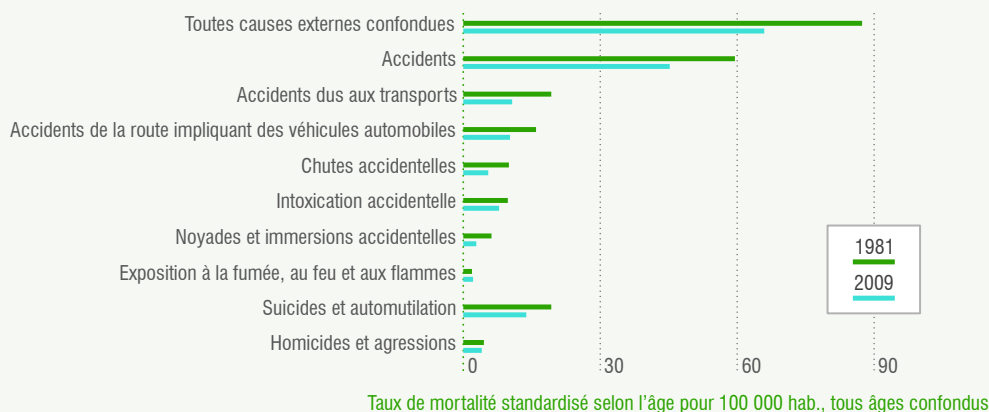


la santé. Par exemple, les taux de suicide (l'un des seuls indicateurs de la santé mentale dans la base de données de la Santé pour tous) ont diminué de 25 à 40 % en Europe. Les baisses observées ont néanmoins ralenti depuis 2008, certains pays devant d'ailleurs faire face à un renversement de la tendance.

La hausse des taux de suicide constitue souvent la partie émergée de l'iceberg, et ne reflète pas forcément un éventail beaucoup plus vaste de troubles psychologiques et neuropsychiatriques et leur charge globale de morbidité. En outre, il existe d'autres facteurs exerçant des effets graves sur la santé généralement liés aux récessions économiques. Cette situation mérite une étroite surveillance et la mise en œuvre d'interventions ponctuelles afin d'atténuer les éventuels effets psychosociaux des faibles revenus et du chômage, et des processus conduisant à l'exclusion de différents groupes ou individus. Le chapitre 3 se penche sur les approches permettant un meilleur suivi des composantes plus larges de la santé et du bien-être.

Les accidents dus aux transports et aux véhicules à moteur constituent un autre facteur important de la mortalité liée à des causes externes. Les taux de décès dus à ces causes fournissent des indications sur la sécurité routière (notamment les conditions de l'infrastructure), l'efficacité des mesures de protection et l'application des règlements dans chaque pays. Au niveau européen, les taux d'accidents de la route à l'origine de traumatismes ont légèrement diminué au cours de ces trois dernières décennies, et les taux d'accidents dus à l'alcool sont en baisse dans l'ensemble de la Région (figure 38) et ce, malgré les variations existant au niveau des pays.

Figure 37.
Mortalité due aux principales causes externes
dans la Région européenne, 1981 et 2009

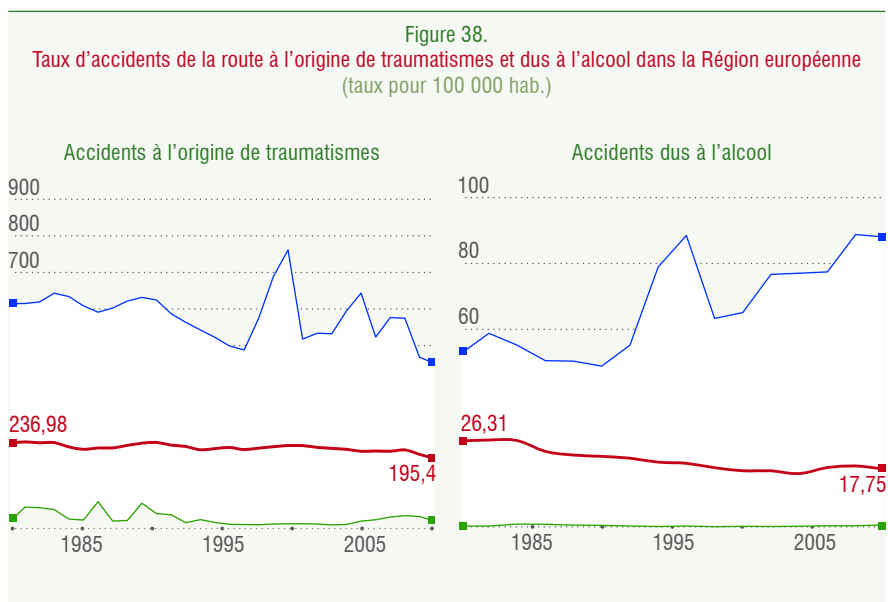


Globalement, les tendances observées en ce qui concerne les causes externes de la mortalité exigent des stratégies spécifiques et des interventions sanitaires davantage ciblées, notamment des politiques intersectorielles ou conjointes et des stratégies de mise en œuvre (par exemple, dans les secteurs des transports, de la justice, du travail et financier). Les pays peuvent intensifier le recours aux meilleures pratiques et procéder entre eux à un échange de ces bons procédés afin de lutter contre la mortalité due aux causes externes dans une perspective européenne.

Maladies transmissibles

Principaux aspects

Les maladies transmissibles sont moins répandues dans la Région européenne que dans d'autres parties du monde. Néanmoins, leur émergence ou leur réémergence inattendues, combinées à la propagation rapide et aux capacités épidémiques de certaines de ces maladies, contribue à la morbidité évitable, à la mortalité prématurée et à leur menace potentielle pour la santé. La préparation aux maladies transmissibles reste par conséquent une grande priorité de l'action sanitaire. L'accroissement de la mobilité des populations et des échanges commerciaux, les infections concomitantes et le développement de la résistance aux antimicrobiens, constituent autant de facteurs aggravants qui favorisent aussi leur émergence et leur propagation tout en accroissant leur menace.



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

Dans la Région européenne, l'attention porte actuellement sur la tuberculose, le VIH/sida, les autres maladies sexuellement transmissibles et l'hépatite virale. Les récentes flambées épidémiques de poliomyélite, de rubéole et de rougeole dans différentes régions d'Europe ont cependant mis de nouveau en évidence la nécessité de maintenir ou d'améliorer les activités de santé publique, telles que la surveillance et la prévention des maladies transmissibles, par la promotion de la santé et la vaccination.

Selon des données collectées dans la Région européenne, la mortalité due à toutes les maladies infectieuses et parasitaires a lentement augmenté au cours de ces deux dernières décennies, passant de 10 pour 100 000 en 1990 à 14 pour 100 000 en 2010 (figure 39). D'importantes variations ont été également observées : de moins de 50 % en dessous de la moyenne régionale à plus de 50 % au-dessus de cette moyenne. Les résultats d'une nouvelle évaluation effectuée à l'aide des informations reprises dans la base de données détaillée sur la mortalité européenne (16) indiquent que l'augmentation de la mortalité due à la septicémie, en particulier chez les personnes âgées, peut expliquer ce phénomène dans certains pays. En outre, *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline peut jouer un rôle à cet égard, bien que celui-ci doive être scientifiquement confirmé. La situation met néanmoins en exergue l'importance croissante de la résistance aux antimicrobiens, en particulier pour la Région européenne.

Tuberculose

La tuberculose constitue l'une des principales maladies infectieuses et parasitaires, et concourt à plus de 40 % de la mortalité au sein de ce groupe de causes des décès au niveau de la Région européenne. Après les hausses observées dans les années 1990, les taux de mortalité due à la tuberculose ont diminué de 30 % pour atteindre un taux de 6 pour 100 000 en 2010. Néanmoins, on relève à cet égard des variations importantes en Europe (figure 40). Dans la partie orientale de la Région, après dix années de statu quo, une tendance encourageante à la baisse a été récemment attestée. Les taux d'incidence de la tuberculose indiquent que le risque de transmission s'amenuise aussi depuis 2000, pour atteindre 35 nouveaux cas pour 100 000 (figure 41).

Bien que les taux de réussite du traitement ne soient pas entièrement satisfaisants (autour de 70 % seulement), l'accessibilité et la précocité du diagnostic, combinées à la disponibilité d'un traitement de courte durée et à l'observance à ce dernier, expliquent les tendances à la baisse de la mortalité due à la tuberculose et de l'incidence de la maladie. Néanmoins, certains pays doivent encore faire face à des situations difficiles et comptent des poches de populations à haut risque. Les atlas interactifs de l'OMS/Europe (20) révèlent, par exemple, que la tuberculose se concentre surtout dans quelques petites enclaves défavorisées où le risque de mortalité est 14 fois supérieur à celui

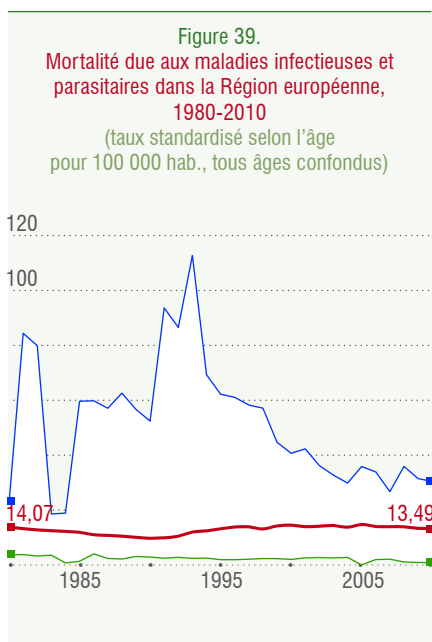
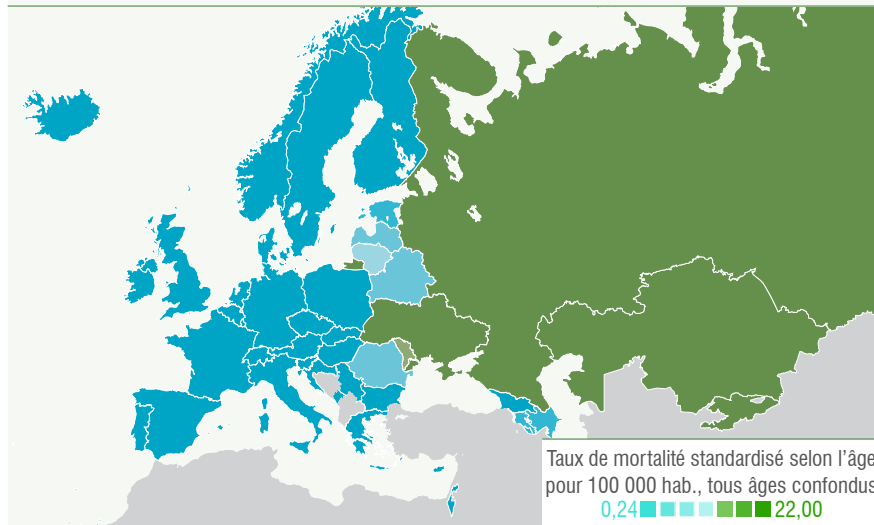
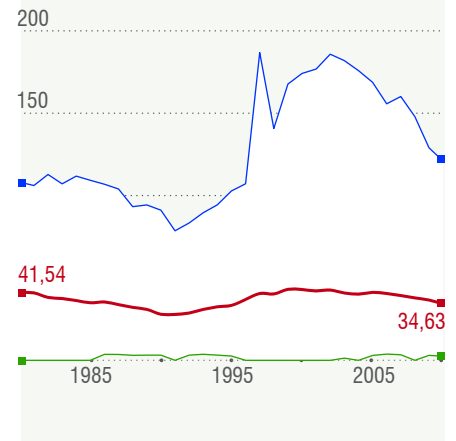


Figure 40.
Mortalité due à la tuberculose dans la Région européenne,
dernières données rapportées, 2006-2010



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

Figure 41.
Incidence de la tuberculose dans la Région européenne, 1980-2010
(taux pour 100 000 hab., tous âges confondus)



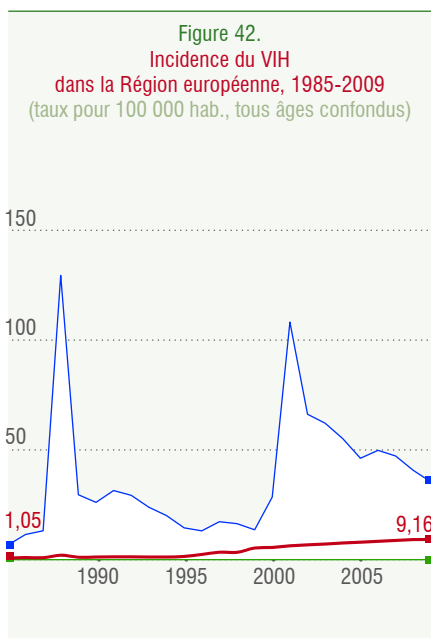
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

des quartiers plus aisés, ce qui met en évidence l'importance des déterminants sociaux de la santé pour cette cause de décès. Parallèlement, la co-infection avec le VIH pose un défi supplémentaire à la diminution de la mortalité par tuberculose, en particulier dans les zones ou les régions caractérisées par la coexistence des deux infections et la polypharmacorésistance.

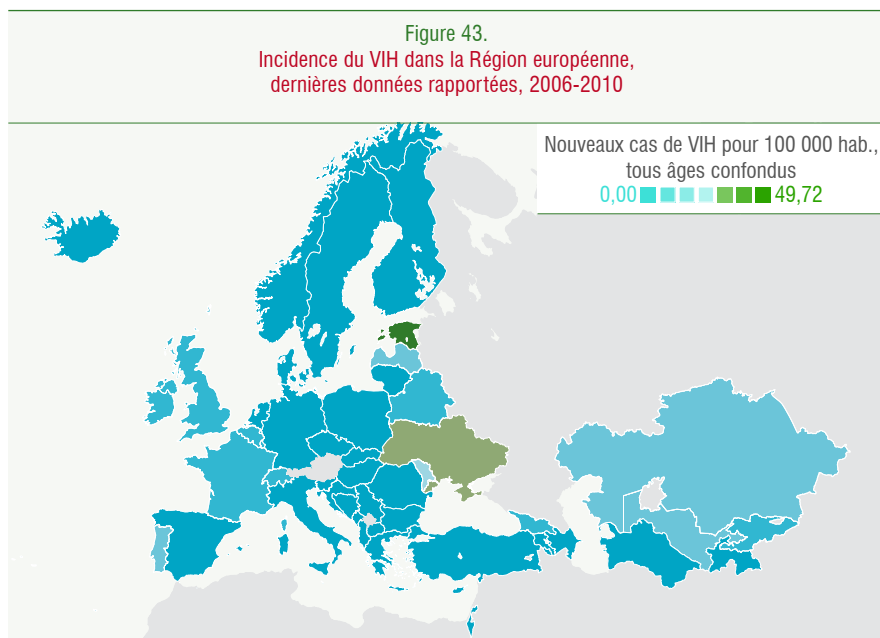
VIH/sida

Afin de mesurer la fréquence et l'impact du VIH/sida, on préfère se rapporter à l'incidence du VIH plutôt qu'à la mortalité. L'incidence annuelle du VIH a légèrement augmenté et, selon les données les plus récentes, la tendance est susceptible de se stabiliser au niveau régional (figure 42). Or, l'incidence du VIH varie largement d'un pays à l'autre, comme l'indiquent les dernières données rapportées entre 2006 et 2010 (figure 43).

Grâce à la grande disponibilité de la thérapie antirétrovirale dans la Région européenne, et il s'agit là d'un point important, la progression de la séroconversion à la maladie clinique diminue dans la plupart des pays (données non illustrées). Le faible niveau des taux notifiés peut indiquer que le traitement efficace des personnes séropositives joue un rôle important dans la réduction du risque explicite de maladie. Il importe toutefois de mettre en place des mécanismes de prestation appropriés dans les divers systèmes de santé de la Région en vue d'atteindre l'ensemble de la population, sans discrimination, et créer les conditions nécessaires pour garantir la pérennité de cet effort.



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).



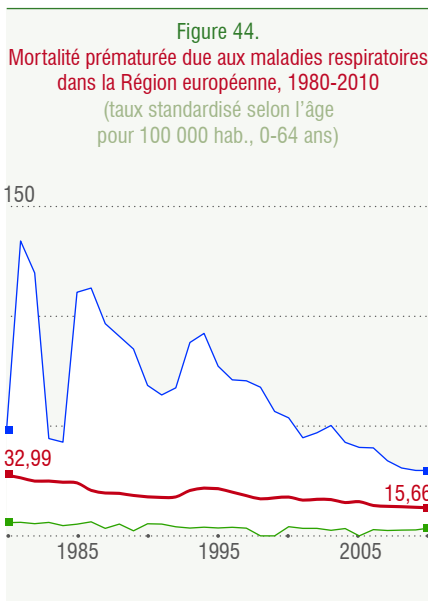
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

Maladies de l'appareil respiratoire

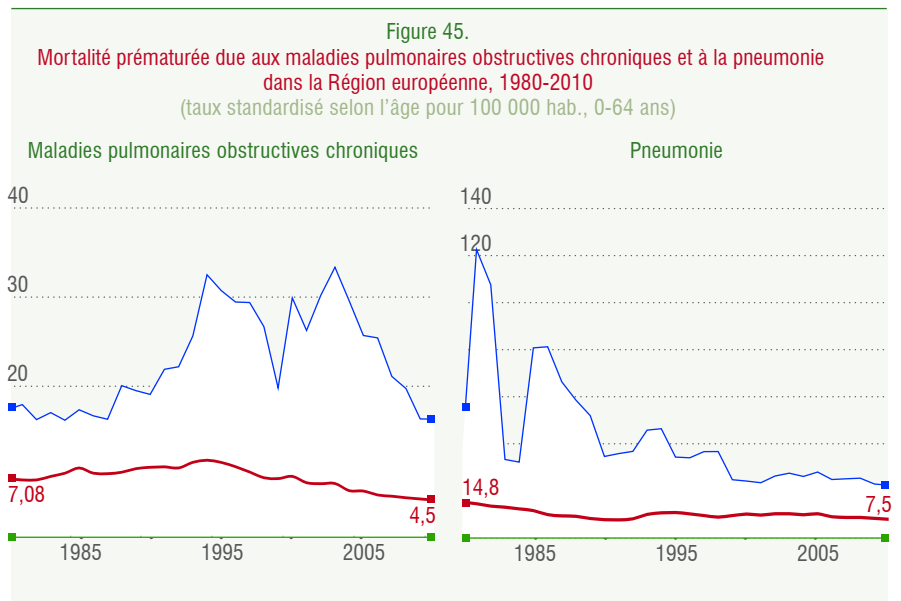
La mortalité due aux maladies respiratoires frappe surtout deux populations distinctes : les enfants et les seniors. Plus précisément, les principales causes de décès sont les maladies pulmonaires obstructives chroniques, la pneumonie, la grippe et l'asthme, autant d'affections étroitement liées aux conditions de l'environnement extérieur et intérieur et à l'exposition à ces dernières. Les interventions visant à prévenir les maladies respiratoires ciblent souvent les déterminants sociaux de la santé au sens plus large. Ces derniers nécessitent d'ailleurs une action intersectorielle afin de garantir un impact qui permette la réduction de l'incidence et de la gravité de la maladie.

Les taux de mortalité prématurée due aux maladies respiratoires dans la Région européenne ont enregistré une diminution constante de 40 % depuis le milieu des années 1990, pour atteindre 16 pour 100 000 habitants en 2010 (figure 44).

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques et la pneumonie causent le plus grand nombre de décès prématurés dus aux maladies respiratoires, et leurs tendances de mortalité présentent deux scénarios distincts : l'un avec des taux en baisse, et l'autre avec des taux relativement stables (figure 45). Les taux de mortalité due aux maladies pulmonaires obstructives chroniques (les hommes étant plus touchés que les femmes) ont diminué dans toute la Région, tandis que les taux de pneumonie n'ont généralement pas évolué au cours de la décennie écoulée.



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).



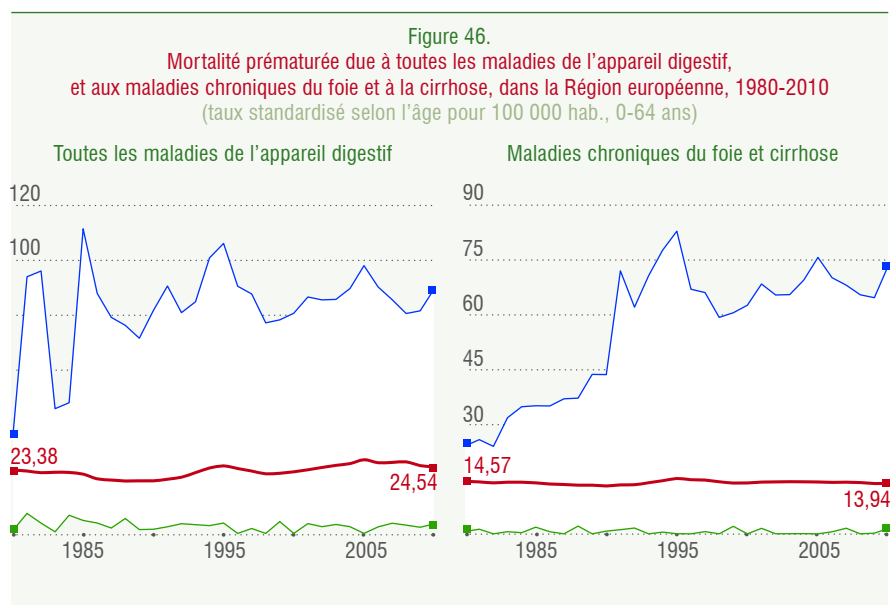
Source : base de données européenne sur la mortalité (11).

Il semble par conséquent que certains niveaux d'exposition aient augmenté dans plusieurs régions d'Europe, une situation qui s'explique probablement par la pollution et la détérioration de la qualité de l'air en raison de l'industrialisation, du développement des transports, des logements humides et de la mauvaise qualité de l'air intérieur. En même temps, l'amélioration de l'accès au traitement et à la vaccination, des conditions de logement ainsi que de la protection et des réglementations en matière d'environnement peuvent exercer un impact positif dans l'ensemble de la Région.

Maladies de l'appareil digestif

Les maladies de l'appareil digestif constituent un autre groupe important des causes de décès dans la Région européenne. Parmi celles-ci, il convient de mentionner les maladies chroniques du foie et la cirrhose, ainsi que les ulcères de l'estomac et du duodénum. Au niveau régional, la mortalité prématurée due à toutes les maladies de l'appareil digestif a affiché une tendance à la hausse de la fin des années 1990 à 2005, avec une légère diminution par la suite. Le taux global atteignait 25 pour 100 000 en 2010, soit une augmentation nette de 30 % au cours de ces deux dernières décennies (figure 46). La consommation nocive de certains produits, comme l'alcool et certains aliments transformés, contribue à ces maladies.

Au cours de la dernière décennie, on a observé une stagnation de la mortalité due aux maladies chroniques du foie et à la cirrhose (figure 46). On a également établi un lien entre, d'une part, les maladies chroniques du foie et,



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

d'autre part, une série de causes virales (comme l'hépatite B et C), des toxines et l'usage de drogues. Néanmoins, l'abus d'alcool, notamment lorsque cette consommation est importante et soutenue, en constitue probablement la cause principale. La mortalité due aux maladies chroniques du foie et à la cirrhose sert donc souvent d'indicateur indirect quand il s'agit de mesurer un large éventail de problèmes de santé liés à la consommation excessive d'alcool. Selon des données récemment rapportées (2006-2010), la mortalité prématurée due aux maladies chroniques du foie et à la cirrhose dans la Région varie de moins de 1 à plus de 70 pour 100 000 habitants (figure 47). Cependant, il arrive parfois que les cas signalés de ces maladies soient en-deçà de la réalité en raison de la stigmatisation.

Il est clairement démontré que les populations européennes boivent de plus en plus à un âge précoce, consomment de grandes quantités d'alcool et s'adonnent à des beuveries express, autant de comportements qui augmentent l'incidence des maladies et le risque de mortalité. Ces tendances justifient l'intensification des interventions efficaces dans la Région en vue de réduire cette consommation (21).

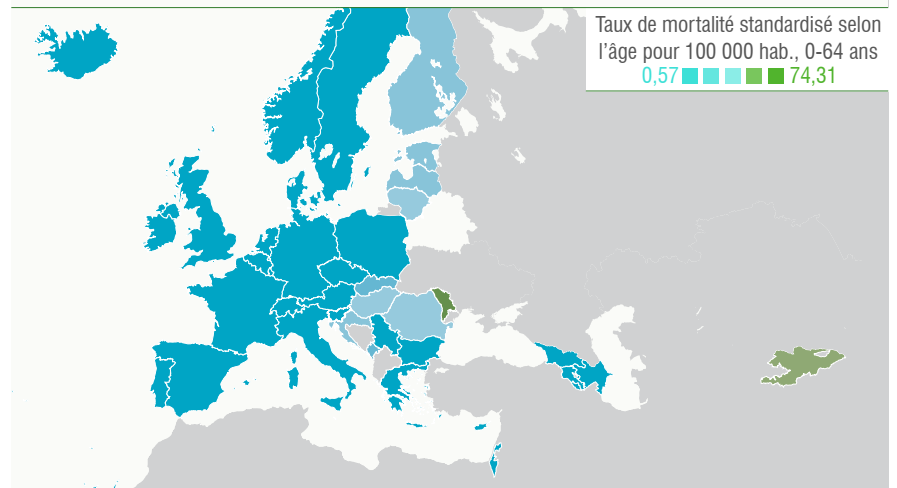
Diabète

Le diabète constitue un important problème de santé publique en Europe en raison de ses effets directs et indirects sur les personnes qui en souffrent. Ces derniers vont des complications microvasculaires (troubles rénaux, neurologiques et ophtalmologiques) aux complications vasculaires (membres, cerveau et cœur),

Encadré 5. Causes de décès – messages clés

- Les maladies non transmissibles représentent la part la plus importante de la mortalité dans la Région européenne, soit 80 % des décès en 2009.
- Les maladies de l'appareil circulatoire sont la principale cause de la mortalité prématurée dans la Région, et concourent à près de 50 % de l'ensemble des décès. Les cancers sont la deuxième cause principale, soit près de 20 %, tandis que les causes externes des traumatismes et des intoxications sont responsables de 9 % des décès.
- Les tendances de la mortalité due aux maladies évoluent dans diverses régions d'Europe. Celle-ci varie aussi considérablement à la fois entre les pays, et selon l'âge et le sexe.
- En raison du recul constant de la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire, parallèlement au prolongement de l'espérance de vie, le risque de cancer (associé à de longues périodes de latence) est aussi en hausse. En outre, les cancers ont remplacé les maladies de l'appareil circulatoire comme principale cause de décès prématurés dans 28 pays de la Région.
- La prévention primaire et secondaire, plutôt que le seul recours au traitement, permet de réduire efficacement la mortalité prématurée due aux maladies de l'appareil circulatoire et aux cancers. Lorsqu'aucun traitement efficace ne peut être administré, la prévention est le seul moyen d'atténuer l'impact jusqu'à ce que des innovations dans le domaine des technologies médicales soient disponibles.
- Les maladies transmissibles, bien que moins fréquentes en Europe que dans les autres régions du monde, restent une grande priorité de l'action sanitaire. Ce sont surtout la tuberculose, le VIH/sida, d'autres maladies sexuellement transmissibles et les hépatites virales qui focalisent l'attention.
- La mortalité due aux maladies infectieuses et parasitaires augmente lentement en Europe depuis 1990.
- Les tendances de l'incidence du VIH varient sur le continent, les taux étant plus élevés dans certains pays des parties centrale et orientale de la Région. La baisse de l'incidence du sida met en exergue l'importance d'administrer un traitement efficace aux personnes vivant avec le VIH.

Figure 47.
Mortalité prématurée due aux maladies chroniques du foie et à la cirrhose
dans la Région européenne, dernières données rapportées, 2006-2010



Source : base de données européenne sur la mortalité (11).

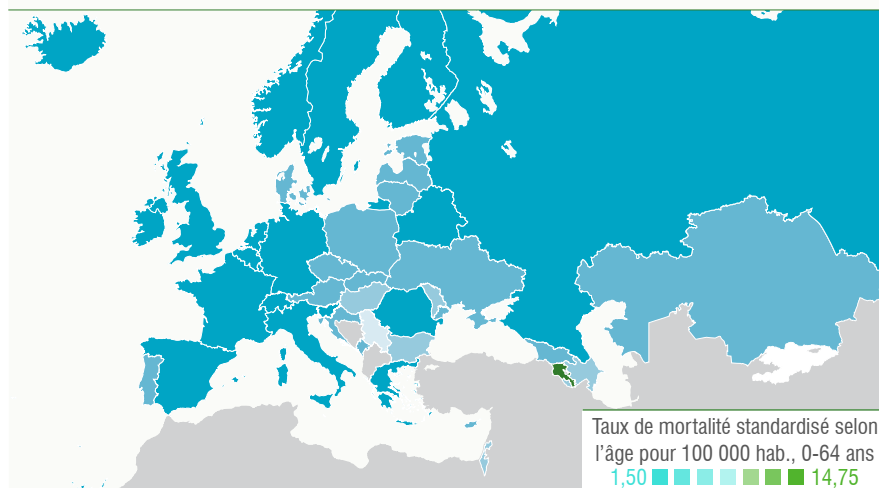
accompagnées de diverses conséquences graves. Le diabète constitue également un facteur de risque important et fréquent pour les maladies de l'appareil circulatoire avec lesquelles il partage, à son tour, certains facteurs de risque, comme l'alimentation peu équilibrée, le manque d'exercice physique et l'obésité (voir la section sur les facteurs de risque ci-dessous). Bien que relativement facile à diagnostiquer, le diabète échappe encore souvent au dépistage dans de nombreux contextes. Les mesures de l'hospitalisation et de la mortalité précoce dues au diabète sont donc proposées à titre potentiel d'indicateurs traçants de la performance des systèmes de santé (22).

Dans la Région européenne, la mortalité prématurée due au diabète a diminué de 25 % de 1995 à 2010 (soit 4 cas pour 100 000). Cependant, et selon les dernières données rapportées, il existe des variations entre les pays (figure 48).

Charge des maladies – mortalité, morbidité et invalidité

L'approche axée sur la charge des maladies repose sur le principe selon lequel l'analyse approfondie de toutes les sources d'informations disponibles dans un pays ou une région donnés, et la correction des erreurs systématiques, permettent de réaliser les meilleures estimations de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité. Les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI, ou DALY pour *disability-adjusted life-year*) (une unité de mesure temporelle combinant les

Figure 48.
Mortalité prématurée due au diabète dans la Région européenne,
dernières données rapportées, 2006-2010



Source : base de données européenne sur la mortalité (11).

années de vie perdues en raison de la mortalité prématurée et celles perdues en raison du temps vécu dans un état de santé moins qu'idéal) ont été définies afin d'évaluer la charge des maladies. En tant que mesure de la santé des populations et paramètre contribuant à l'élaboration des politiques de santé, les AVCI, dans la manière dont elles sont calculées, indiquent clairement que la mortalité n'est pas la seule composante de la charge des maladies, et que la morbidité et l'invalidité en représentent une part significative (23). En outre, elles constituent une unité de mesure des insuffisances et des déficits, du fait qu'il s'agisse d'AVCI perdues par rapport à une existence indemne de maladies ou d'invalidités, dans un état de santé potentiellement idéal ou parfait, où le décès survient aux plus hauts taux d'espérance de vie observés dans le monde.

Deux considérations supplémentaires rendent en fait les AVCI intéressantes : comme unité de mesure, elles facilitent les comparaisons entre pays, et peuvent être ventilées et associées à des déterminants fondamentaux, à des facteurs de risque et des interventions visant à évaluer le risque, l'efficacité et la rentabilité (efficience). La répartition des AVCI perdues ou conservées permet également de procéder à une analyse sous l'angle de l'équité. Dans son ensemble, cette information contribue à la définition des priorités tout en apportant davantage d'éléments de preuve aux niveaux national et régional sur les interventions susceptibles d'empêcher la plus grande perte d'AVCI.

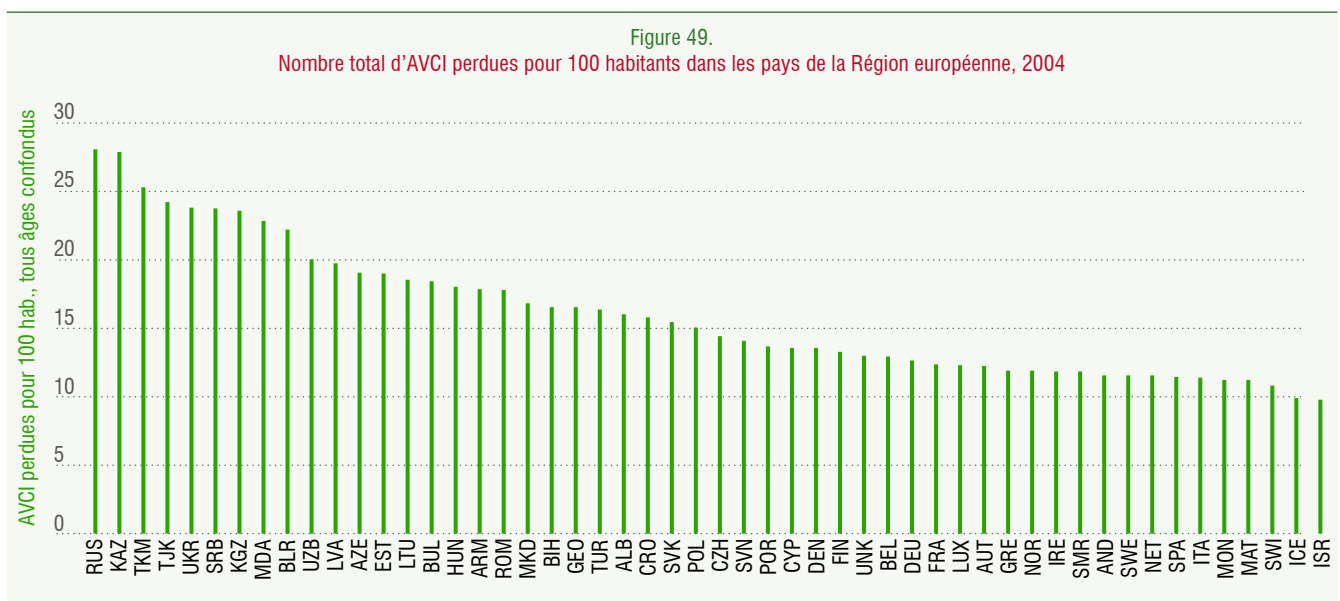
Si l'on se base sur la répartition de la charge totale des maladies dans la Région européenne pour l'année 2004, le nombre estimé d'AVCI perdues oscille entre 10 et 28 pour 100 habitants selon le pays, soit un écart allant du simple au triple

entre le pays jouissant de la situation la plus favorable et celui jouissant de la situation la moins favorable (figure 49). En outre, les hommes ont perdu environ 20 % d'AVCI de plus que les femmes.

Les projections des AVCI perdues contribuent également à l'élaboration des politiques de santé et à la définition des priorités. Pour permettre les comparaisons des estimations reflétant les données de 2004 et le nombre projeté d'AVCI perdues pendant trois périodes (2008, 2015 et 2030), les données sont présentées pour les principales causes, et les pays sont regroupés par niveau de revenu (figure 50).

Les données mettent en évidence plusieurs points. Tout d'abord, le nombre global d'AVCI perdues est deux fois plus élevé dans les pays à revenus faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé de la Région européenne. Cela signifie que ces premiers pays concourent à environ deux tiers des AVCI perdues, alors qu'ils représentent seulement un peu plus de la moitié de la population de la Région. (Voir l'annexe pour les classifications de pays selon le revenu dans la Région européenne.)

Outre son ampleur, les tendances de la charge des maladies diffèrent selon le revenu des pays : les pays à revenus faible et intermédiaire présentent des taux élevés de maladies de l'appareil circulatoire, suivies des troubles neuropsychiatriques, tandis que ceux à revenu élevé affichent des taux élevés de troubles neuropsychiatriques, suivis par le cancer et les maladies cardiovasculaires. Le cancer est à l'origine d'un nombre similaire d'AVCI



Encadré 6.
Charge des maladies
– messages clés

- La mortalité n'est pas la seule composante de la charge des maladies ; la morbidité et l'invalidité en représentent une part significative. L'utilisation des AVCI, un outil permettant d'évaluer l'état de santé plus que la simple mortalité, offre une nouvelle orientation à ce processus évaluatif.
- Si l'on se base sur la répartition de la charge totale des maladies dans la Région européenne pour l'année 2004, le nombre estimé d'AVCI perdues oscille entre 10 et 28 pour 100 habitants.
- La charge des maladies fait l'objet d'une répartition inégale dans la Région : le nombre global d'AVCI perdues est deux fois plus élevé dans les pays à revenus faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé.
- Les AVCI étant attribuées, dans la Région européenne, à de grands facteurs de risque, il est possible de recenser les principaux domaines d'intervention, tels que la nutrition, l'activité physique et l'usage de substances engendrant la dépendance, en particulier pour réduire le surpoids et l'obésité, l'hypercholestérolémie et l'hypertension, ainsi que la consommation d'alcool et le tabagisme.

dans les deux groupes. À l'exception d'une hausse escomptée des maladies infectieuses et parasitaires, et d'aucune évolution dans les pays à revenus faible et intermédiaire en ce qui concerne le cancer, la charge des maladies aura tendance à diminuer, toutes causes confondues. Selon les projections, on estime que cette baisse sera plus limitée entre 2008 et 2015, et plus importante entre 2015 et 2030, en particulier dans les pays à revenus faible et intermédiaire.

En outre, le nombre total d'AVCI perdues a été attribué à différents grands facteurs de risque dans la Région européenne (figure 51). Ainsi peut-on recenser les principaux domaines d'interventions afin de mener une lutte rentable contre, par exemple, les problèmes de nutrition, la sédentarité et l'utilisation de substances engendrant la dépendance, notamment pour réduire la surcharge pondérale, l'obésité, l'hypercholestérolémie, l'hypertension, la consommation d'alcool et le tabagisme. D'autres travaux combinant, d'une part, l'analyse de la rentabilité et, d'autre part, les approches prenant en considération la répartition des services et des prestations dans la population, notamment dans certains sous-groupes, mettront également en évidence les questions d'équité (voir la section sur les facteurs de risque ci-dessous).

Bien que les méthodes soient constamment affinées, la compilation et l'analyse de ces types de données à l'échelon national, régional ou mondial peut aider à l'élaboration de modèles causals ou séquentiels d'une maladie ou groupes de maladies donnés. Ces modèles peuvent donner des indications sur les domaines et niveaux d'intervention et permettre de recenser les actions nécessitant une

Figure 50.
Projection des AVCI perdues (2008, 2015 et 2030) dans les pays de la Région européenne, par cause principale et niveau de revenu

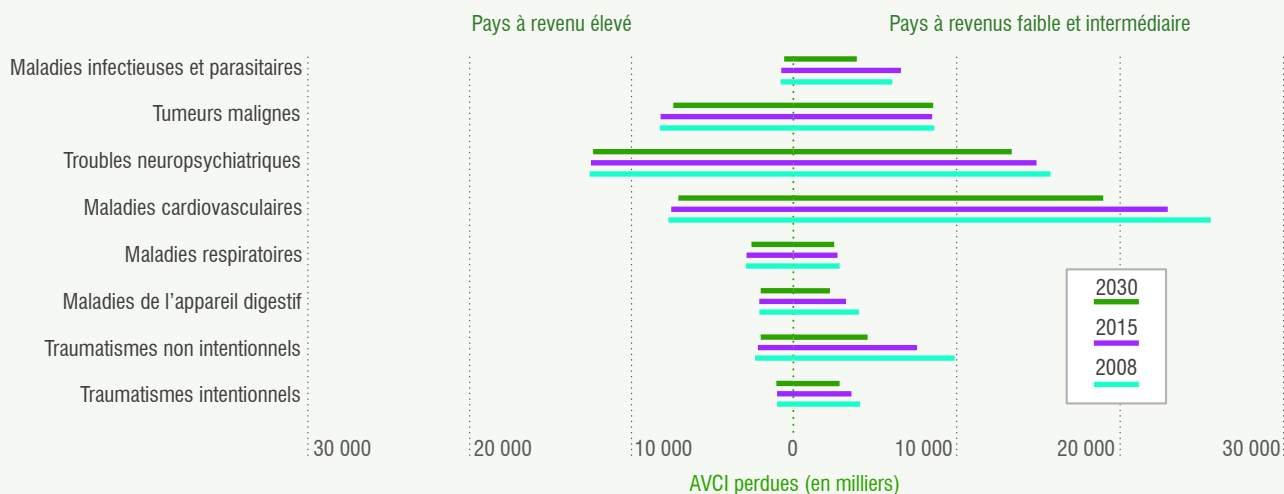
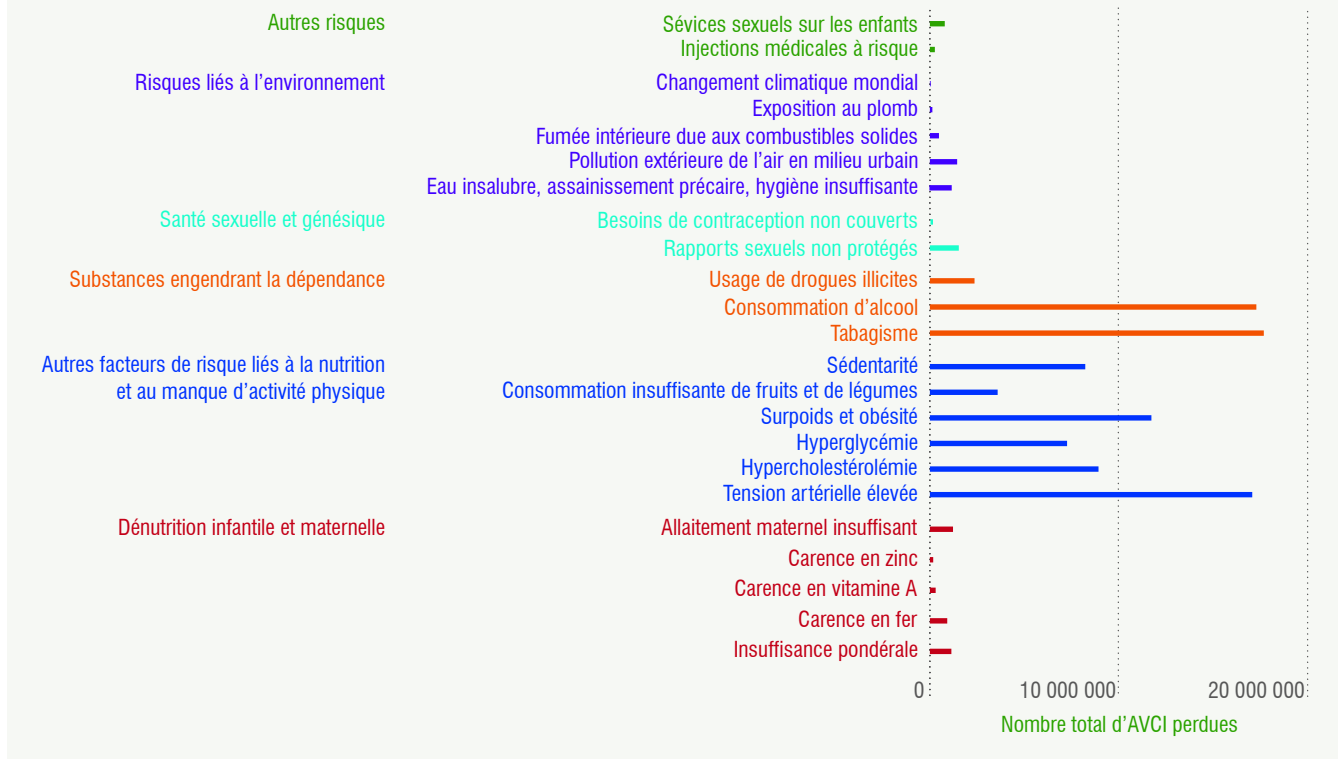


Figure 51.
Nombre d'AVCI perdues par facteur de risque dans la Région européenne, 2004



Source : Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks (24).

participation intersectorielle afin de réduire la charge globale des maladies, et pas seulement la mortalité.

Facteurs de risque

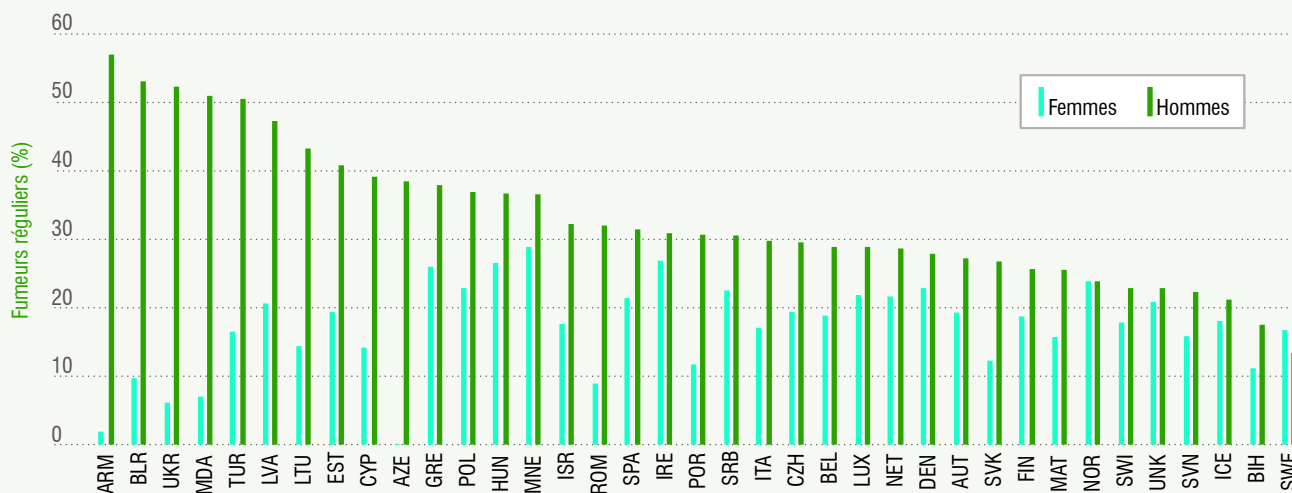
La compréhension des causes fondamentales (dont les facteurs de risque, les déterminants du système de santé et les déterminants socioéconomiques au sens plus large comme les déterminants sociaux de la santé) à l'origine du niveau et de la répartition des maladies constitue un élément important de la prévention et de la lutte contre les maladies ainsi que de la promotion de la santé. En ce qui concerne les principaux groupes de maladies analysés dans les sections précédentes et entraînant des niveaux élevés de mortalité, de morbidité et d'invalidité, deux grands facteurs de risque influencent l'issue de diverses pathologies et restent donc prioritaires en termes d'intervention : le tabagisme et l'usage nocif d'alcool. D'un point de vue européen, leur prévalence et leurs niveaux restent élevés dans l'ensemble de la population et ce, malgré les connaissances et les technologies disponibles pour agir sur ceux-ci.

Tabagisme

La prévalence de la consommation tabagique régulière (la principale forme de l'usage du tabac) dans la population âgée de 15 ans et plus de la Région européenne a atteint 27 % en moyenne (figure 52), selon les données communiquées par 37 pays aux alentours de 2008. En général, on compte deux fois plus de fumeurs que de fumeuses. Les tendances révèlent néanmoins une hausse de la prévalence chez les femmes et un début de convergence avec celle observée dans la population masculine (données non illustrées), en particulier dans les pays où les niveaux de tabagisme se situent autour ou en deçà de la moyenne européenne pour les hommes.

L'accessibilité financière du tabac, d'ailleurs déterminée par sa tarification, peut contribuer à augmenter la prévalence, celle-ci étant d'ailleurs plus forte lorsque le prix des cigarettes est moins élevé. Selon les données collectées en Europe à ce sujet, le prix d'un paquet de cigarettes varie de 1 à plus de 10 dollars des États-Unis (USD) (25). Afin de lutter contre le marketing agressif des produits du tabac à l'adresse des jeunes, des femmes et des personnes jouissant d'un faible statut socioéconomique, il importe d'élaborer des politiques de santé coordonnées et tout aussi agressives, notamment celles énoncées dans la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (26) qui a été ratifiée par 168 pays de par le monde. Dans la Région européenne, 47 pays et la Commission européenne sont parties à cette convention.

Figure 52.
Prévalence de fumeurs réguliers dans la population âgée de 15 ans et plus
de plusieurs pays de la Région européenne, par sexe, dernières données rapportées, 2006-2010

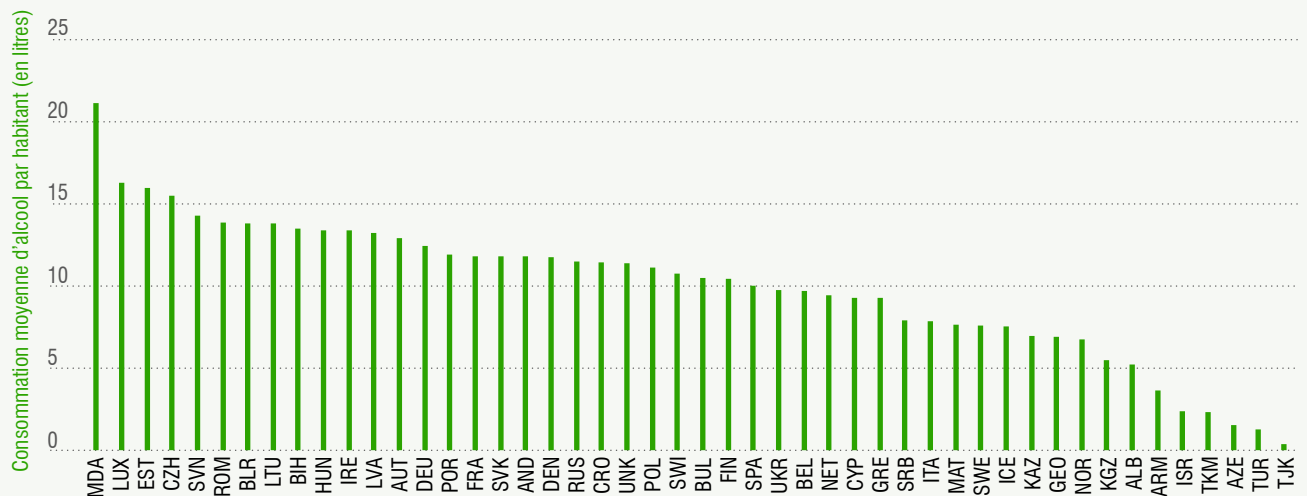


Consommation d'alcool

La consommation d'alcool est un autre facteur important qui influence la fréquence et la gravité des problèmes de santé, et est responsable de près de 6,5 % de la mortalité totale en Europe (27). Dans la Région européenne, la consommation d'alcool estimée par habitant est restée pratiquement stable au cours de cette dernière décennie, avec une moyenne de 10,6 l par habitant en 2007 (figure 53) selon les données provenant de 48 États membres. Néanmoins, les niveaux moyens de consommation estimés varient de manière significative entre les pays, de 21 l à moins de 0,5 l par personne.

Le volume mais aussi le type d'alcool sont importants à cet égard, car plus la boisson consommée possède une teneur élevée en alcool, plus celle-ci aura des effets négatifs sur la santé. La consommation de bière, de vin ou des spiritueux varie dans la Région. Les pays où l'on consomme plus de spiritueux supportent une charge plus lourde de morbidité liée à l'alcool. À l'instar du tabagisme, les déterminants socioéconomiques et l'accessibilité financière de l'alcool influent sur sa consommation excessive et les beuveries express c'est-à-dire les épisodes de forte alcoolisation hebdomadaire (> 50 g d'alcool). Il est d'ailleurs clairement prouvé que ces pratiques ont une incidence négative sur la santé (28). Les données provenant de différents pays indiquent que la fréquence des beuveries express tend à être inversement proportionnelle au prix de l'alcool. Selon des éléments de preuve collectés en Europe, l'augmentation des maladies de l'appareil circulatoire et de la mortalité prématurée peut être attribuée à une très forte consommation d'alcool et aux tendances des beuveries express (29,30). Par

Figure 53.
Consommation moyenne d'alcool par habitant dans la population âgée de 15 ans et plus de plusieurs pays de la Région européenne, dernières données rapportées, 2006-2010



exemple, une étude menée récemment a permis de conclure que la réduction des prix de l'alcool (ce qui équivaut à la levée d'autres restrictions sur l'accès et la consommation) entraîne une hausse de la mortalité due à l'alcool de l'ordre de 17 à 40 % chez les adultes âgés de 40 à 69 ans (31). D'après les informations recueillies dans la Région européenne, l'adoption d'approches politiques efficaces pour réduire les effets néfastes d'une consommation nocive d'alcool exige le déploiement d'efforts concertés impliquant divers secteurs (dont celui de la santé) et visant un objectif commun.

Facteurs environnementaux

On sait que les différences d'accès ou d'exposition à divers facteurs environnementaux au cours d'une vie ont un impact sur la survenue d'importants problèmes de santé (dont les maladies cardiovasculaires, les maladies des appareils respiratoire et digestif, les cancers et les causes externes de la mortalité) et influencent la gravité de la morbidité et de l'invalidité. Divers facteurs contribuent directement ou indirectement à la situation sanitaire et à la charge des maladies d'une population donnée et ce, pour un bien ou pour un mal :

- accès à l'eau potable et à des services d'assainissement efficaces ;
- précarité des conditions de logement (par exemple, humidité, mauvaise qualité de l'air intérieur et surpeuplement) ;
- sécurité routière (par exemple, état des routes et conditions du véhicule, utilisation de dispositifs de protection et limites de vitesse) ;
- mauvaise qualité de l'air (causée, par exemple, par la pollution due aux matières particulaires, aux gaz, aux vapeurs toxiques et aux moisissures) ;
- environnements professionnels (dont les conditions d'emploi et les risques professionnels) ;
- conditions climatiques extrêmes (chaleur ou froid).

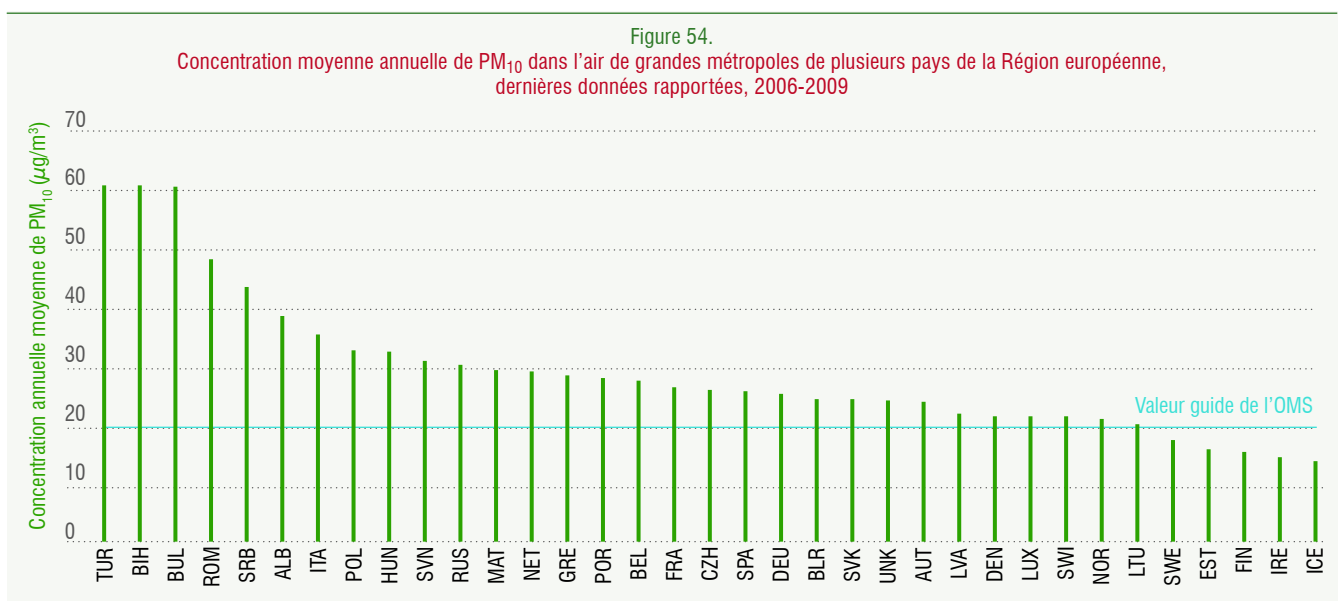
Les informations sur le développement de l'impact pathologique provoqué par les facteurs environnementaux, ainsi que sur les mesures de leur niveau et de leur répartition, sont essentielles pour améliorer les politiques ainsi que pour surveiller et évaluer leurs effets.

Un bref examen des questions liées au suivi et à l'interprétation des données sur la qualité de l'air, par exemple, permet de sonder les effets susceptibles d'être provoqués par ces facteurs. La qualité de l'air est un élément important de la bonne santé et du bien-être des populations, et s'étend au-delà des frontières nationales. Or, la pollution de l'air continue de représenter une grave menace pour la santé dans la Région européenne. Alors que les éléments de preuve sur son impact sanitaire se multiplient, les pays de la Région portent un intérêt accru

à l'amélioration de leurs procédures de surveillance. Par conséquent, les données sur les concentrations de matières particulaires (l'un des principaux indicateurs de la qualité de l'air) et leurs effets négatifs sur la santé sont de plus en plus disponibles.

L'amélioration des informations à cet égard permet de proposer, d'examiner, d'affiner et de mettre en œuvre des politiques et des lignes directrices. Par exemple, l'OMS (32) préconise une valeur guide pour les matières particulaires d'un diamètre aérodynamique inférieur à 10 microns (PM_{10}) pour une exposition moyenne annuelle de l'ordre de $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$, étant donné qu'elles sont associées à une aggravation potentielle des risques sanitaires dus à l'environnement. Néanmoins, des effets sanitaires néfastes sur le développement des maladies des appareils respiratoire et circulatoire ont été relevés en Europe à des niveaux moyens d'exposition plus faibles ($10 \mu\text{g}/\text{m}^3$) (33).

La qualité de l'air varie de part et d'autre de la Région européenne, la valeur médiane des PM_{10} observée dans les pays en 2006-2009, à savoir $26 \mu\text{g}/\text{m}^3$, étant supérieure à la valeur guide de l'OMS. Les données révèlent en effet un écart allant du simple au quadruple entre les pays en ce qui concerne l'exposition aux PM_{10} (de 14 à $61 \mu\text{g}/\text{m}^3$) (figure 54). Sur les 35 pays disposant de données, 80 % attestent des niveaux dépassant le seuil fixé par les normes en vigueur, tandis que 15 % affichaient des valeurs représentant au moins le double du niveau standard. Bien que spécifique aux États membres de l'UE, un rapport récemment publié sur l'impact sanitaire de la pollution de l'air indique que celle-ci concourt, en moyenne, à 8 mois de vie perdus, et à plus de 2 ans dans les



Encadré 7. Facteurs de risque – messages clés

- Deux des principaux facteurs de risque de maladies importantes sont bien connus : le tabagisme et la consommation nocive d'alcool. Il existe plusieurs interventions intersectorielles capables de les modifier.
- Alors que maintes stratégies de lutte antitabac ont été mises en œuvre dans de nombreux pays, la prévalence du tabagisme dans la population âgée de 15 ans et plus était de l'ordre de 27 % autour de 2008. Un facteur important qui tend à influencer sur la prévalence du tabagisme est l'accessibilité financière (le prix des cigarettes).
- Selon les estimations de l'OMS, la consommation d'alcool est responsable de près de 6,5 % des décès en Europe. À l'instar du tabac, l'abordabilité et l'accessibilité de l'alcool constituent des déterminants importants de sa consommation, notamment pour les beuveries express (ou *binge drinking*) qui représentent une menace plus grave pour la santé.
- On sait que les différences d'accès ou d'exposition à divers facteurs environnementaux au cours de l'existence constituent un facteur de risque pour les principaux problèmes de santé. Par exemple, la qualité de l'air varie de part et d'autre de la Région européenne, la valeur médiane des PM₁₀ observée dans les pays, à savoir 26 µg/m³, étant supérieure à la valeur guide de l'OMS (20 µg/m³).

villes les plus polluées (34). Il est à noter que les données nationales disponibles en Europe portent sur des mesures effectuées dans les capitales ou les grandes métropoles (pollution de l'air extérieur en milieu urbain), et peuvent par conséquent surestimer le niveau de faible qualité de l'air auquel l'ensemble de la population d'un pays est exposée.

Si les données présentées dans cette section révèlent certains des facteurs de risque les plus importants, elles n'illustrent que quelques exemples de la complexité des interactions existant entre un ensemble de facteurs de risque, de processus pathologiques et d'effets sur la santé en Europe. Ces processus sont également déterminés par les interactions existant avec les déterminants sociaux de la santé au sens plus large qui, comme nous le verrons dans les sections suivantes, peuvent atténuer ou exacerber les inégalités de santé.

Déterminants sociaux et inégalités de santé

Les inégalités de santé témoignent d'une différence ou d'un écart en ce qui concerne l'accès aux possibilités de promotion de la santé et aux services de santé ou la répartition de la charge des maladies (y compris la morbidité, l'invalidité et la mortalité) et de la santé positive dans le contexte du bien-être. Ces différences peuvent refléter des facteurs biologiques ou génétiques : par exemple, les hommes sont généralement plus grands que les femmes. On appelle manque d'équité en santé les différences en matière de santé qui sont inutiles, évitables et injustes (35). Le manque d'équité s'observe entre les pays et entre les différents groupes de population d'un même pays. Il est prouvé que les facteurs à l'origine du manque d'équité en santé sont systématiques et ne font pas l'objet d'une répartition aléatoire.

D'après la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, l'équité en santé est « l'absence d'écarts injustes et évitables, ou qui peuvent être corrigés, en ce qui a trait à la santé parmi les groupes de population définis sur le plan social, économique, démographique ou géographique » (36). De nombreuses études résumées par la commission permettent de conclure que certaines des variations observées entre le pays ou au sein des populations en matière de santé peuvent être considérées comme un manque d'équité en santé. Une partie de ces différences (de 25 à 75 % selon le cas) s'explique non seulement par des facteurs de santé physique, mais aussi de plus en plus par des facteurs sociaux sur lesquels on peut agir par l'élaboration de politiques. Le rapport de la commission reconnaît que le manque d'équité témoigne surtout d'un échec des politiques, et reflète des disparités injustes dans les conditions de vie au quotidien et l'accès au pouvoir, aux ressources et à la participation dans la société.

Comme l'indique la commission, les causes fondamentales du manque d'équité en santé sont complexes. Un rapport récemment publié par l'OMS/Europe (37) aboutit d'ailleurs à la même conclusion. En outre, les inégalités sont souvent l'expression de facteurs systématiques, sociaux, politiques, historiques, économiques et environnementaux ; ces derniers interagissent avec des facteurs biologiques accumulés au cours de l'existence et souvent transmis sur plusieurs générations. Le terme « déterminants sociaux » sert fréquemment de raccourci pour tous ces facteurs, que l'on appelle également « causes des causes » pour traduire leur influence capitale sur les causes des maladies et la répartition de la santé au sein d'une population ou d'un pays à l'autre. En outre, le système de santé lui-même constitue un déterminant social de la santé, dans la mesure où il peut améliorer ou aggraver le manque d'équité existant en matière de santé. Le concept englobe tout l'éventail des circonstances sociales dans lesquelles on vit et l'on travaille, et se résume aux « caractéristiques sociales encadrant l'existence » (38).

Dans ce contexte, le manque d'équité en santé constitue une priorité importante de la Région européenne. Il continue d'augmenter et prend de nombreuses formes, allant de l'impossibilité d'accéder aux services de santé à la surmortalité prématurée, ce qui entrave le développement social et le bien-être. Afin de pallier le manque d'équité en santé, il importe particulièrement de bien connaître son ampleur et sa répartition (en termes absolus et relatifs), et de comprendre la manière dont les déterminants sociaux, d'autres facteurs intermédiaires et les systèmes de santé influent sur la charge des maladies, la santé et le bien-être.

Déterminants socioéconomiques

Le niveau de revenu et d'instruction ainsi que la situation professionnelle constituent les principaux déterminants sociaux de la santé qui, à leur tour, influent sur de nombreux autres déterminants intermédiaires. Le produit intérieur brut (PIB) par habitant sert généralement à mesurer le revenu d'un pays lors d'une année donnée, et une corrélation positive est souvent établie entre celui-ci et le niveau de vie.

La Région européenne se caractérise globalement comme étant l'une des Régions les plus riches du monde, avec un revenu annuel moyen par habitant d'un peu moins de 24 000 USD en 2009. Bien qu'en hausse dans toute l'Europe depuis 1990, les données de 50 des 53 États membres de la Région européenne indiquent que les niveaux de revenu par habitant varient considérablement : d'un peu plus de 700 à un peu plus de 105 000 USD (figure 55).

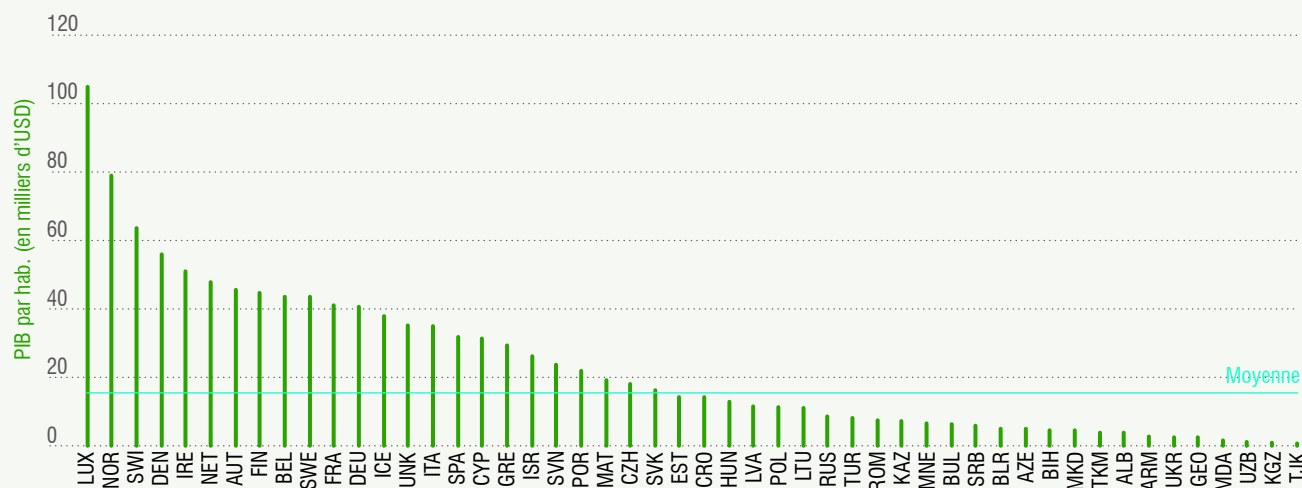
Les améliorations des niveaux de revenu constatées au cours de ces dernières décennies sont néanmoins mises en cause par la récession économique actuelle qui, d'ailleurs, touche la plupart des pays européens, et dont les nombreux effets

doivent encore être évalués. En outre, le revenu moyen par habitant n'est pas révélateur de l'évolution de la répartition du revenu au sein d'un pays, et ne permet pas de savoir, par exemple, si les niveaux et la répartition du revenu entre les sous-groupes d'une population donnée deviennent plus ou moins équitables.

La corrélation étroite existant entre le revenu moyen par habitant et les niveaux de mortalité est cependant bien établie. La figure 56 en illustre d'ailleurs un exemple : la mortalité prématurée due aux maladies de l'appareil circulatoire. Dans les pays où les niveaux de revenu par habitant sont inférieurs à 20 000 USD, les taux de mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire dépassent la moyenne européenne, et les pourcentages tendent à grimper rapidement au fur et à mesure que le revenu baisse. Un tel constat est indicateur d'une importante inégalité de santé qui, d'ailleurs, mérite que l'on y prête davantage d'attention afin de comprendre l'enchaînement des causalités et les processus sociaux ayant entraîné ou maintenu ces taux de mortalité. Un autre facteur doit être pris en compte à cet égard, à savoir la mesure dans laquelle ces causes fondamentales peuvent être considérées comme un manque d'équité en santé. En outre, la baisse du revenu et l'aggravation de la charge des maladies posent un défi important en raison de l'ampleur de cette dernière, et de son impact négatif sur le développement économique actuel et futur.

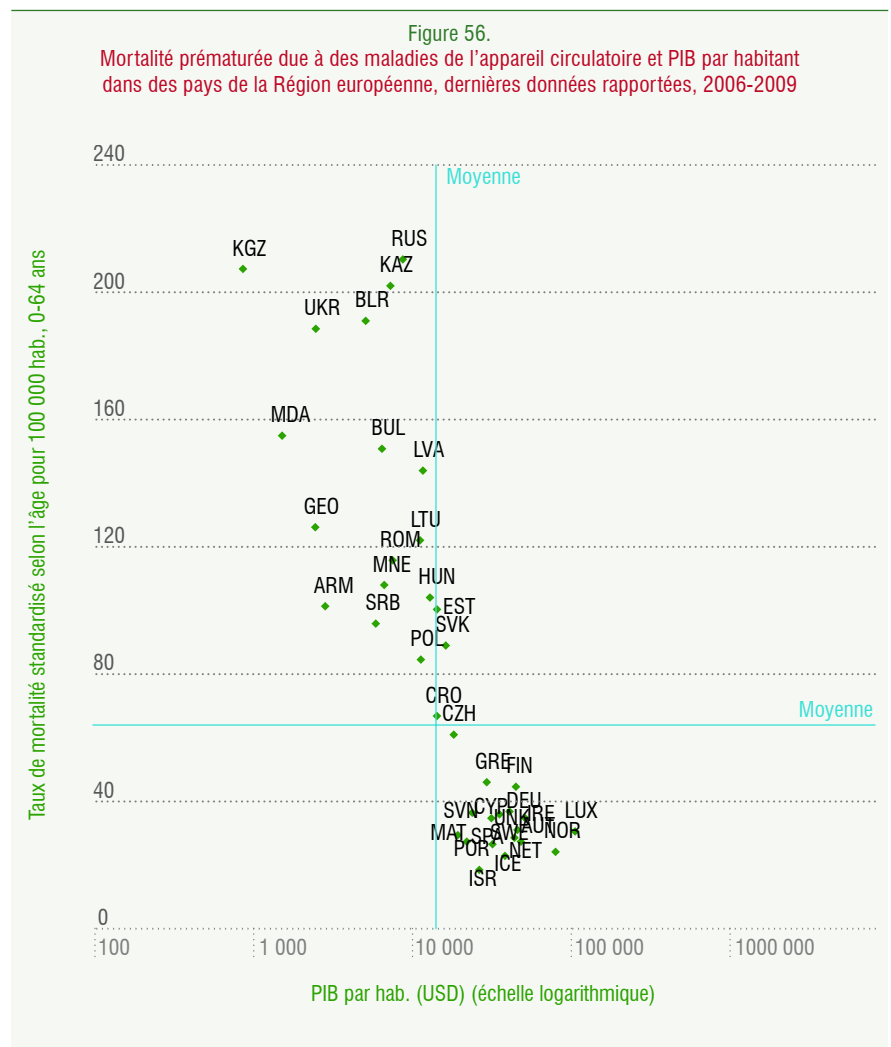
Divers indicateurs de mortalité révèlent des tendances similaires au sein de l'UE en matière d'inégalités de santé. L'un d'entre eux est la « mortalité évitable », qui évalue les décès prématurés et pouvant essentiellement être prévenus par la mise en œuvre de plusieurs interventions connues dans le domaine de la santé

Figure 55.
PIB par habitant dans plusieurs pays de la Région européenne, 2009



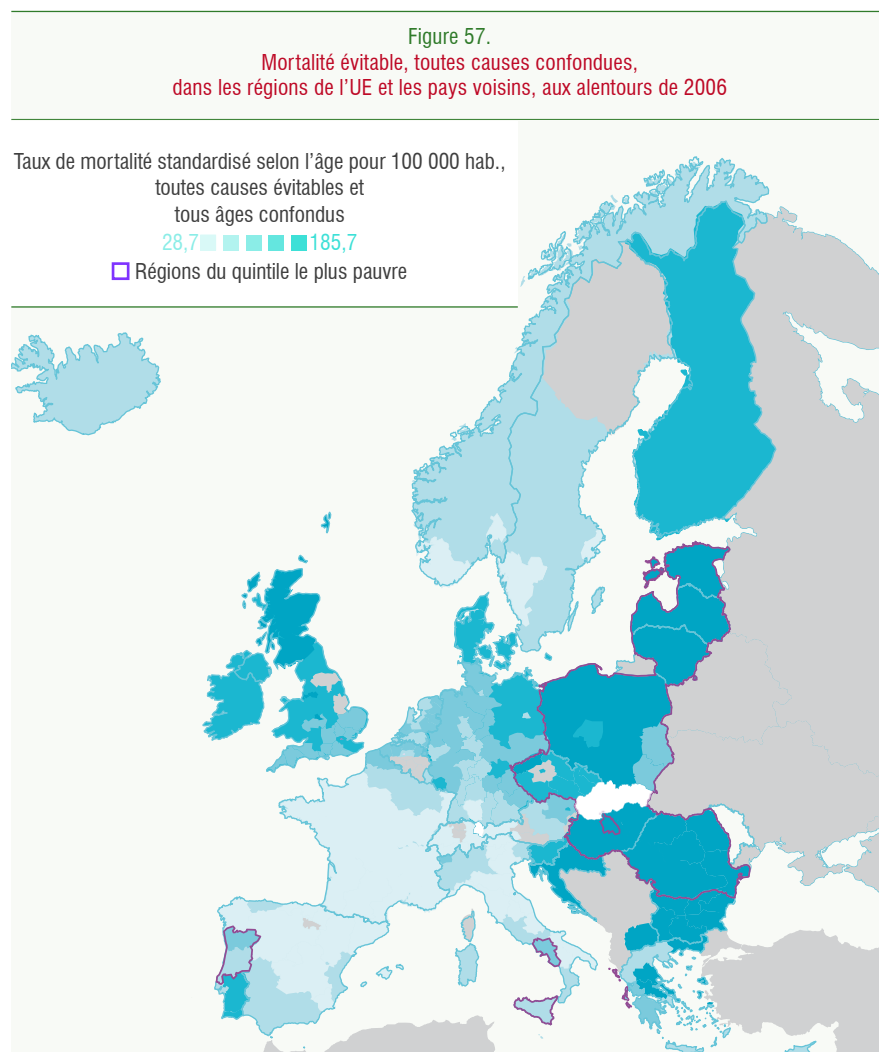
publique et des soins de santé. Il permet de sonder le manque d'équité en santé et peut être révélateur de la performance des systèmes de santé. L'approche de la mortalité évitable dans l'UE constitue un moyen d'attester d'importantes inégalités de santé au niveau régional, d'examiner les facteurs qui y sont liés et de se poser la question de savoir si les différences peuvent être évitées. Par exemple, l'analyse met en évidence la corrélation entre le revenu disponible (le montant qu'un individu ou un ménage doit dépenser ou économiser : en d'autres termes, le revenu net après paiement de toutes les taxes ou autres charges sociales obligatoires) et la survenue de la mortalité évitable : plus le revenu disponible est faible, plus la mortalité est élevée.

Les approches mettant en évidence les inégalités de santé peuvent fournir d'autres indications. En 2007, l'OMS/Europe a entrepris, conjointement



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

avec la Commission européenne, un projet intitulé « Les inégalités de la performance des systèmes de santé et leurs déterminants sociaux en Europe – outils d'évaluation et d'échange d'informations » (39) qui a permis l'élaboration d'une série d'atlas interactifs. Il s'agissait en fait d'améliorer les bases factuelles en vue de recenser et d'analyser les inégalités sociales en matière de santé (20) (voir l'encadré 10 du chapitre 2). Au lieu d'examiner les données agrégées au niveau national, le projet s'est penché sur les données collectées au niveau des 281 régions de l'UE. La cartographie des données relatives à la mortalité évitable (toutes causes confondues) pour chacune de ces régions révèle un gradient géographique, avec des taux de mortalité plus élevés dans l'est et le nord-ouest de l'UE, même si parfois des taux élevés de mortalité ont également été observés dans d'autres régions (figure 57).



Source : Les inégalités de la performance des systèmes de santé et leurs déterminants sociaux en Europe (39).

Les contours violets délimitent les régions du quintile le plus pauvre dans l'UE (les 20 % des 281 régions qui sont dotés du revenu le plus faible par habitant). Ce paramètre supplémentaire tend à corroborer la corrélation avec le taux plus élevé de mortalité évitable. Néanmoins, certaines régions pauvres affichent des niveaux de mortalité relativement faibles. Davantage de recherches et d'enquêtes doivent être réalisées afin que d'autres explications puissent y être apportées. Par exemple, quelles caractéristiques permettent à ces régions d'atténuer les effets de la pauvreté relative, et de limiter la mortalité évitable ? Sont-elles liées aux politiques et à leur mise en œuvre efficace en faisant appel, par exemple, à tout un ensemble de parties prenantes, à une action intersectorielle ou à des fonctions performantes de santé publique ? La compréhension des circonstances, des bonnes pratiques et des enseignements tirés permettrait d'adapter et de mettre en place de nouvelles options politiques et stratégies dans d'autres contextes pauvres en ressources.

Le tout dernier rapport de l'Étude sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) (40) présente un autre exemple de la manière dont les déterminants sociaux peuvent déterminer la répartition de la santé. Cette étude multipays comprend une autoévaluation par des jeunes de 15 ans de leur propre situation sanitaire (excellente, très bonne, bonne, satisfaisante ou mauvaise). Elle procède à une analyse des réponses faisant état d'une santé satisfaisante ou mauvaise en fonction du sexe et de l'aisance familiale, et à une comparaison entre les pays (figure 58). Alors que près de 20 % des jeunes de 15 ans considèrent que leur état de santé est satisfaisant ou mauvais, les niveaux de santé signalés par les filles dans le cadre de cette autoévaluation sont nettement inférieurs à ceux rapportés par les garçons (en moyenne, 23 et 14 %, respectivement). Cet écart a été systématiquement relevé dans tous les pays participants. En outre, les jeunes de 15 ans provenant d'un milieu aisé étaient 20 % moins susceptibles de qualifier leur état de santé de satisfaisant ou de mauvais.

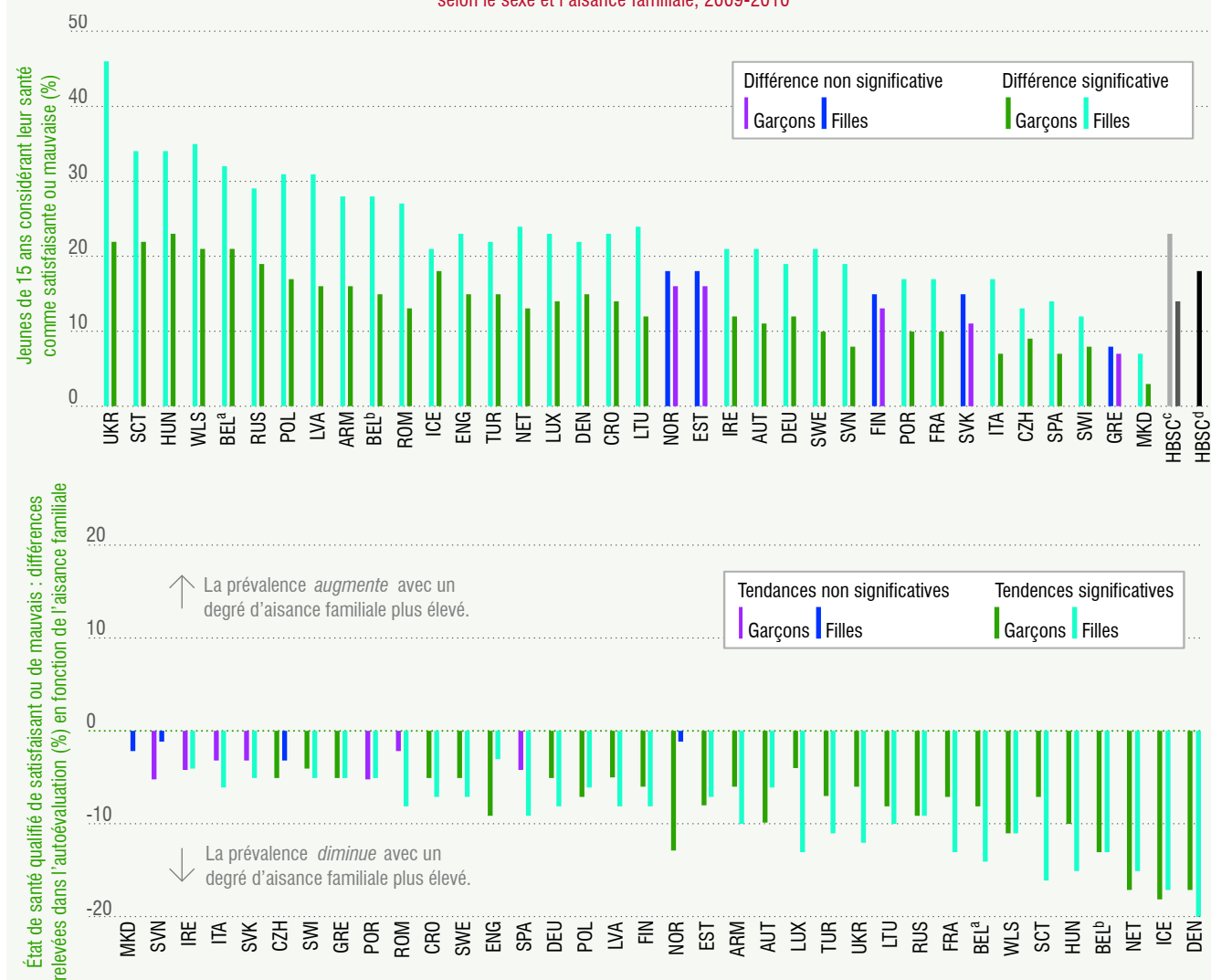
Globalement, les résultats indiquent qu'il existe une corrélation entre, d'une part, les différences apparentes et relatives du degré d'aisance et, d'autre part, l'autoévaluation de l'état de santé en Europe, ainsi que, très probablement, les normes et rôles liés au sexe. L'étude met en lumière la concentration visible, chez les adolescentes provenant de milieux moins aisés, des niveaux inférieurs d'autoévaluation de l'état de santé. L'importance et les défis de l'autoévaluation de la santé dans le contexte du bien-être sont examinés plus en détail au chapitre 3.

Le chômage est un indicateur qui reflète directement les possibilités économiques d'un pays donné et ses capacités à incorporer sa main-d'œuvre potentielle. C'est aussi un important déterminant social de la santé. Lors de la récente récession économique, le chômage a augmenté pour atteindre, en 2009, un niveau moyen

de 8,7 % de la population économiquement active dans la Région européenne. Cette hausse fait suite à une décennie de déclin des niveaux de chômage dans la Région. Une comparaison effectuée entre 45 pays de la Région (figure 59) indique que le taux de chômage le plus élevé est 35 fois supérieur au taux le plus bas.

La survenue de changements économiques radicaux, mesurés par l'évolution du taux de chômage, permettent de sonder davantage l'impact potentiel sur la santé et le bien-être des populations, et alimentent la discussion sur les facteurs susceptibles de contribuer aux causes externes de la mortalité (figure 38).

Figure 58. Autoévaluation de l'état de santé des jeunes de 15 ans dans des pays de la Région européenne, selon le sexe et l'aisance familiale, 2009-2010

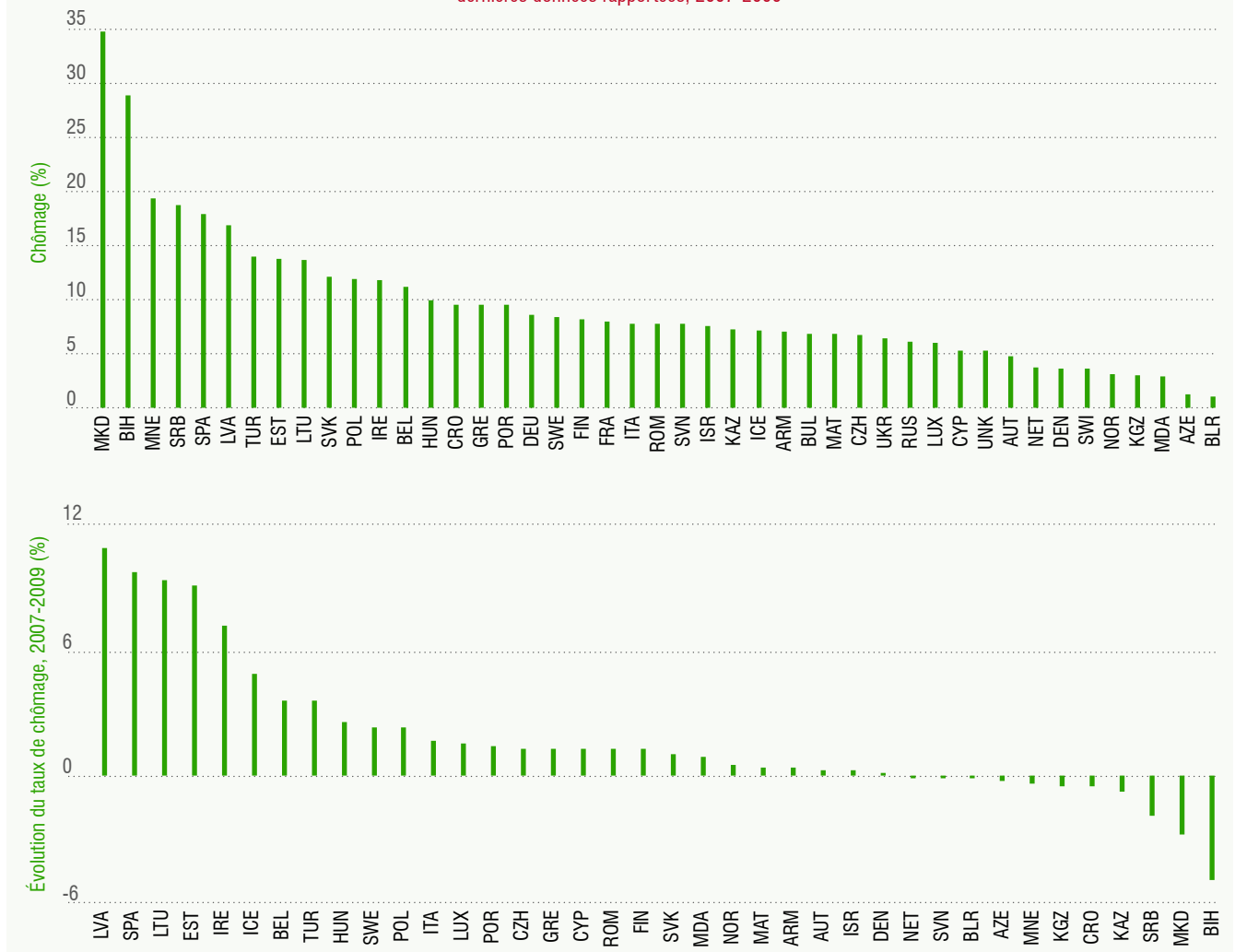


Source : Currie et al. (40). Notes : ^a Belgique (néerlandophone) ^b Belgique (francophone) ^c Moyenne HBSC (selon le sexe) ^d Moyenne HBSC (total)

Par exemple, une corrélation a été établie entre une progression de plus de 3 % du chômage sur une période relativement courte et un accroissement de près de 5 % du nombre de suicides et de traumatismes auto-infligés chez les personnes de moins de 65 ans (41). Entre 2007 et 2009, le taux de chômage moyen de la Région européenne a augmenté de près de 1 %, avec des variations importantes entre les 38 pays ayant transmis des données à ce sujet (figure 59). Bien que le taux de chômage soit un indicateur imprécis, basé sur les dernières tendances et une synthèse des informations factuelles disponibles, les pays accusant une progression de 3 % et plus courent un risque potentiellement plus élevé de subir une hausse de la mortalité due à des actes autodestructeurs.

Figure 59.

Taux et évolution du chômage dans la population économiquement active dans plusieurs pays de la Région européenne, dernières données rapportées, 2007-2009



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

La montée du chômage risque de poser de nouveaux défis aux systèmes de santé, notamment en ce qui concerne la prestation des services appropriés aux groupes de population plus vulnérables ou pauvres. L'augmentation de la fréquence de certains problèmes de santé peut être le résultat d'un stress supplémentaire, de l'adoption de comportements peu sains (tels que le tabagisme et l'abus d'alcool et d'autres substances) et de soins de santé inadéquats (services débordés et recours tardif aux services médicaux). En outre, les personnes désireuses de travailler, mais incapables de trouver un emploi, courent également le risque de se voir exclure, selon le contexte, de tout un ensemble d'autres processus sociaux. Il importe d'encourager le suivi régulier de ces tendances ainsi que d'autres tendances, par l'adoption d'une approche tenant compte de tous les gradients, dans laquelle l'ensemble de la population est prise en considération, et non uniquement les groupes vulnérables.

Les déterminants de la santé examinés ainsi que les moyens de recenser le manque d'équité en santé n'ont qu'un caractère illustratif, étant donné le grand nombre de déterminants sociaux potentiels de la santé. Bien que les actions et options politiques visant à réduire le manque d'équité en santé dépassent le cadre de ce rapport, des interventions systématiques et coordonnées s'imposent clairement, allant de la priorisation des besoins des populations vulnérables à la question du bien-être des générations futures. Elles se répartissent d'ailleurs en deux catégories : les mesures visant la promotion de la santé dans tous les groupes de population par rapport à leurs besoins, et celles visant l'amélioration des déterminants sociaux de la santé. Dans ce dernier cas, les actions ne sont généralement pas du ressort spécifique du secteur de la santé ou du système de santé, mais ce secteur peut soutenir et encourager le déploiement d'efforts coordonnés et largement y contribuer.

Déterminants environnementaux

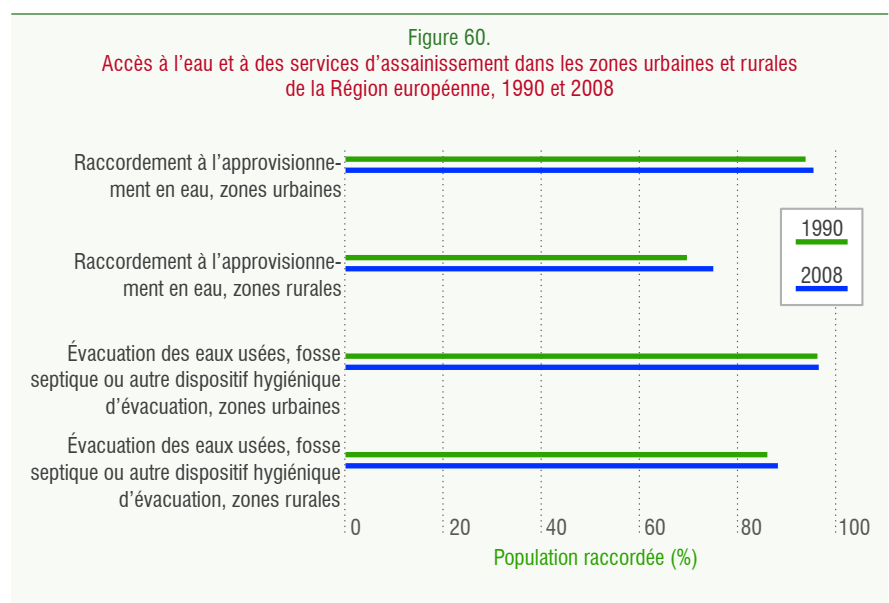
L'environnement constitue un autre déterminant important de la santé, et les problèmes fondamentaux qui y sont associés sont d'ailleurs similaires à ceux des déterminants sociaux de la santé. D'après les évaluations récentes de l'influence des facteurs environnementaux sur la santé, ceux-ci pourraient être à l'origine de 13 à 20 % de la charge des maladies en Europe, selon leur classification dans le tableau de la mortalité, comme les niveaux des strates de mortalité des enfants et des adultes propres à une population (42).

La disponibilité de l'eau dans les espaces de vie, pour la consommation comme pour l'hygiène, est essentielle. L'accès à l'eau dans la Région européenne est, d'un point de vue général, l'un des meilleurs au monde. Or, la qualité de l'eau constitue encore une source de préoccupations, notamment la contamination par des agents pathogènes et des éléments chimiques, d'ailleurs causée par les fuites de conduites anciennes, les interruptions de services ou l'absence d'une

protection et d'une chloration adéquates de l'eau. Les données relatives à l'accès à l'eau (population raccordée à un système d'approvisionnement en eau) et à l'assainissement (population raccordée à un système d'évacuation des eaux usées, à une fosse septique ou à tout autre dispositif hygiénique d'évacuation des eaux usées) dans les zones urbaines et rurales ont été analysées afin de sonder l'évolution de la situation entre 1990 et 2008. Globalement, la proportion de la population raccordée à un système d'approvisionnement en eau dans la Région était de 96 % dans les zones urbaines en 2008, contre 75 % dans les zones rurales (figure 60). Les différences observées entre les pays vont d'un accès quasi total dans les zones urbaines et rurales, à des écarts plus importants entre les zones dans les États membres de la partie orientale de la Région.

Une gestion inadaptée de l'évacuation des excréments humains peut accroître le risque de maladies. Dans la Région européenne, 97 % de la population des villes dispose d'un système amélioré d'évacuation sanitaire des excréments humains, contre 89 % dans les zones rurales.

Dans certaines régions d'Europe, l'absence de ces services a provoqué une augmentation de l'exposition aux agents pathogènes, certains étant d'ailleurs à l'origine de maladies à haut potentiel épidémique telles que le choléra, la shigellose, le syndrome hémolytique et urémique, la cryptosporidiose et la giardiase. Ces maladies infectieuses ont eu de graves conséquences, accompagnées d'un accroissement du nombre de cas nécessitant parfois une hospitalisation et à l'origine de pertes économiques directes et indirectes. La protection des ressources en eau, de nouveaux investissements dans les services publics et une



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

bonne planification en matière d'aménagement urbain permettront de pallier ces limitations d'accès.

Plusieurs conditions socioéconomiques, démographiques et géographiques influent sur les expositions environnementales, et provoquent d'importantes inégalités de santé qui peuvent être majoritairement considérées comme un manque d'équité. L'OMS/Europe a récemment évalué l'impact des facteurs environnementaux sur les inégalités de santé dans la Région européenne (43). Parmi les facteurs essentiels, il convient de mentionner la disponibilité de l'eau et de l'assainissement, les conditions de logement et l'environnement au sens plus large, notamment la qualité de l'air intérieur et extérieur et le bruit. D'après le rapport, les inégalités de santé déterminées par des facteurs socioéconomiques et liées au bruit, à l'exposition au tabagisme passif et à la qualité du logement ont les effets les plus évidents et sont parmi les plus flagrantes à différents niveaux géographiques. En outre, il existe une différence particulièrement marquée entre les sexes en ce qui concerne les causes des traumatismes et d'intoxications, les taux de létalité chez les hommes étant souvent au moins trois fois plus élevés que chez les femmes.

Les systèmes de santé comme déterminants de la santé

Un système de santé efficace est une condition indispensable pour pouvoir réagir à l'évolution de la situation épidémiologique et satisfaire aux besoins sanitaires et aux demandes des populations. Parmi les principales attentes à cet égard, il convient notamment de mentionner la prévention et la lutte contre les maladies, l'atténuation de l'impact de ces dernières (dont l'invalidité) et la promotion des comportements et des modes de vie sains, par l'adoption de stratégies globales s'attaquant à divers problèmes de santé au cours de l'existence. Pour atteindre ses objectifs, à savoir améliorer le niveau de la santé (« qualité ») et sa répartition dans la population (« équité »), le système de santé doit remplir les conditions suivantes :

- être bien organisé et efficace, faire notamment preuve de leadership et de responsabilité ;
- assurer le financement ;
- maintenir son infrastructure, notamment la main-d'œuvre ;
- dispenser des services de qualité.

Lors des périodes de restriction, il importe particulièrement de parvenir à un équilibre des ressources appropriées (financières, humaines et matérielles). Le *Rapport sur la santé en Europe 2009* (2) met l'accent sur l'importance de renforcer les systèmes de santé en Europe ; ce n'est d'ailleurs pas le thème principal du

présent rapport (voir l'encadré 23 sur les dernières études consacrées aux systèmes de santé et leur contribution au bien-être global). Néanmoins, dans le contexte de la récente récession économique, cette section met en évidence le financement des soins de santé et la protection contre les dépenses catastrophiques (44), qui constituent des aspects essentiels déterminant la manière dont les systèmes de santé peuvent atténuer (par exemple, en faisant davantage preuve d'innovation en matière de financement) ou exacerber (par exemple, en creusant davantage les inégalités, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins) les chocs économiques. À l'heure actuelle, l'évaluation de la protection financière et la comparaison entre les systèmes de santé se fondent principalement sur les mesures de l'incidence et de l'ampleur des paiements directs effectués par les ménages pour les soins de santé (45).

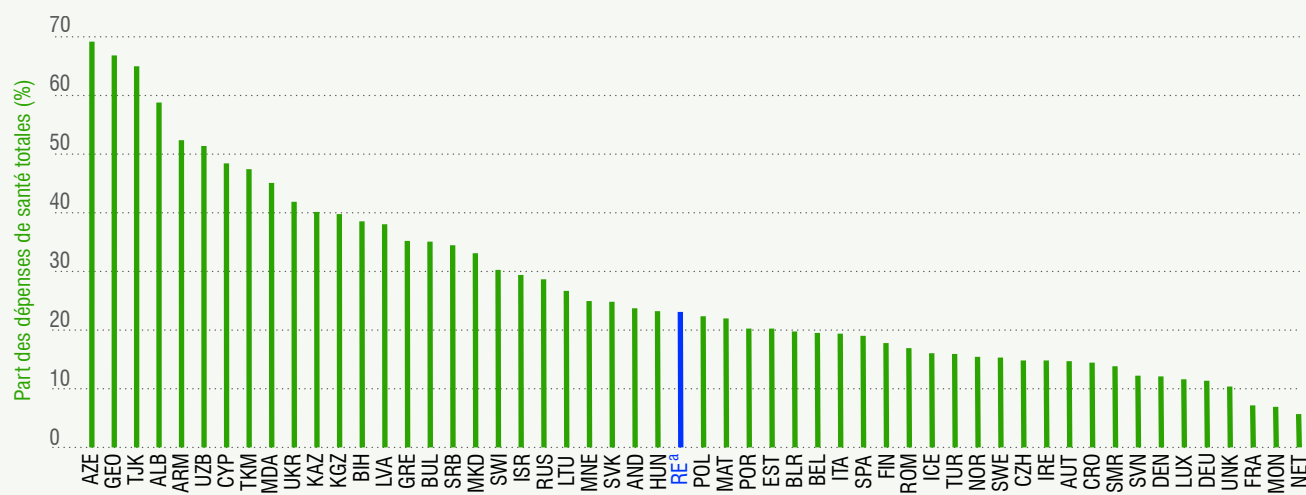
Globalement, l'investissement d'un pays dans le domaine de la santé inclut l'intervention des autorités en vue de répondre aux besoins des populations (dépenses publiques) et l'utilisation des ressources au niveau des ménages (dépenses privées). Les dépenses totales de santé témoignent des efforts consentis par les pays à l'investissement dans le secteur sanitaire, et s'expriment habituellement en pourcentage du PIB, le niveau moyen étant d'ailleurs de 8,5 % en 2009 dans la Région européenne. Néanmoins, les niveaux d'investissement dans le domaine de la santé varient de manière significative entre les pays de la Région européenne, de 12 % pour le niveau le plus élevé à 2 % pour le niveau le plus bas (données non illustrées). En outre, ce qui importe, ce n'est pas seulement le niveau des dépenses, mais aussi l'efficacité et l'équité en matière d'utilisation des ressources en vue d'améliorer généralement la santé et de parvenir à une meilleure répartition de celle-ci.

En temps de crise économique, lorsqu'un grand nombre de personnes et de ménages disposent de moindres ressources financières, ceux-ci ont tendance à retarder le moment où ils cherchent à obtenir des soins, en particulier quand ils doivent déboursier eux-mêmes les frais de santé. On parle dans ce cas de paiements privés et directs. Les dépenses de santé catastrophiques ou ruineuses représentent un souci particulier car elles menacent d'appauvrir les ménages dans les pays où les systèmes de santé dépendent fortement de leurs contributions. Dans la Région européenne, ce problème est particulièrement pertinent dans les pays où la hausse des coûts des biens et des services a affaibli le pouvoir d'achat de nombreuses familles.

Les paiements directs concourent en moyenne à 23 % du total des dépenses de santé dans la Région européenne en 2009 (figure 61). Néanmoins, ce pourcentage varie considérablement entre les pays, et oscille entre 5,7 et 69,4 %, le niveau le plus élevé étant 12 fois supérieur au niveau le plus bas. Les débours directs restent la principale source de paiements (environ 50 % ou plus) dans environ 10 pays de la Région, tandis que les mécanismes de paiements anticipés

Figure 61.

Paiements directs des patients en tant que pourcentage des dépenses de santé totales dans les pays de la Région européenne, 2009

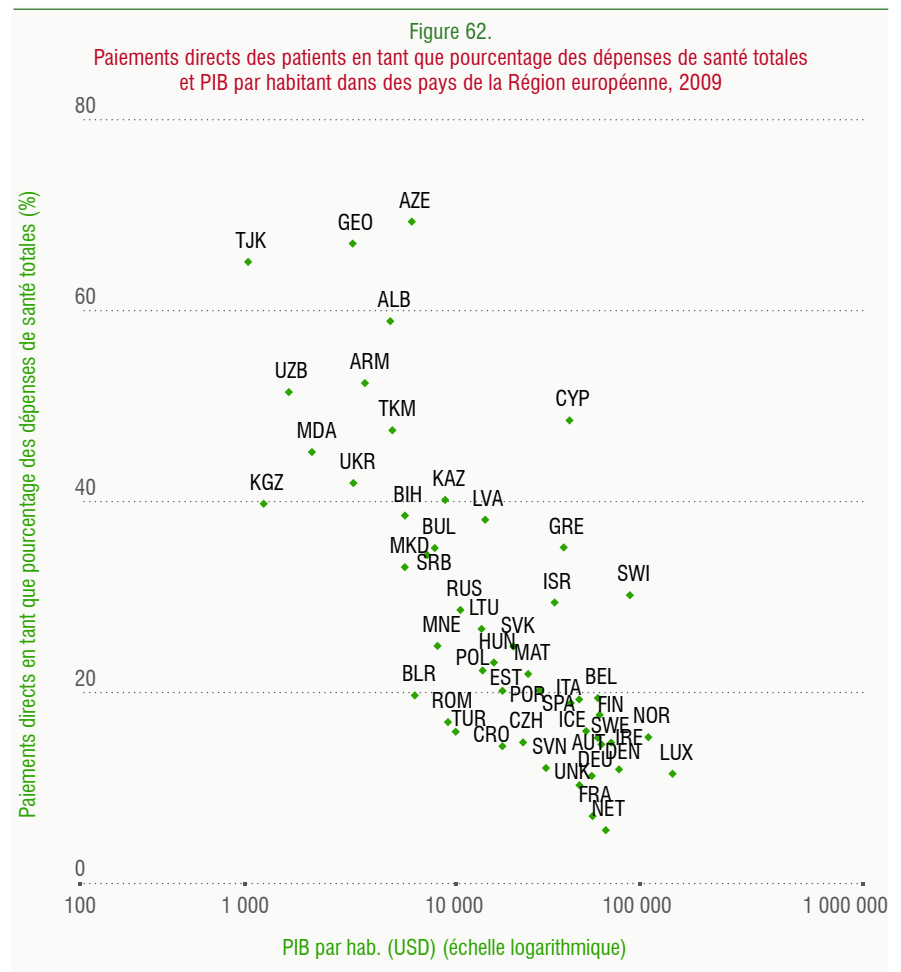


Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6). Remarque : * Région européenne de l'OMS

et mis en commun (par exemple, par le prélèvement d'impôts publics ou les caisses d'assurance maladie) constituent la principale source de financement et des dépenses dans les autres pays. Les bases factuelles recueillies dans le monde entier indiquent que l'incidence des catastrophes financières pour les ménages peut être considérablement réduite en atteignant deux objectifs : des paiements directs ne représentant pas plus de 15 à 20 % du total des dépenses de santé, et des dépenses publiques en santé s'élevant à au moins 5-6 % du PIB (45).

Paradoxalement, les pays affichant les niveaux de paiement privés et directs les plus élevés sont aussi moins favorisés sur le plan économique (figure 62), et les contributions des pouvoirs publics aux dépenses de santé y sont aussi plus modestes. Même si ces circonstances rendent difficile l'élargissement de l'espace financier afin d'accroître la part des dépenses publiques de santé, l'OMS a récemment présenté des stratégies et des options politiques susceptibles d'être prises en compte par les pays à des niveaux de développement économique différents alors que ces derniers étudient les moyens de garantir un financement durable et plus équitable de la santé (45).

Le chapitre 1 évoque la situation et les tendances sanitaires en Europe, sur la base des données les plus récentes collectées dans les États membres, et explique où nous en sommes au niveau régional. Il décrit également l'évolution du contexte dans lequel Santé 2020 sera mis en œuvre. Convenir des objectifs et des priorités de la Région européenne de l'OMS, ce vers quoi nous tendons, constitue une première étape en vue de définir des objectifs réalisables et de procéder au suivi des progrès accomplis dans la Région ; c'est d'ailleurs le thème du chapitre 2.



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

Encadré 8.

Déterminants sociaux et inégalités de santé – messages clés

- Les inégalités de santé constituent un grand sujet d'inquiétude dans la Région européenne, étant donné qu'elles ne cessent d'empirer.
- Les déterminants sociaux de la santé englobent les facteurs socioéconomiques, démographiques, environnementaux et culturels, ainsi que le système de santé lui-même. Ils intègrent l'ensemble des conditions sociales dans lesquelles on vit et l'on travaille.
- Le niveau de revenu, l'emploi et l'éducation figurent parmi les principaux déterminants socioéconomiques de la santé. Bien qu'en augmentation depuis 1990, les niveaux de revenu sont encore très inéquitables dans la Région européenne.
- Les facteurs environnementaux constituent un autre déterminant majeur de la santé. La disponibilité de l'eau et de l'assainissement, les conditions de logement et l'environnement au sens plus large, notamment la qualité de l'air intérieur et extérieur et le bruit, constituent d'ailleurs quelques-uns des éléments clés à cet égard. Diverses conditions socioéconomiques, démographiques et géographiques influent sur les expositions environnementales et sont à l'origine d'importantes inégalités de santé.
- Le financement des soins de santé est essentiel pour déterminer la manière dont les systèmes de santé peuvent atténuer ou exacerber les chocs économiques subis par les ménages.