

---

# Rapport sur la santé en Europe 2012

---

La quête du bien-être



Organisation  
mondiale de la Santé  
BUREAU RÉGIONAL DE L'  
Europe



---

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies qui est chargée de diriger et de coordonner les activités internationales relatives aux questions sanitaires et de santé publique. Conformément à sa constitution, l'OMS doit diffuser des informations et des conseils objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine. Elle s'acquitte de cette tâche notamment par le biais de ses publications, qui visent à aider les pays à élaborer des politiques favorables à la santé publique et de nature à remédier aux problèmes les plus préoccupants qui se posent dans ce domaine.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'Organisation. Chacun d'entre eux a son programme distinct, qui est adapté aux problèmes de santé propres aux pays qu'il dessert. La Région européenne, peuplée de près de 900 millions d'habitants, s'étend de l'océan Arctique au nord à la Méditerranée au sud et de l'Atlantique à l'ouest au Pacifique à l'est. Le programme européen de l'OMS aide tous les pays de la Région à optimiser leurs politiques, systèmes et programmes de santé ; à prévenir et à surmonter les menaces d'ordre sanitaire ; à se préparer aux problèmes de santé futurs ; et à préconiser et à mettre en œuvre des actions de santé publique.

Pour que des informations et des recommandations dignes de foi sur des questions sanitaires soient disponibles aussi largement que possible, l'OMS a mis en place un réseau international étendu pour la diffusion de ses publications et encourage la traduction et l'adaptation de celles-ci. Les ouvrages de l'OMS contribuent à promouvoir et protéger la santé et à prévenir et combattre la maladie, favorisant ainsi l'accomplissement de progrès vers l'objectif principal de l'Organisation : la jouissance par tous du meilleur état de santé possible.

---

Rapport sur la  
santé en Europe

2012

---

La quête du bien-être

## WHO Library Cataloguing in Publication Data

The European health report 2012: charting the way to well-being.

1. DELIVERY OF HEALTH CARE – EPIDEMIOLOGY AND STATISTICS. 2. HEALTH POLICY. 3. HEALTH STATUS INDICATORS.  
4. PUBLIC HEALTH – TRENDS. 5. MORTALITY – STATISTICS. 6. REGIONAL HEALTH PLANNING.

I. World Health Organization.

ISBN 978 92 890 2427 3

(NLM classification: WA 900)

ISBN 978 92 890 2427 3

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

Service des publications  
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

© Organisation mondiale de la santé 2014

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés

par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

---

Rapport sur la  
santé en Europe

2012

---

La quête du bien-être

## Table des matières

Remerciements .....	vi
Sigles et abréviations .....	vii
<i>Avant-propos</i> .....	x
Résumé d'orientation .....	xii

# 01

<b>Où en sommes-nous ? La situation sanitaire en Europe – les arguments en faveur de Santé 2020 .....</b>	<b>1</b>
Tendances démographiques .....	2
Espérance de vie .....	5
Mortalité .....	10
Causes de décès .....	15
Charge des maladies – mortalité, morbidité et invalidité .....	38
Facteurs de risque .....	42
Déterminants sociaux et inégalités de santé .....	47

# 02

<b>Ce vers quoi nous tendons : les objectifs européens pour la santé et le bien-être .....</b>	<b>63</b>
Expériences antérieures de définition de cibles et de suivi .....	65
Les cibles de Santé 2020 – s'appuyer sur la Santé pour tous et sur SANTÉ21 et les actualiser dans un contexte contemporain .....	69
Suivi des cibles et indicateurs de Santé 2020 .....	86

# 03

<b>Comment nous y parviendrons et ce que nous apprécions : les arguments en faveur d'une mesure du bien-être .....</b>	<b>93</b>
Qu'entendons-nous par « bien-être » ? .....	94
Pourquoi est-il important pour la santé ? .....	96
Pourquoi les autorités publiques et les sociétés européennes s'intéressent-elles à la santé et au bien-être ? .....	98
Comment peut-on mesurer les niveaux de bien-être ? .....	99
Sur quoi pouvons-nous nous appuyer ? .....	103
Quels sont les défis auxquels nous confronte la mesure de la santé et du bien-être ? .....	112
Une feuille de route pour promouvoir la mesure de la santé et du bien-être ....	113
Où en sommes-nous à présent ? .....	117
Comment pouvons-nous utiliser ces informations pour améliorer la santé et accroître le bien-être ? .....	119
Perspectives .....	122

# 04

<b>Compte à rebours jusqu'en 2020 : noter les progrès réalisés .....</b>	<b>125</b>
--	------------

<b>Références .....</b>	<b>131</b>
-------------------------	------------

<b>Annexe. Notes techniques pour le profil démographique et épidémiologique .....</b>	<b>145</b>
---	------------

Sources des données et méthodologie .....	146
Références .....	147

---

## Remerciements

Le *Rapport sur la santé en Europe 2012* a été préparé sous la direction générale de Claudia Stein (directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe) et de Ritu Sadana (spécialiste en chef, Vieillesse et qualité de la vie, Siège de l'OMS), conformément aux orientations définies par le comité de rédaction du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, institué pour ce rapport. Enrique Loyola (statisticien, Systèmes et diffusion d'informations sur la Santé pour tous, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Ritu Sadana (rédactrice en chef) et Claudia Stein en furent les principaux auteurs.

Ont également collaboré à la rédaction de ce rapport : Emma Byström, Michelle Cullinane, Emily Karlsson, Natela Nadareishvili, Kate O'Neill, Govin Permanand et Ivo Rakovac, du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; Dora Gudmundsdottir, Direction de la santé, Reykjavik (Islande) ; Nick Fahy, consultant et chercheur indépendant, Brighton et Londres (Royaume-Uni) ; Matilde Leonardi, Fondation IRCCS Institut neurologique « Carlo Besta », Milan (Italie) ; Jovanka Karadzinska-Bislimovska, Institut d'hygiène de l'environnement, Skopje (ex-République yougoslave de Macédoine) ; et Pamela Rendi-Wagner, ministère de la Santé, Vienne (Autriche).

La définition des domaines cibles énoncés au chapitre 2 bénéficie des contributions du groupe de travail de l'OMS sur les objectifs et les indicateurs du Comité permanent du Comité régional (CPCR), présidé par Lars-Erik Holm, Conseil national de la santé et de la protection sociale, Stockholm (Suède). Le Groupe d'experts sur la sélection des indicateurs afin de permettre le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des cibles de Santé 2020, présidé par Hugh Markowe (Royaume-Uni), a formulé les recommandations en vue d'établir un cadre de suivi, également présentées au chapitre 2.

L'approche adoptée pour relever les défis liés à la mesure du bien-être dans le contexte de la santé, et décrite au chapitre 3, s'inspire du travail inestimable du Groupe d'experts sur la mesure et la définition d'objectifs du bien-être, présidé par Peter Achterberg, Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM), Bilthoven (Pays-Bas). Le Comité consultatif européen de la recherche en santé de l'OMS a également émis des suggestions et commentaires constructifs.

## Sigles et abréviations

AVCI (ou DALY)	années de vie corrigées du facteur invalidité
CEI	Communauté des États indépendants (jusqu'en 2006)
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CPCR	Comité permanent du Comité régional
EUROSTAT	Office statistique de l'Union européenne
G-20	Groupe des vingt
GHQ	Questionnaire général de santé
HBSC	Étude sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé
ISTAT	Institut national de statistiques (Italie)
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques (Union européenne)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
OMS/Europe	Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
ONG	organisations non gouvernementales
PIB	produit intérieur brut
PM <sub>10</sub>	matières particulaires d'un diamètre aérodynamique inférieur à 10 microns
PSS	Échelle de stress perçu
RIVM	Institut national pour la santé publique et l'environnement (Pays-Bas)
SAGE	Étude (de l'OMS) sur le vieillissement et la santé des adultes dans le monde
SMART	(objectifs) spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps
SWLS	Échelle de satisfaction de vie
UE	Union européenne
UE <sub>12</sub>	les 12 pays membres de l'Union européenne depuis mai 2004
UE <sub>15</sub>	les 15 pays membres de l'Union européenne avant le 1 <sup>er</sup> mai 2004
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USD	dollars des États-Unis
WEMWBS	Échelle de bien-être mental Warwick-Edinburgh
WHOQoL	projet de l'OMS sur la qualité de la vie

---

## Abréviations des noms de pays et nations utilisées dans certains tableaux et figures

ALB	Albanie
AND	Andorre
ARM	Arménie
AUS	Australie
AUT	Autriche
AZE	Azerbaïdjan
BEL	Belgique
BIH	Bosnie-Herzégovine
BLR	Bélarus
BUL	Bulgarie
CAN	Canada
CHL	Chili
CRO	Croatie
CYP	Chypre
CZH	République tchèque
DEN	Danemark
DEU	Allemagne
ENG	Angleterre
EST	Estonie
FIN	Finlande
FRA	France
GEO	Géorgie
GRE	Grèce
HUN	Hongrie
ICE	Islande
IRE	Irlande
ISR	Israël
ITA	Italie
JPN	Japon
KAZ	Kazakhstan
KGZ	Kirghizistan
KOR	République de Corée
LTU	Lituanie
LUX	Luxembourg
LVA	Lettonie
MAT	Malte
MDA	République de Moldova
MEX	Mexique
MKD	ex-République yougoslave de Macédoine

MNE	Monténégro
MON	Monaco
NET	Pays-Bas
NOR	Norvège
NZL	Nouvelle-Zélande
POL	Pologne
POR	Portugal
ROM	Roumanie
RUS	Fédération de Russie
SCT	Écosse
SMR	Saint-Marin
SPA	Espagne
SRB	Serbie
SVK	Slovaquie
SVN	Slovénie
SWE	Suède
SWI	Suisse
TJK	Tadjikistan
TKM	Turkménistan
TUR	Turquie
UKR	Ukraine
UNK	Royaume-Uni
USA	États-Unis d'Amérique
UZB	Ouzbékistan
WLS	Pays de Galles



## *Avant-propos*

*Dans le cadre de son mandat, qui le charge d'observer la situation sanitaire des quelque 900 millions d'habitants de la Région européenne de l'OMS et d'établir des rapports à ce sujet, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) publie tous les trois ans le présent rapport, son ouvrage phare. Le Rapport sur la santé en Europe 2009 s'est penché sur le rôle des systèmes de santé et leur contribution à la santé, ainsi que sur les approches visant à renforcer leurs fonctions sur la base d'interventions rentables et de l'évaluation de la performance. Il faisait également référence à La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité de 2008. Le Rapport sur la santé en Europe 2012, quant à lui, s'attache principalement à étayer, tout en fournissant les bases factuelles à cet égard, les priorités et les objectifs stratégiques de Santé 2020, le nouveau cadre politique européen approuvé en 2012 par les États membres de la Région européenne, qui vise à appuyer les actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être.*

*Cette nouvelle politique européenne constitue les prémises d'une nouvelle lutte concertée pour sauver la vie non seulement des citoyens de l'Europe d'aujourd'hui, mais aussi celle des générations à venir. Elle cible les principaux défis sanitaires confrontés par les 53 États membres de la Région, tels que le manque d'équité croissant en matière de santé entre les pays et au sein de chacun d'eux, la réduction des dépenses des services publics en raison de la crise financière, et le fardeau toujours plus lourd des problèmes de santé provoqués par les maladies non transmissibles, dont l'obésité, le cancer et les maladies cardiaques. Sa mise en œuvre permettra de mobiliser l'ensemble des décideurs du secteur de la santé et d'autres secteurs. Étant donné que la santé est influencée par un grand nombre de facteurs, et qu'elle conditionne maints aspects de la vie humaine, les progrès de la santé publique ne peuvent naître que des efforts déployés sur le plan pansociétal et pangouvernemental. C'est pourquoi chacun a son rôle à jouer dans la mise en œuvre de Santé 2020, depuis les Premiers ministres jusqu'aux citoyens, en passant par les organisations de la société civile. C'est aussi pourquoi il importe, à cette fin, de porter une attention accrue à la santé et au bien-être, et de mieux comprendre ces notions, en plus de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer la performance des systèmes de santé moyennant par exemple la réalisation de la couverture universelle.*

*Ce rapport est publié à point nommé. Il fournit une excellente occasion de présenter aux responsables politiques et professionnels de la santé publique les données épidémiologiques fondamentales sur lesquelles se fonde Santé 2020, et de décrire les outils et les méthodes permettant de mesurer les progrès. Il fournit des indications sur l'un des aspects essentiels de Santé 2020 : le bien-être en tant que marqueur du progrès sanitaire dans la Région. Le bien-être occupe d'ailleurs une position clé dans la Constitution de l'OMS, qui définit la santé en ces termes :*

*« pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité », mais « un état de complet bien-être physique, mental et social ».*

*Ce rapport présente le profil épidémiologique actuel des 53 États membres de la Région ainsi que l'approche approuvée afin de procéder au suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre de Santé 2020, notamment à travers un petit nombre d'objectifs convenus au niveau européen (les grands buts ou cibles générales) et d'indicateurs proposés qui seront par la suite affinés. Il recense également les principaux obstacles à l'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation de Santé 2020, et évoque les efforts de collaboration en vue de les surmonter, l'OMS/Europe jouant le rôle de facilitateur et de coordonnateur, et œuvrant de concert avec les institutions européennes et les États membres partenaires.*

*Ce rapport s'adresse aux responsables politiques des pays européens et à tous les professionnels de la santé publique concernés par la mise en œuvre de la nouvelle politique. Il devrait également intéresser les établissements universitaires, les organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres groupes soucieux de contribuer à Santé 2020, de renforcer la solidarité en Europe et de réduire les inégalités entre les pays de la Région européenne et dans chacun d'eux.*

*Le rapport décrit comment les 53 États membres de la Région sont parvenus à s'entendre sur l'ensemble des cibles générales qui, d'ailleurs, sont exprimées sous forme de moyennes européennes. Il respecte en fait une tradition européenne d'abord mise en pratique dans la politique de la Santé pour tous, et poursuivie deux décennies plus tard dans SANTÉ21. Il explique en détail les méthodes et la base de référence utilisées dans la définition de ces cibles au niveau européen, étant donné que l'on fera état des progrès accomplis à cet égard. Néanmoins, comme la plupart des actions seront menées au niveau national, ces informations peuvent également inspirer les pays dans la définition ou la révision de leurs propres objectifs de santé, en tenant compte de leur situation particulière et de leurs points de départ.*

*Mon équipe au Bureau régional et moi-même nous engageons à faire rapport régulièrement sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs européens en matière de santé et de bien-être, et sur les efforts que nous consentons à la relève des défis posés par l'évaluation. Nous effectuerons des analyses annuelles, et les premières étapes que nous avons l'intention de franchir d'ici 2015 nous permettront de marquer les avancées à cet égard. Je suis convaincue que l'engagement pris par l'ensemble des 53 États membres envers la mise en œuvre de Santé 2020 constituera un important élément catalyseur du succès en Europe au cours de ces prochaines années.*

**Zsuzsanna Jakab**

Directrice régionale de l'OMS pour l'Europe

---

## Résumé d'orientation

Au cours de ces dernières décennies, les améliorations significatives de la santé des populations de la Région européenne de l'OMS ont permis de prolonger l'espérance de vie qui est désormais de plus de 76 ans chez les individus des deux sexes. Cette situation est principalement due au recul de certaines causes de décès, aux progrès réalisés dans la lutte contre la prévalence des facteurs de risque ainsi qu'à un contexte socioéconomique et des conditions de vie meilleurs. Toutefois, ces avancées, et les conditions qui les favorisent, ne sont pas réparties équitablement dans chaque pays et entre les pays – des différences substantielles persistent et s'accroissent dans de nombreux cas. Les inégalités de santé et leurs déterminants sont présents dans de nombreuses régions d'Europe, les écarts se creusant même dans certains cas. Les inégalités évitables, que l'état actuel de nos connaissances nous permet d'ailleurs d'éliminer, sont injustes et témoignent d'un manque d'équité en santé.

Le vieillissement rapide des populations européennes s'accompagne d'une évolution des tendances pathologiques. Le secteur sanitaire et social doit par conséquent faire face à des demandes différentes. La situation démographique et épidémiologique connaît d'importants bouleversements, et évolue à des rythmes différents et à des degrés d'intensité divers dans la Région. Santé 2020 (1) présente une stratégie nous permettant de redoubler d'efforts afin de mettre en œuvre des interventions rentables et fondées sur des bases factuelles et d'orienter les politiques visant l'amélioration de la santé et du bien-être. Cette initiative s'inspire, tout en étendant l'horizon, du thème principal du *Rapport sur la santé en Europe 2009* (2), à savoir l'adoption d'approches visant à renforcer les fonctions des systèmes de santé sur la base d'interventions rentables et de l'évaluation de la performance.

Le but de la politique européenne de la santé, Santé 2020, est « d'améliorer la santé et le bien-être des populations, de réduire les inégalités de santé et de mettre en place des systèmes de santé durables et axés sur la personne » (1). Grâce à un intense processus de consultation et aux efforts déployés par plusieurs groupes d'experts, Santé 2020 a permis la définition de six grands buts (ou cibles générales) que la Région européenne réalisera d'ici à 2020. Des indicateurs seront utilisés dans chaque domaine pour suivre les progrès accomplis. Le recours à la définition d'objectifs s'inscrit dans la tradition d'initiatives européennes antérieures, comme celles des stratégies de la Santé pour tous et de SANTÉ21 (3,4). De précieux enseignements ont été glanés après les quelque 30 années d'expérience en matière d'élaboration de politiques et de définition d'objectifs. Le processus de définition d'objectifs

et d'indicateurs est complexe, et ce rapport indique clairement les procédures utilisées à ce jour dans Santé 2020 tout en décrivant les prochaines étapes.

L'un des aspects essentiels de Santé 2020 est de mesurer le bien-être de la population, spécifiquement dans le contexte de la santé. Si l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (5) et reconnaît par conséquent le rôle crucial du bien-être, l'Organisation n'a ni mesuré ce dernier, ni fait rapport à ce sujet. Afin d'intégrer le bien-être dans Santé 2020 et de quantifier un objectif européen et les indicateurs y afférents, il importe particulièrement d'élaborer une méthode et un concept communs qui permettront de mesurer correctement le bien-être et fourniraient des informations utiles pour les responsables politiques et l'évaluation des programmes.

Les chercheurs, les organisations, les pouvoirs publics et d'autres entités adoptent des approches diverses pour expliquer en détail quels domaines contribuent au bien-être dans une optique intersectorielle. L'OMS collabore avec ses partenaires afin d'aborder le bien-être dans le contexte de la santé, et d'établir un lien entre celui-ci et la quantification de la charge des maladies et l'évaluation de la performance des systèmes de santé dans la Région européenne.

En outre, ce rapport reconnaît les défis posés par l'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation de Santé 2020 et, avec les partenaires, décrit les mesures qui permettent de les relever. Bien que l'information sanitaire soit abondante dans la Région européenne, les données permettant de mesurer les progrès accomplis ne sont pas disponibles pour tous les pays. L'OMS/Europe aide les pays à améliorer la collecte, la compilation, l'analyse et la communication de l'information sanitaire, et collabore avec la Commission européenne et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour mettre en place un système d'information sanitaire commun et intégré pour la Région européenne, couvrant les 53 États membres.





# 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

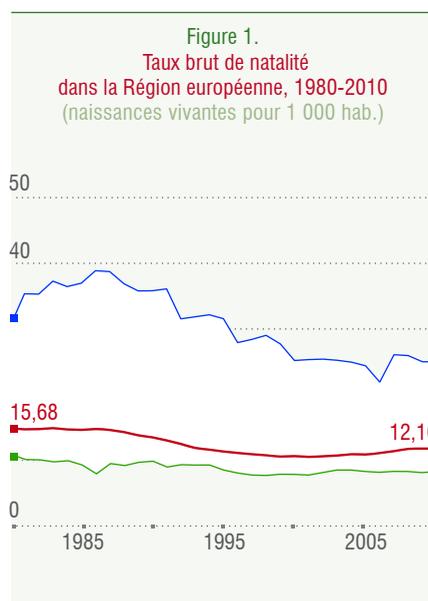
- Les données présentées dans ce rapport proviennent pour la plupart de la base de données européenne de la Santé pour tous (6), telles que communiquées à l'OMS/Europe par les pays ou d'autres organisations internationales.
- Bien que la Région européenne de l'OMS comprenne 53 États membres, le nombre 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).



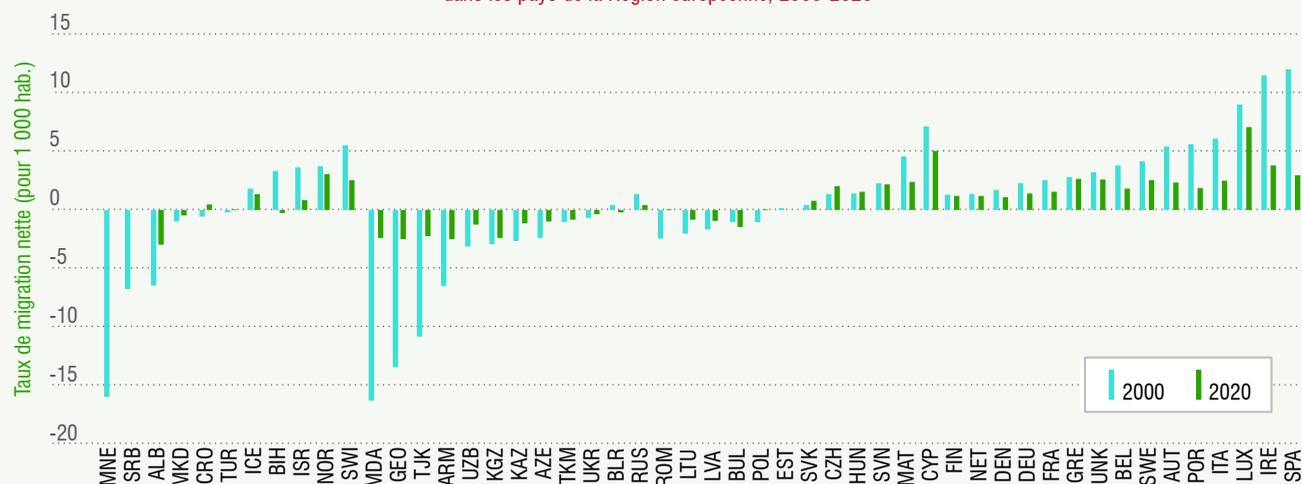
## Répartition démographique

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

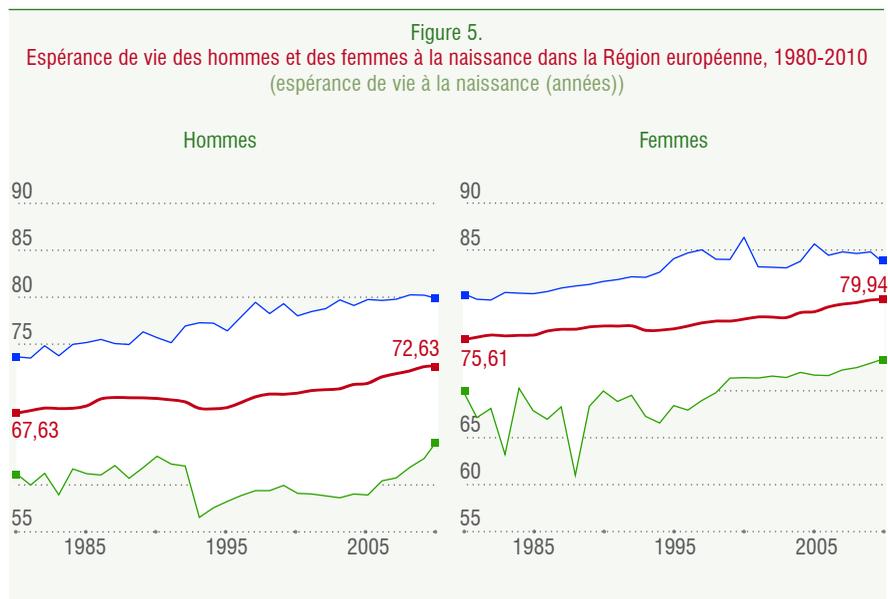
atteindre 76 ans en 2010. Il en résulte un gain annuel moyen de 0,17 an durant cette période et, à l'exception de deux baisses autour de 1984 et de 1993, une tendance constante à la hausse.

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.

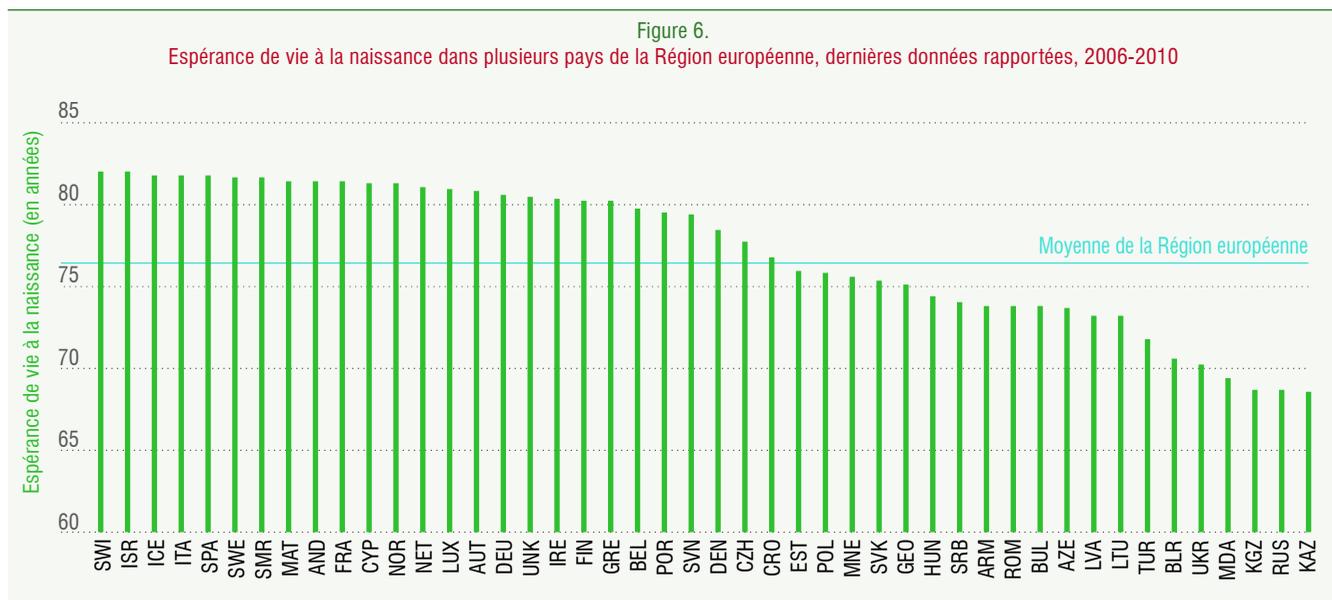


Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

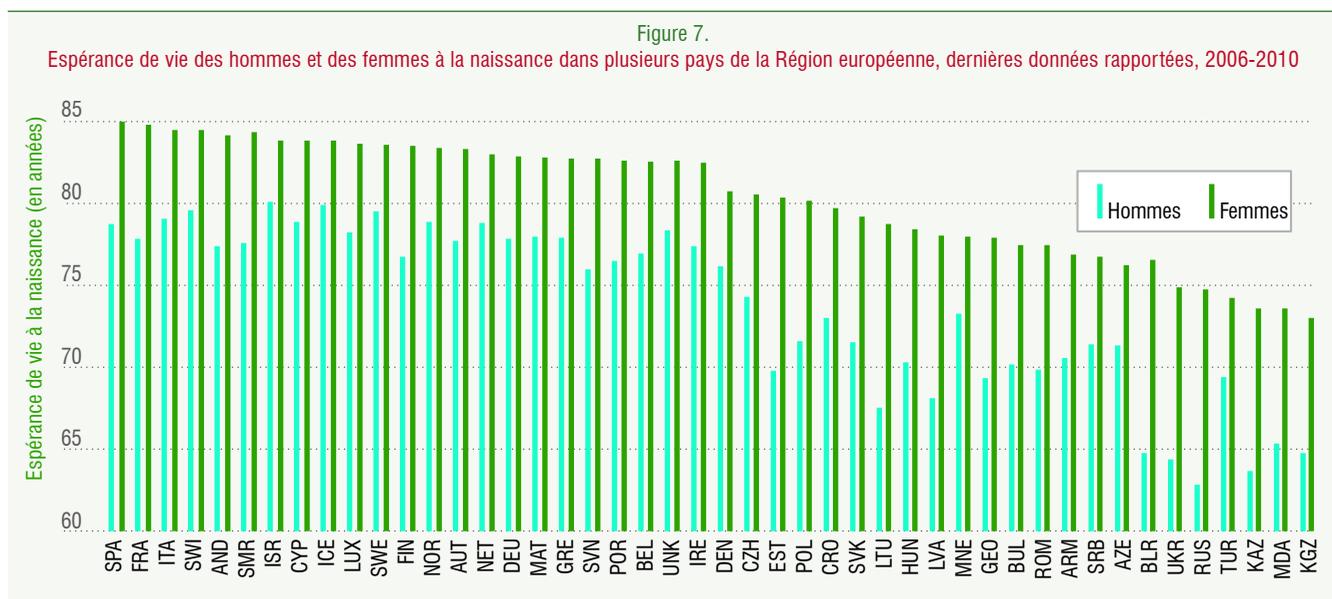


Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

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).



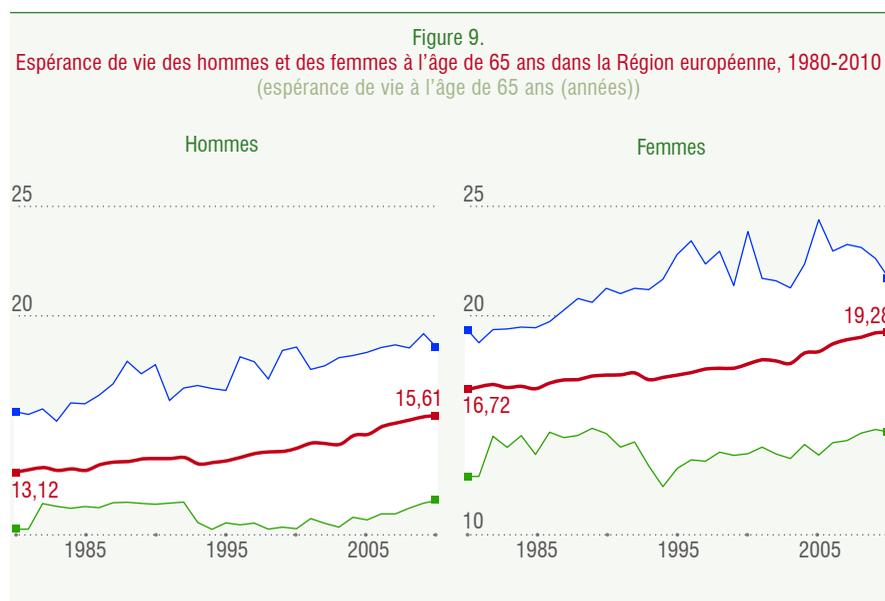
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).



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.

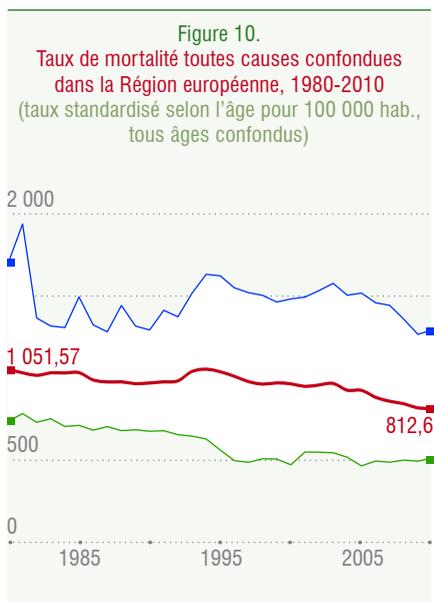
---

## 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).



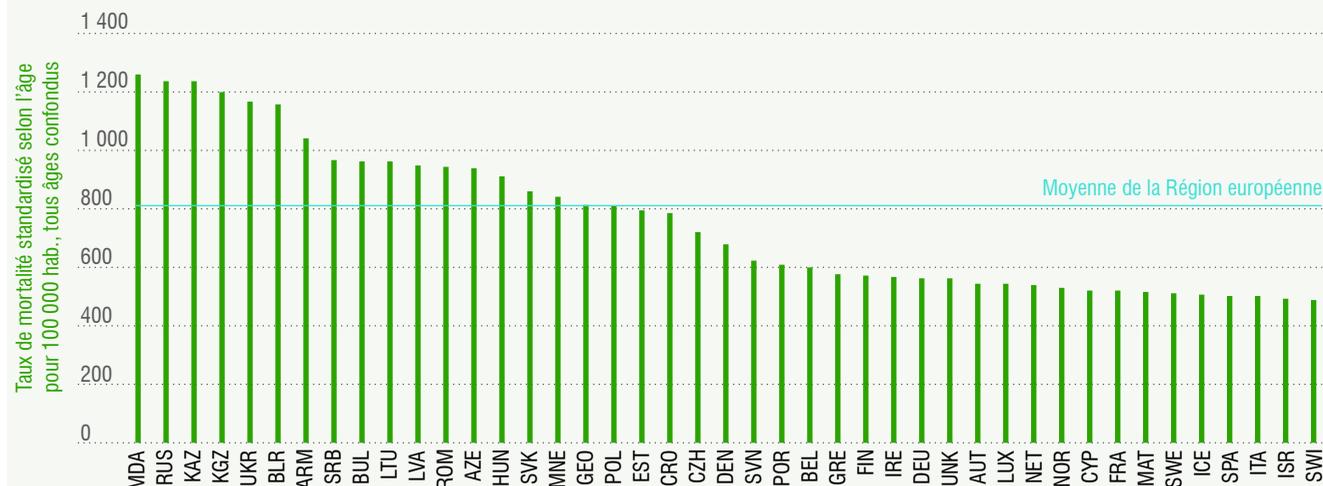
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

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).

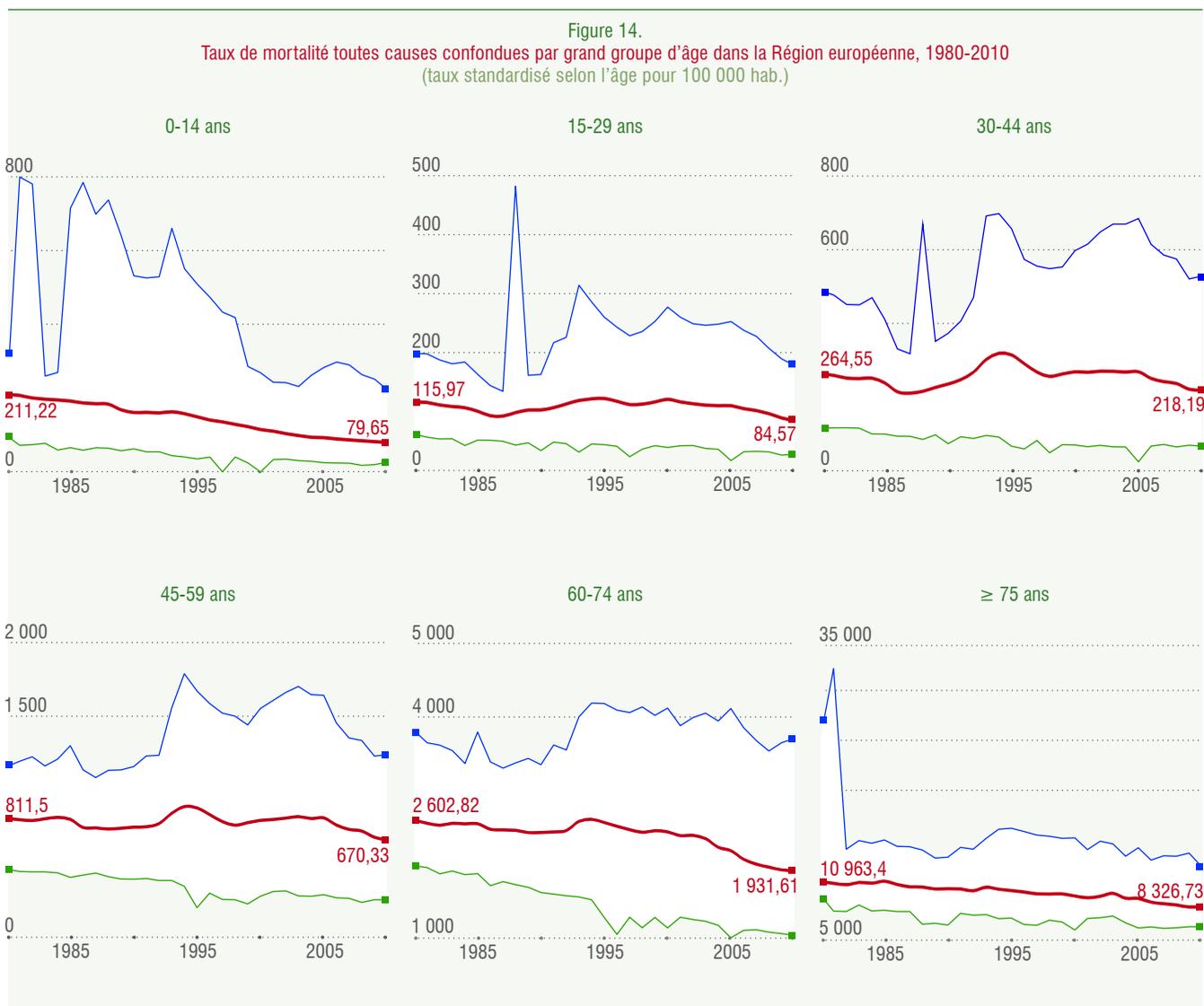
**Figure 11.**  
Taux de mortalité toutes causes confondues dans les pays de la Région européenne, dernières données rapportées, 2006-2010



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



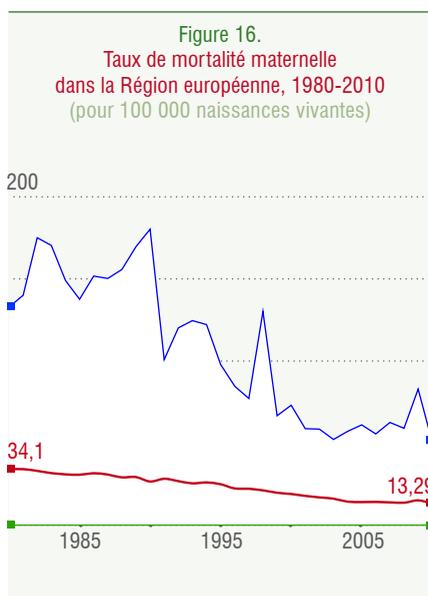
En 2010, le taux moyen signalé (décès avant l'âge de 1 an par rapport aux naissances vivantes) était de 7,3 pour 1 000, soit une baisse de 53 % sur plus de trois décennies. En outre, les écarts entre les pays ont diminué, en particulier depuis 1997. Les pays indiquent cependant des taux particulièrement 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 sur la mortalité (11).



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



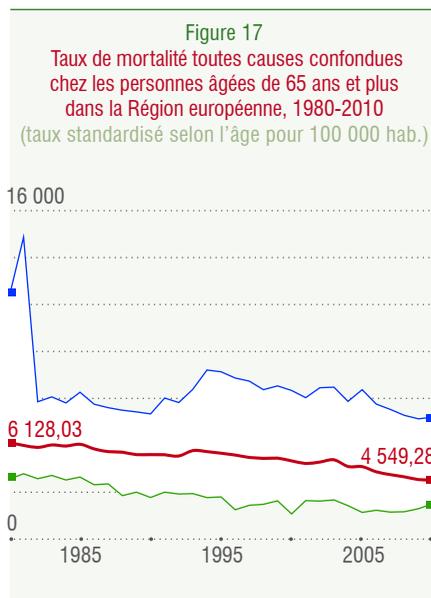
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

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.

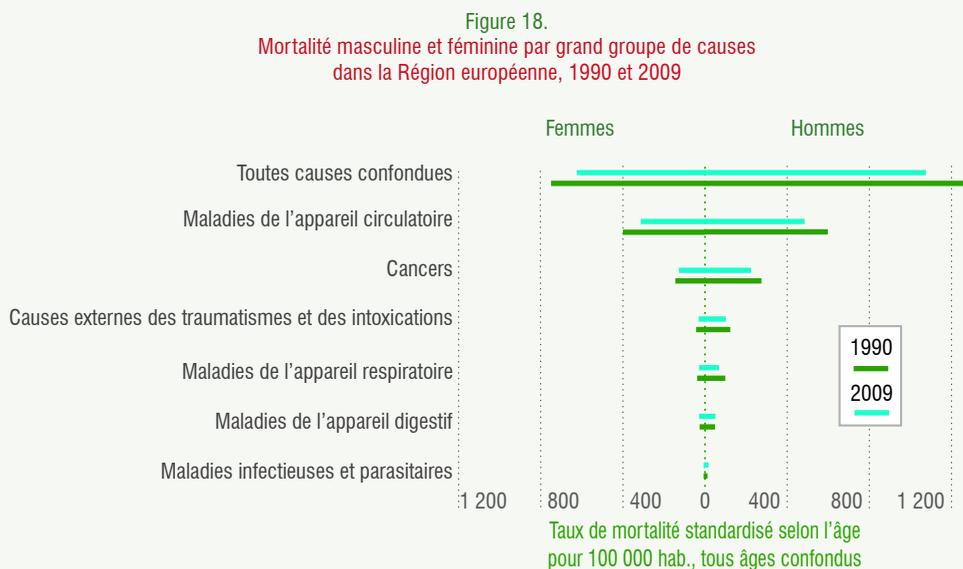
les sujets âgés de 15 à 39 ans, les causes externes constituent les principales causes de mortalité, particulièrement chez les hommes. Les femmes de ce même groupe d'âge sont plus susceptibles de décéder à la suite d'un cancer que leurs congénères masculins. Les maladies de l'appareil circulatoire et 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

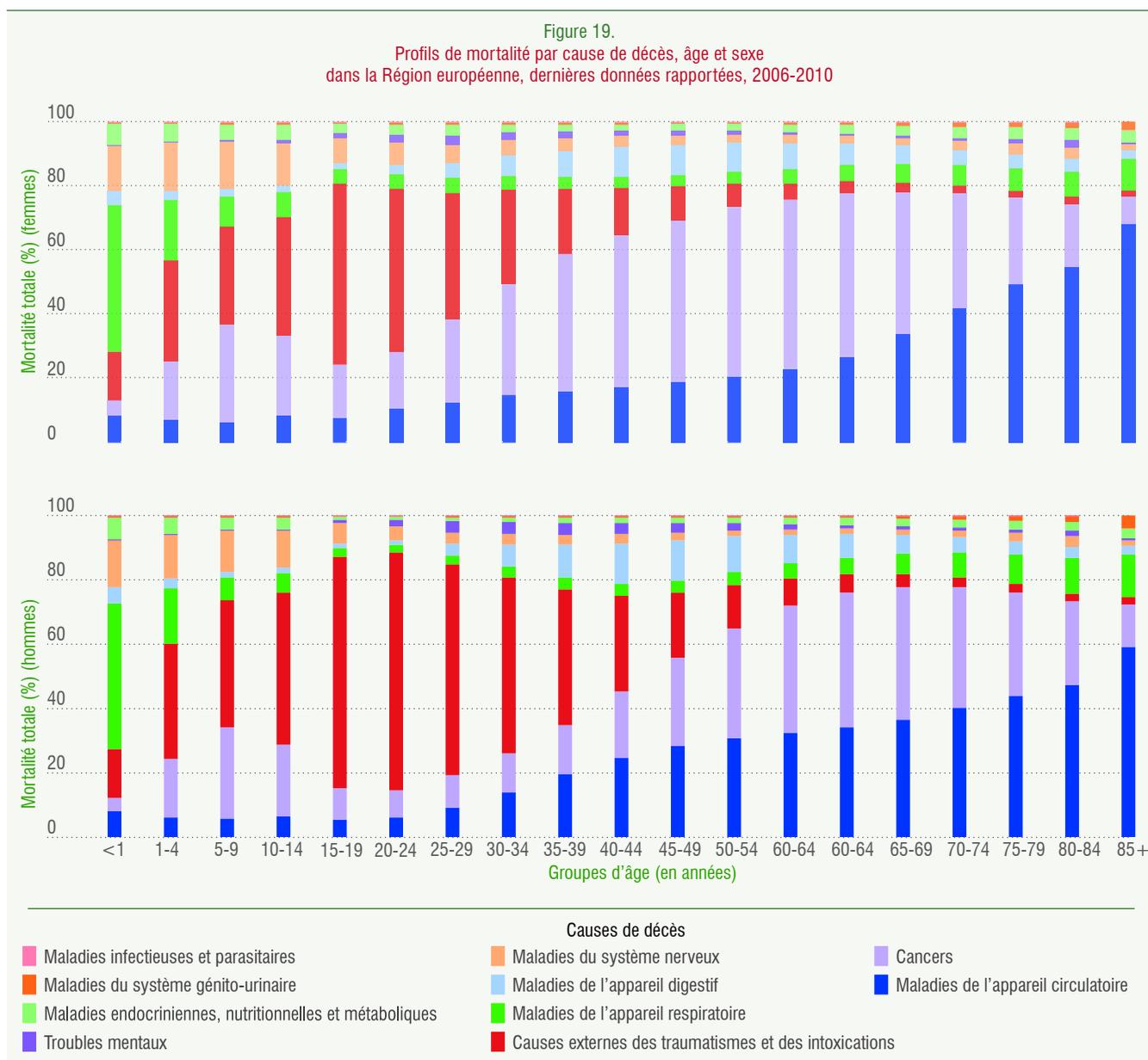


Tableau 1.  
Taux de mortalité par grand groupe de causes de décès  
dans plusieurs pays de la Région européenne, dernières données rapportées, 2006-2010

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).

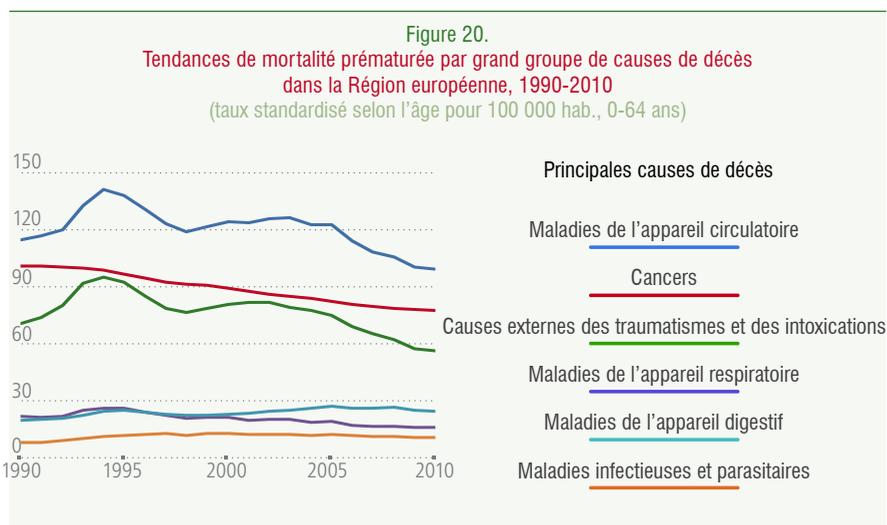
accroissement du stress et aux difficultés économiques confrontés dans certains pays de la Région (figure 21).

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

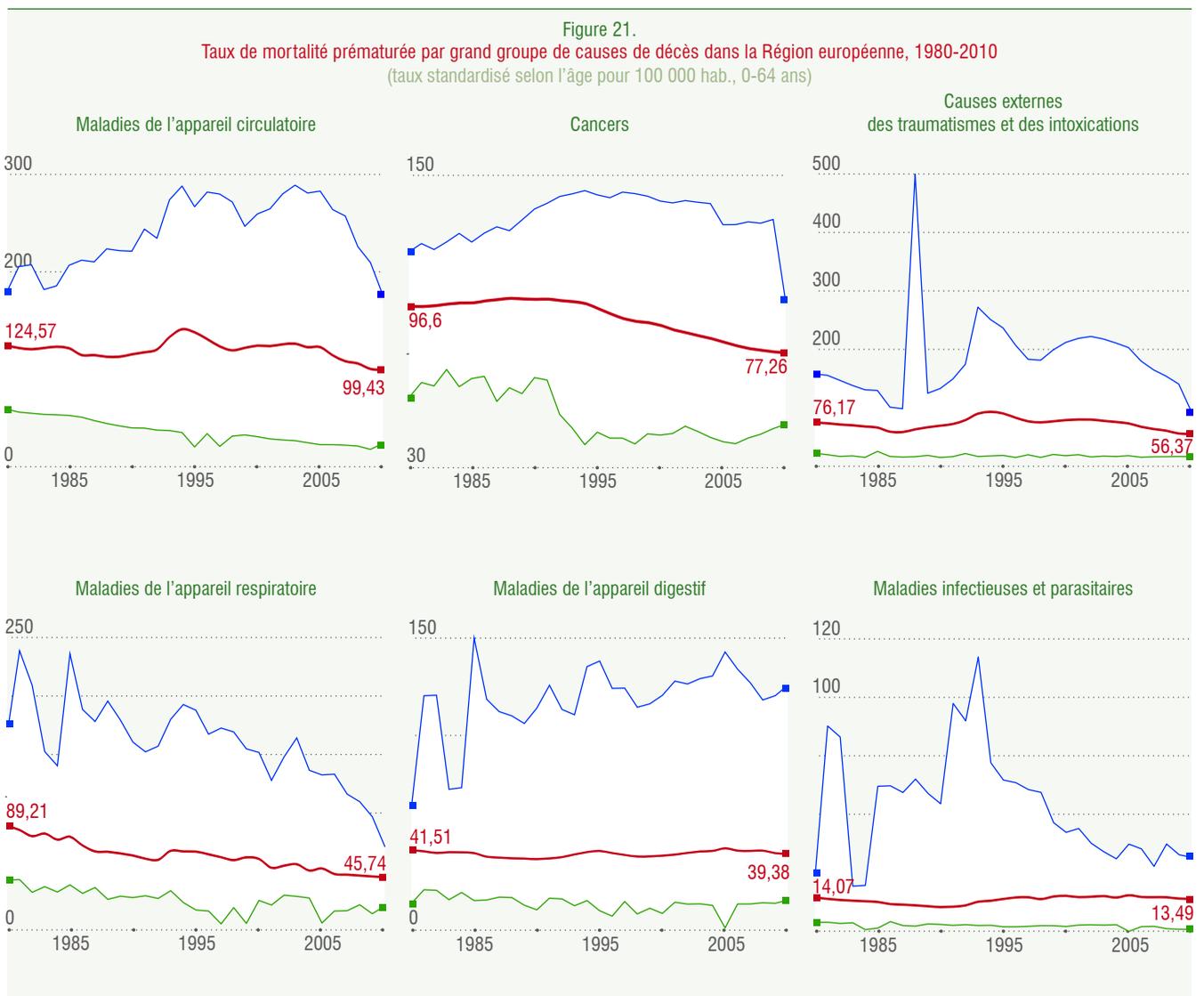
Les principales maladies de l'appareil circulatoire sont les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires qui, ensemble, représentent 35 % du nombre total de décès en Europe. Les données les plus récentes indiquent que le taux de mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire varie 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



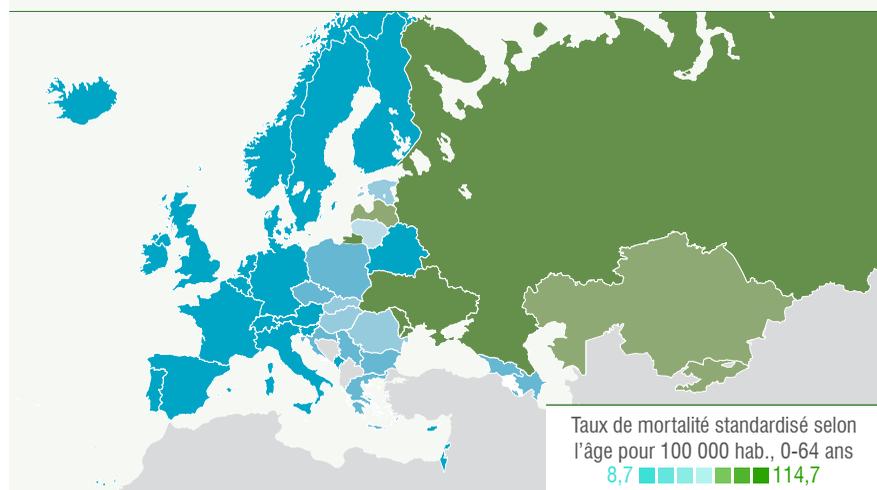
légèrement. La mortalité prématurée due aux maladies cardiovasculaires suit des schémas et des tendances similaires dans la Région. Il est prouvé que les pays peuvent relever ce défi en agissant sur une combinaison de facteurs prévisibles, notamment la forte consommation d'alcool et les beuveries express (*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 ( $\geq 115$  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



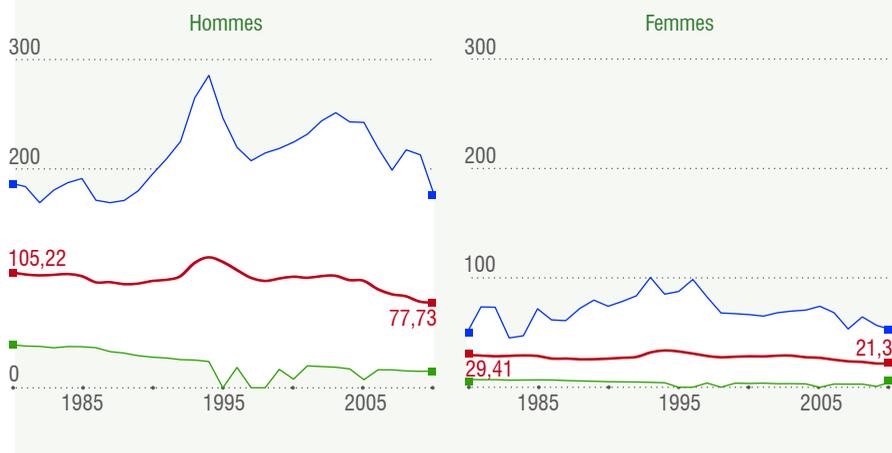
politiques et les interventions coordonnées doivent prioritairement tenir compte de ces facteurs et agir sur une combinaison de déterminants (tels que l'obésité, la consommation élevée de sel et la sédentarité) pour améliorer la santé et le bien-être en général et réduire la mortalité prématurée due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

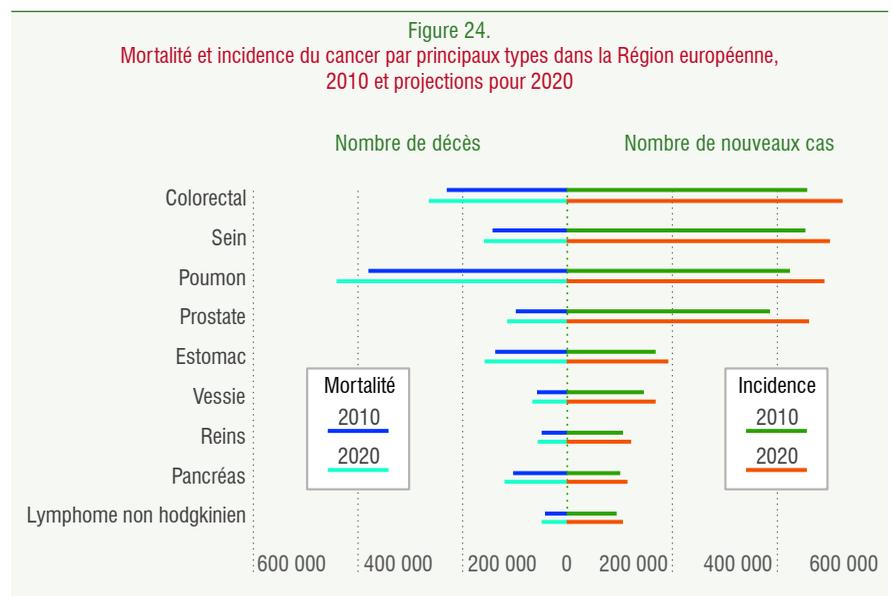
## Cancer

### 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.

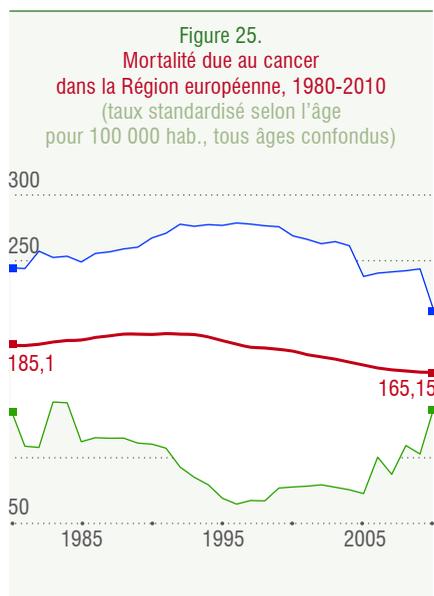
L'augmentation globale de l'incidence du cancer suit l'évolution du profil des causes de mortalité résultant de la réduction durable de celle due aux maladies de l'appareil circulatoire, ainsi que l'allongement de l'espérance de vie (voir ci-dessus). On vit en effet plus longtemps, et le développement 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.



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

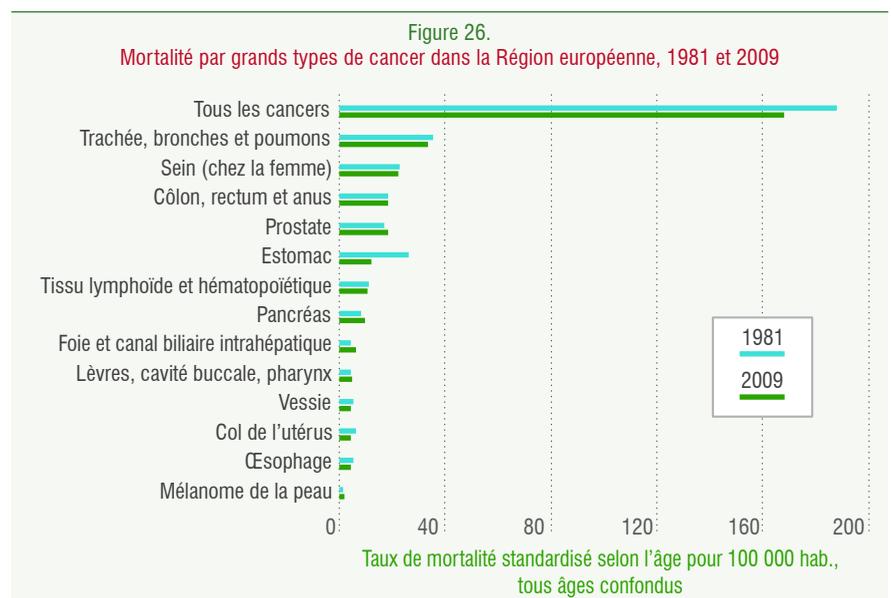
## Principaux types de cancer

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

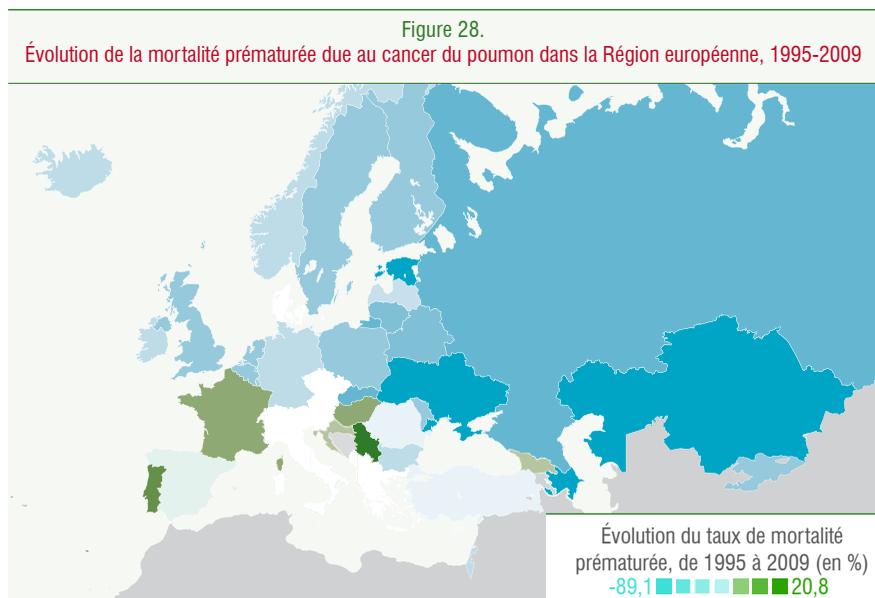
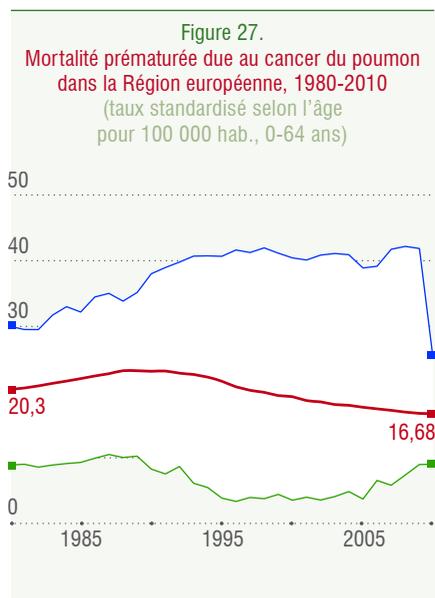


Source : base de données européenne sur la mortalité (11).

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).

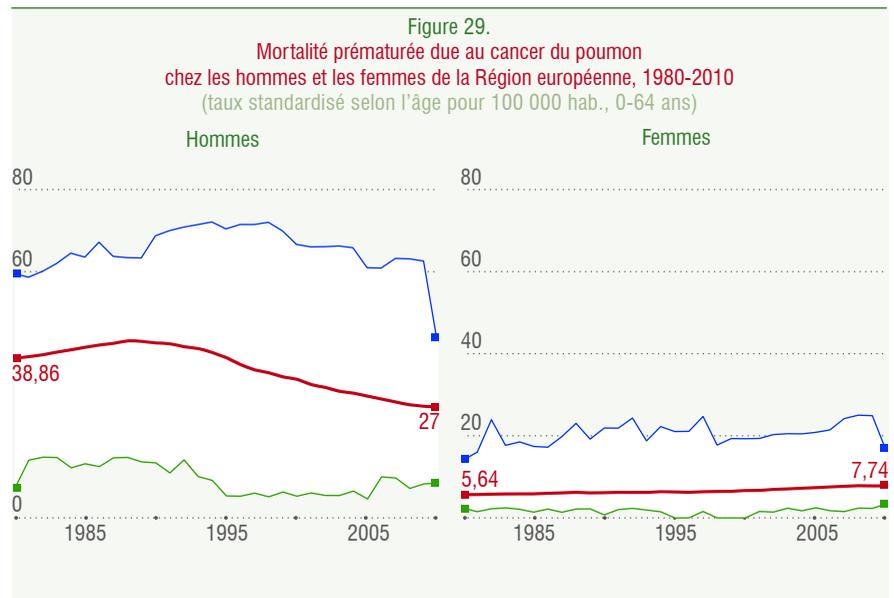
En ce qui concerne les niveaux signalés par pays, et selon la cartographie régionale de la mortalité prématurée due au cancer du poumon, les taux les plus élevés s'observent en Europe centrale (figure 30), où les taux sont supérieurs à 25 pour 100 000. Les taux élevés sont également associés à une plus 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

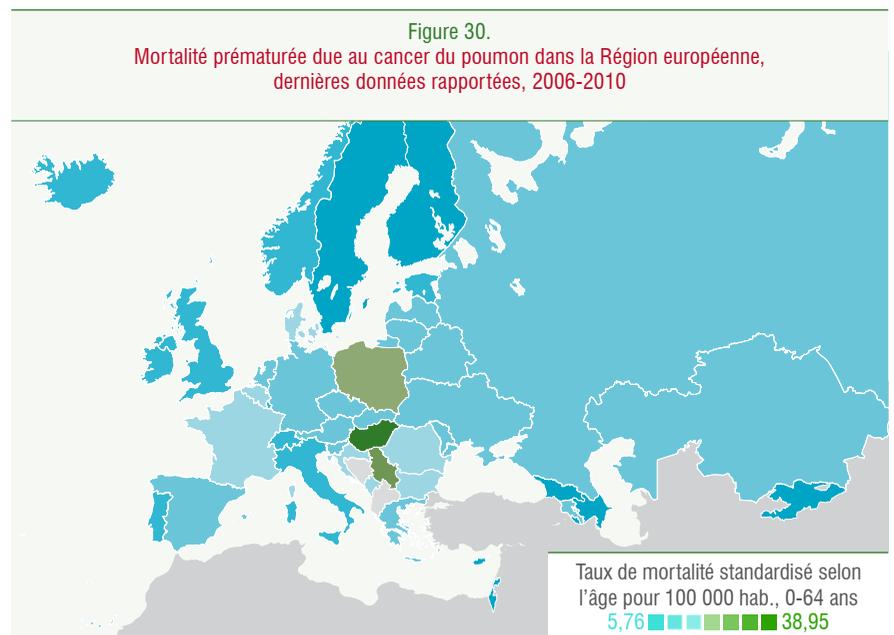


européenne profite des bienfaits de ces pratiques constitue l'une des priorités de la lutte contre la mortalité prématurée.

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



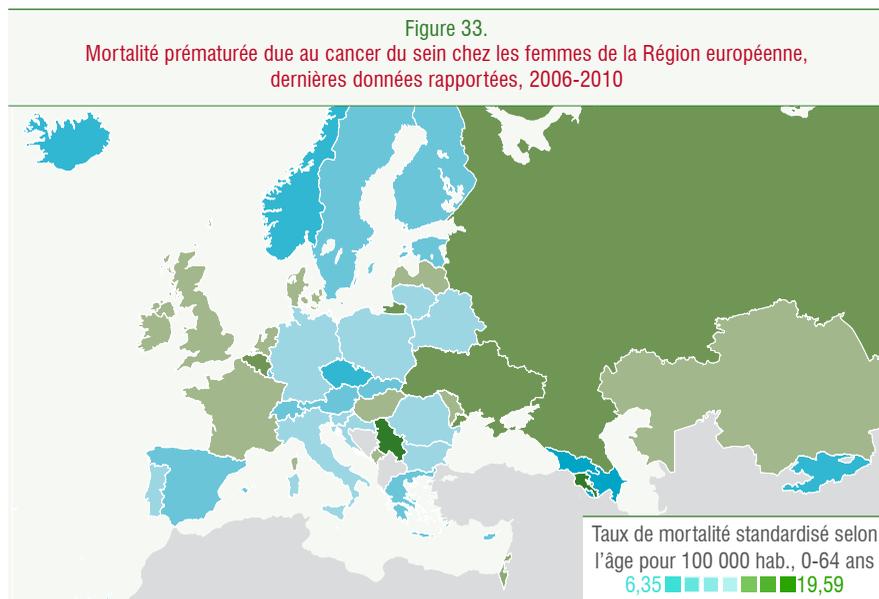
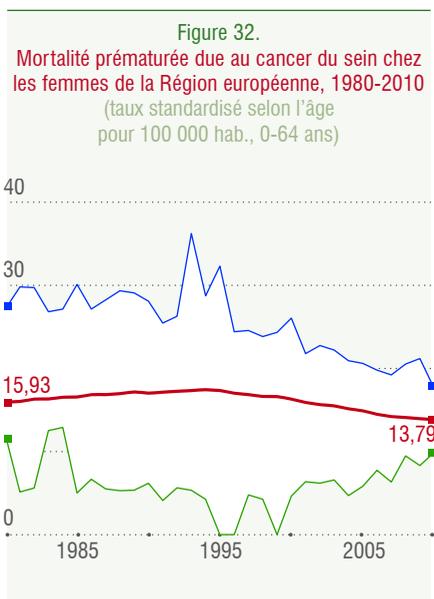
affections et facteurs de risque qui y sont associés (par exemple, les tendances des maladies chroniques du foie et les modes de consommation d'alcool) devront faire l'objet d'évaluations supplémentaires.

#### 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,

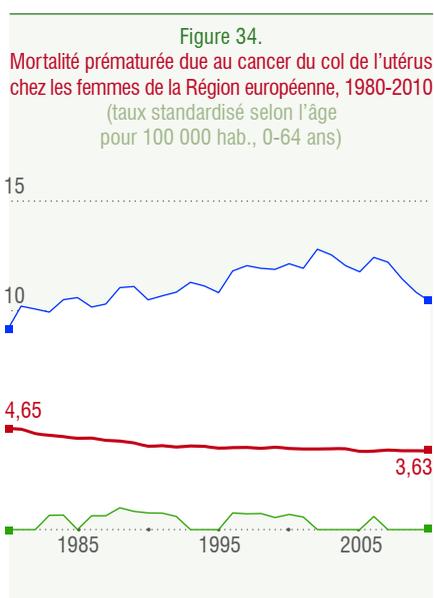


un phénomène vraisemblablement associé à des facteurs culturels et génétiques. En ce qui concerne les taux de mortalité relevés dans les pays, l'écart entre la valeur la plus élevée (20 pour 100 000) et la plus basse (6 pour 100 000) laisse entendre que le risque de décéder à la suite d'un cancer du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



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

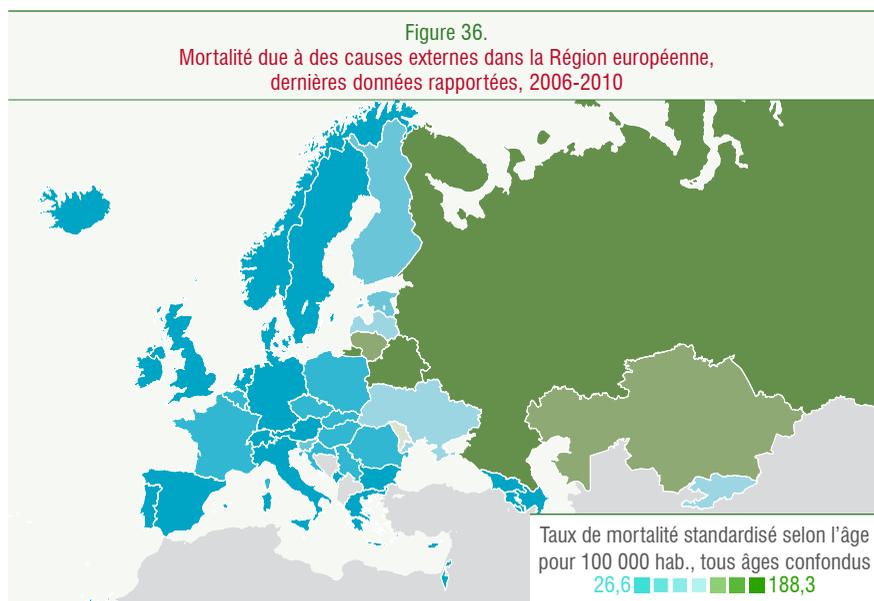
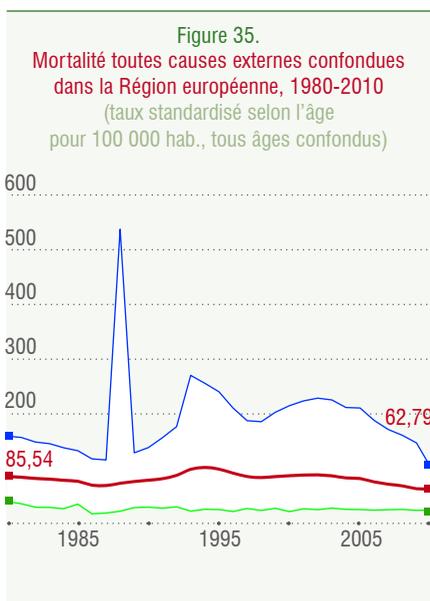
Les causes externes des traumatismes et des intoxications constituent également d'importantes causes de mortalité dans la Région européenne, dans la mesure où elles sont à l'origine de 9 % de l'ensemble des décès. Une multitude de facteurs sont en fait en jeu dans le cas présent, notamment les accidents 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

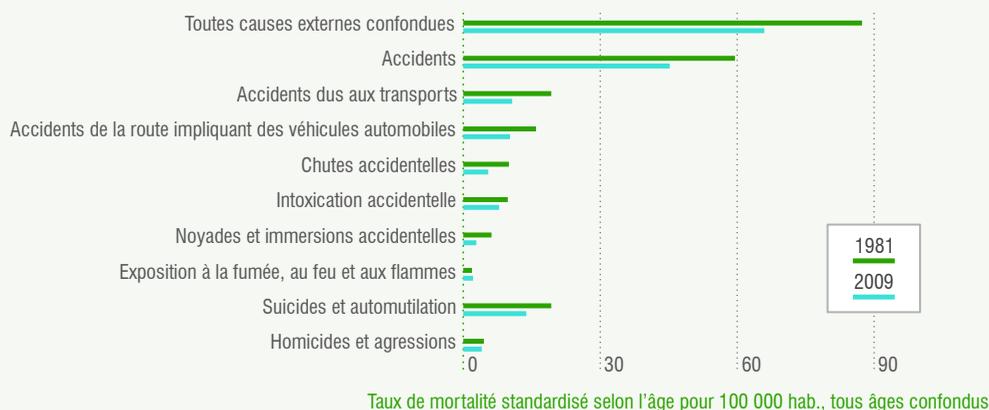


la santé. Par exemple, les taux de suicide (l'un des seuls indicateurs de la santé mentale dans la base de données de la Santé pour tous) ont diminué de 25 à 40 % en Europe. Les baisses observées ont néanmoins ralenti depuis 2008, certains pays devant d'ailleurs faire face à un renversement de la tendance.

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

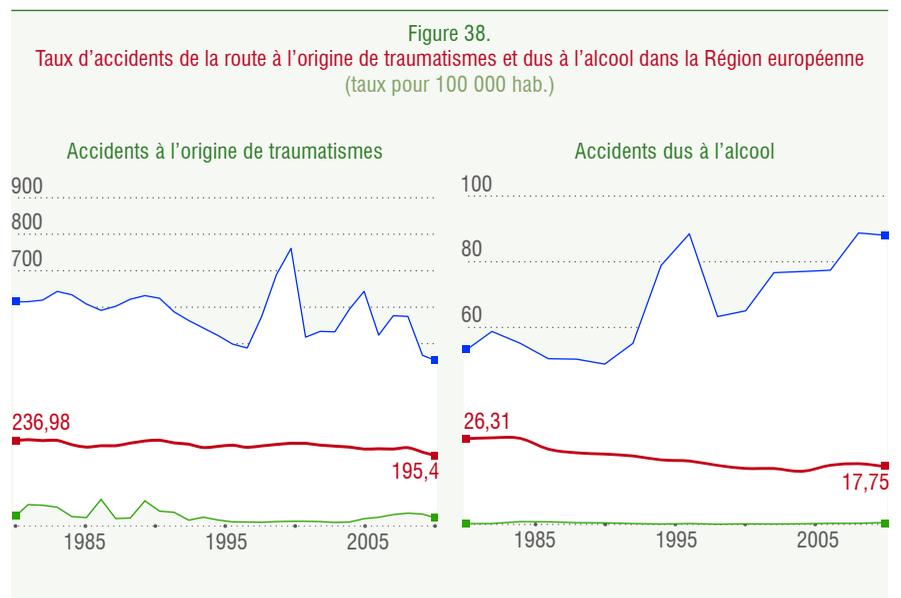


Globalement, les tendances observées en ce qui concerne les causes externes de la mortalité exigent des stratégies spécifiques et des interventions sanitaires davantage ciblées, notamment des politiques intersectorielles ou conjointes et des stratégies de mise en œuvre (par exemple, dans les secteurs 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.



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

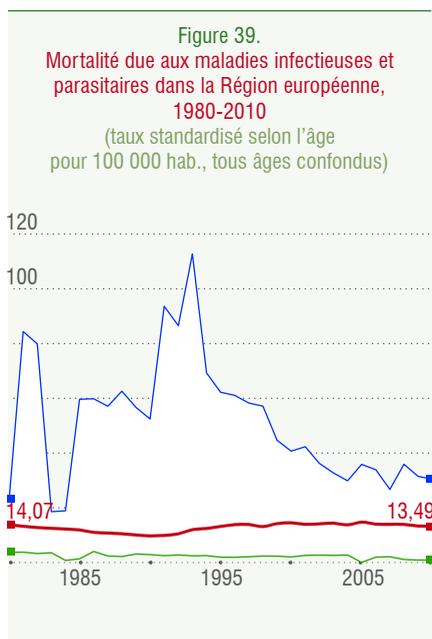
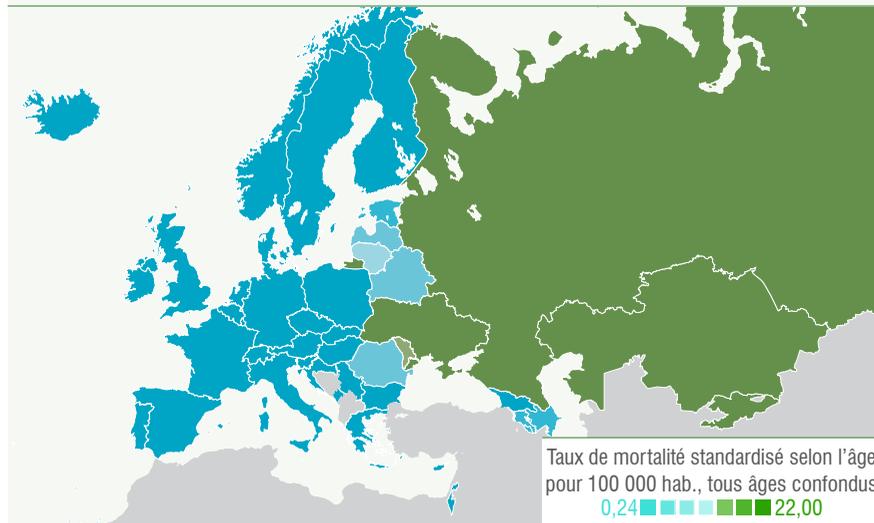
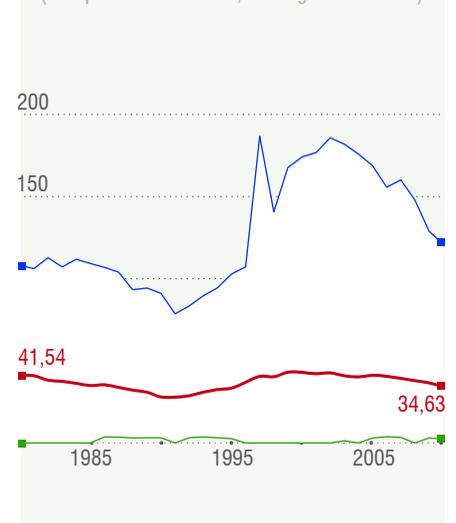


Figure 40.  
Mortalité due à la tuberculose dans la Région européenne,  
dernières données rapportées, 2006-2010



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.

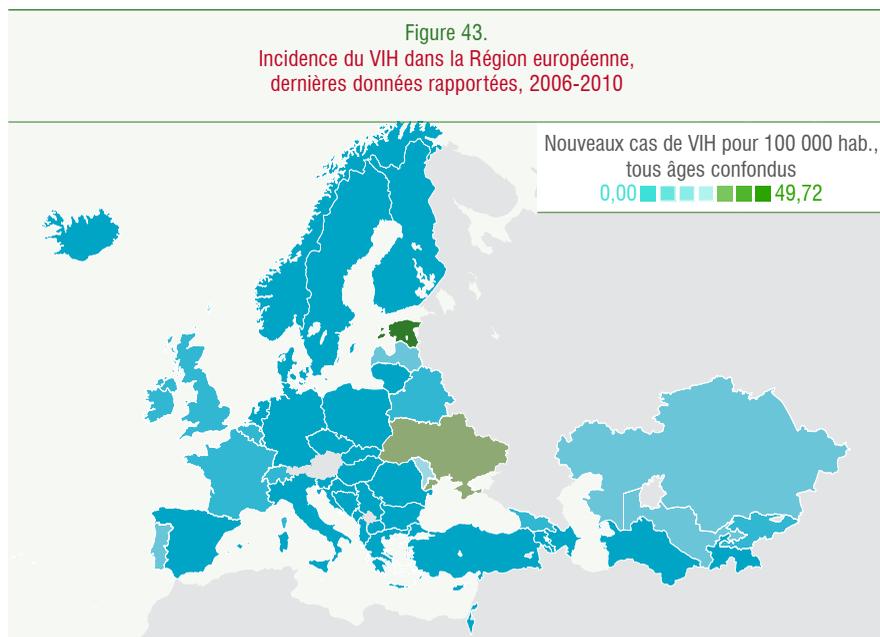
### VIH/sida

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).



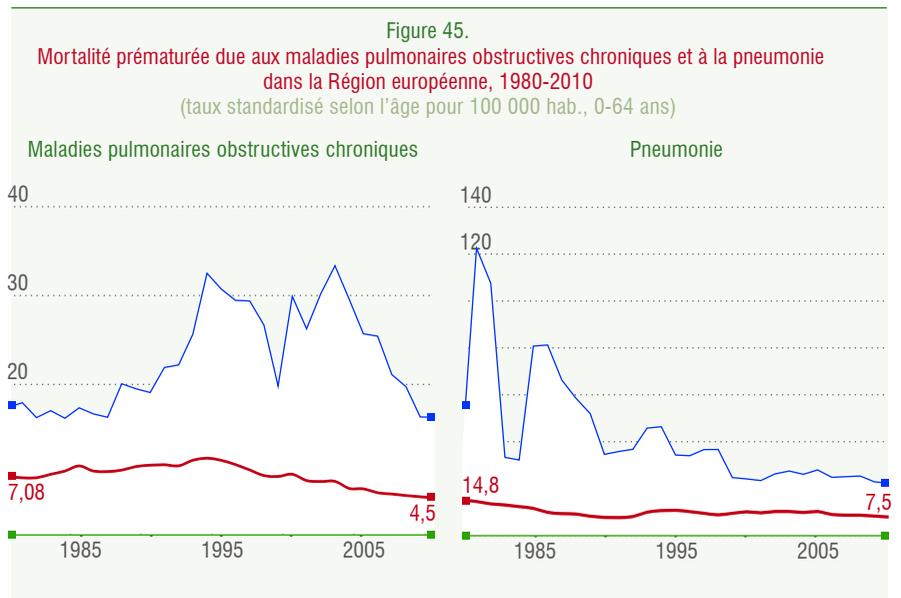
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

## 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.

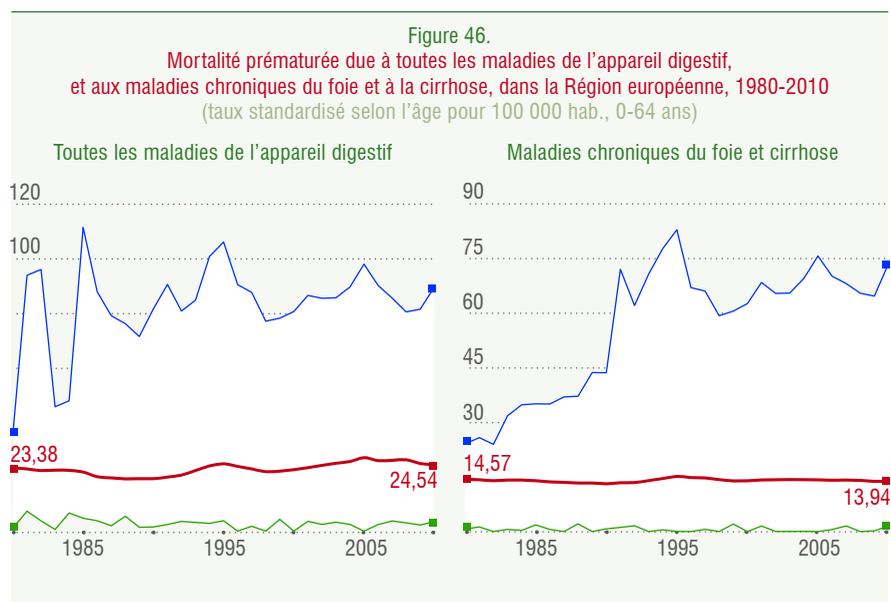


Il semble par conséquent que certains niveaux d'exposition aient augmenté dans plusieurs régions d'Europe, une situation qui s'explique probablement par la pollution et la détérioration de la qualité de l'air en raison de l'industrialisation, du développement des transports, des logements humides et 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).

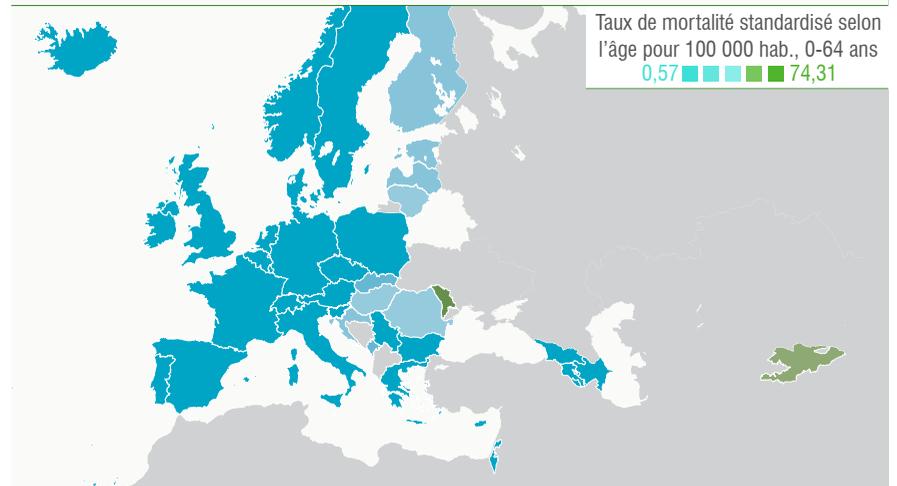
## Diabète

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).

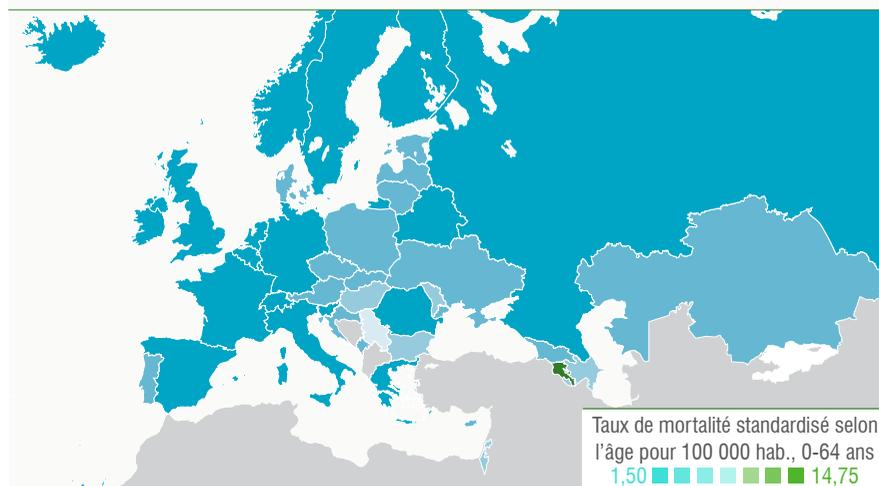
accompagnées de diverses conséquences graves. Le diabète constitue également un facteur de risque important et fréquent pour les maladies de l'appareil circulatoire avec lesquelles il partage, à son tour, certains facteurs de risque, comme l'alimentation peu équilibrée, le manque d'exercice physique 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.

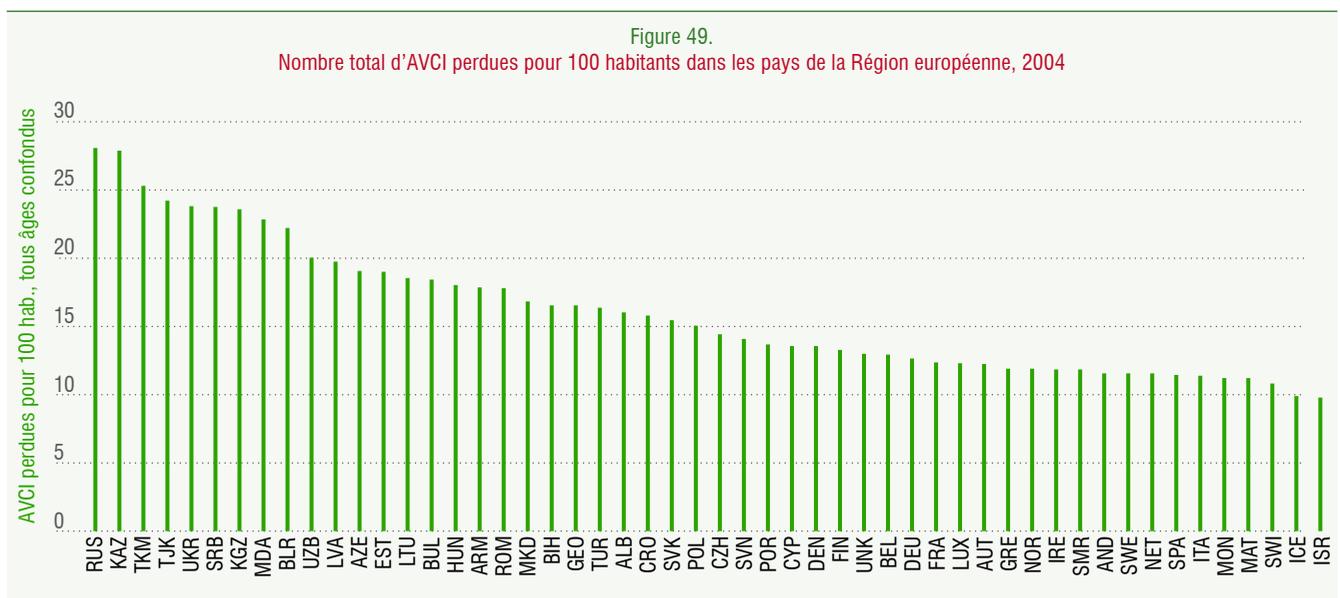
Si l'on se base sur la répartition de la charge totale des maladies dans la Région européenne pour l'année 2004, le nombre estimé d'AVCI perdues oscille entre 10 et 28 pour 100 habitants selon le pays, soit un écart allant du simple au triple

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**

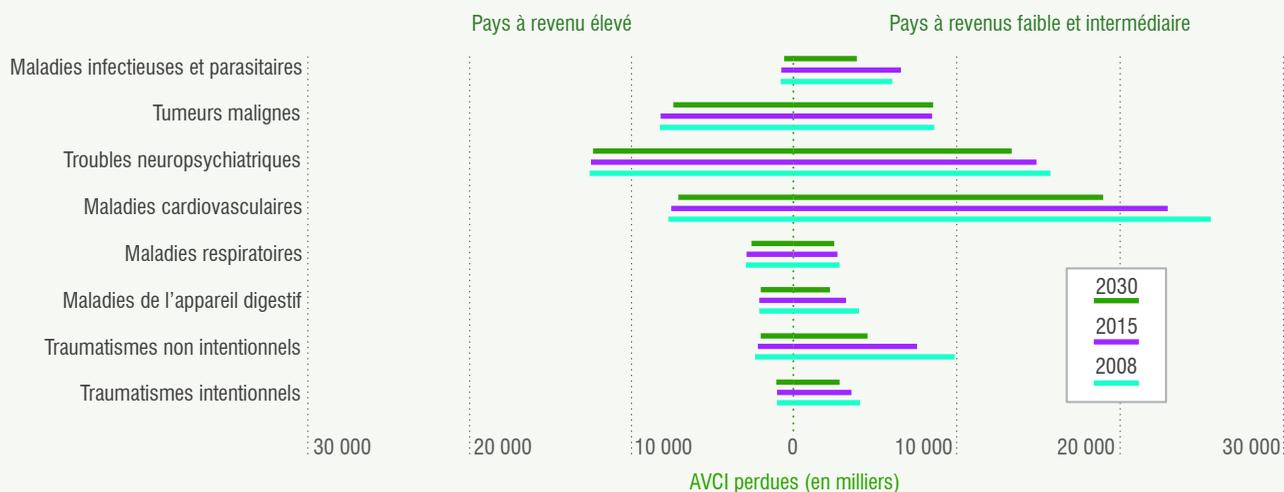


Figure 51.  
Nombre d'AVCI perdues par facteur de risque dans la Région européenne, 2004



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

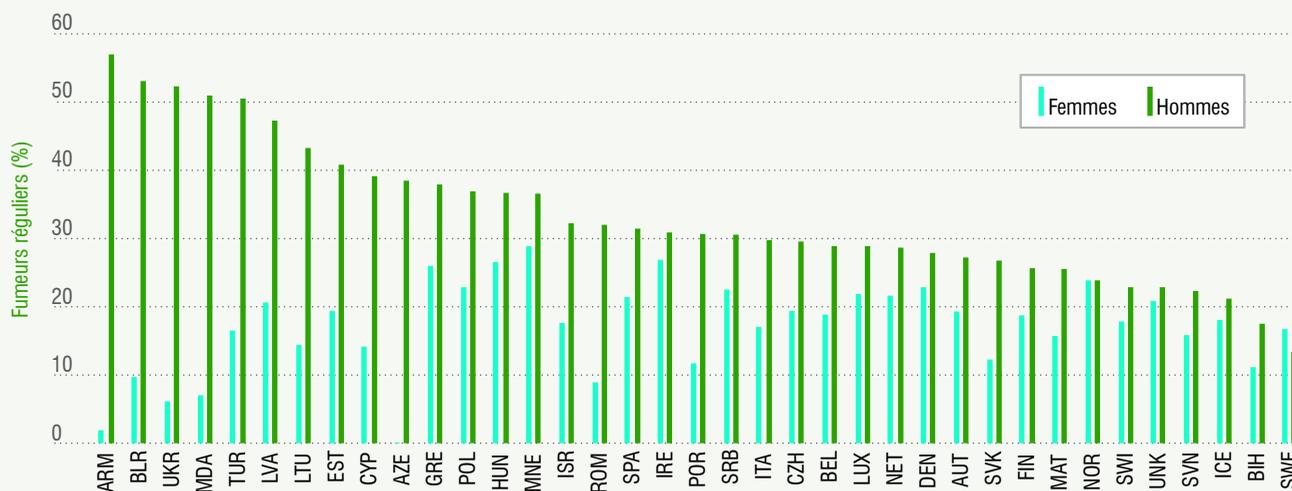
La compréhension des causes fondamentales (dont les facteurs de risque, les déterminants du système de santé et les déterminants socioéconomiques au sens plus large comme les déterminants sociaux de la santé) à l'origine du niveau et de la répartition des maladies constitue un élément important de la 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

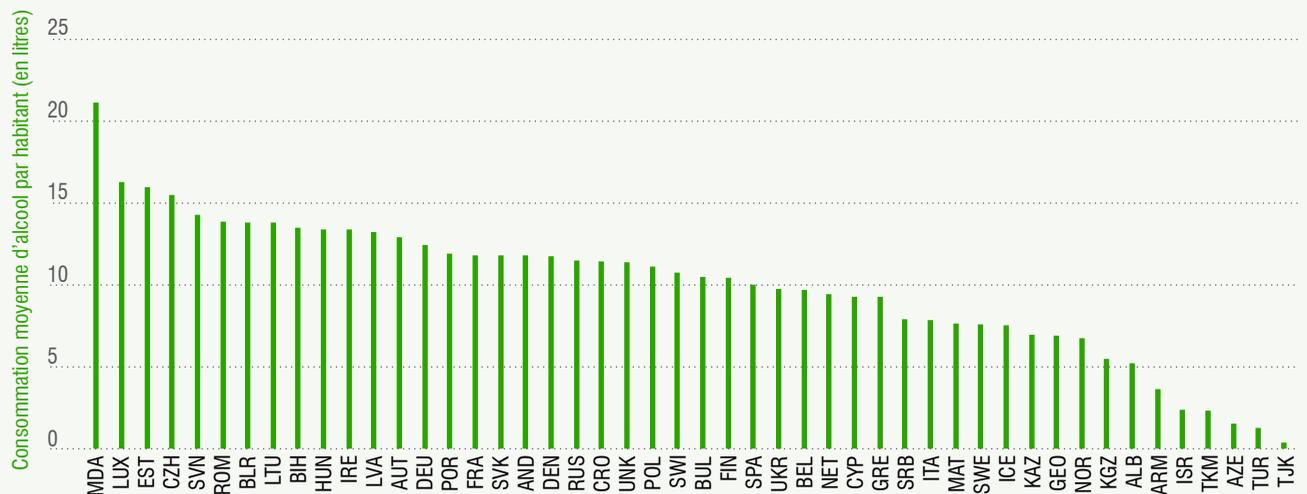


## Consommation d'alcool

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).

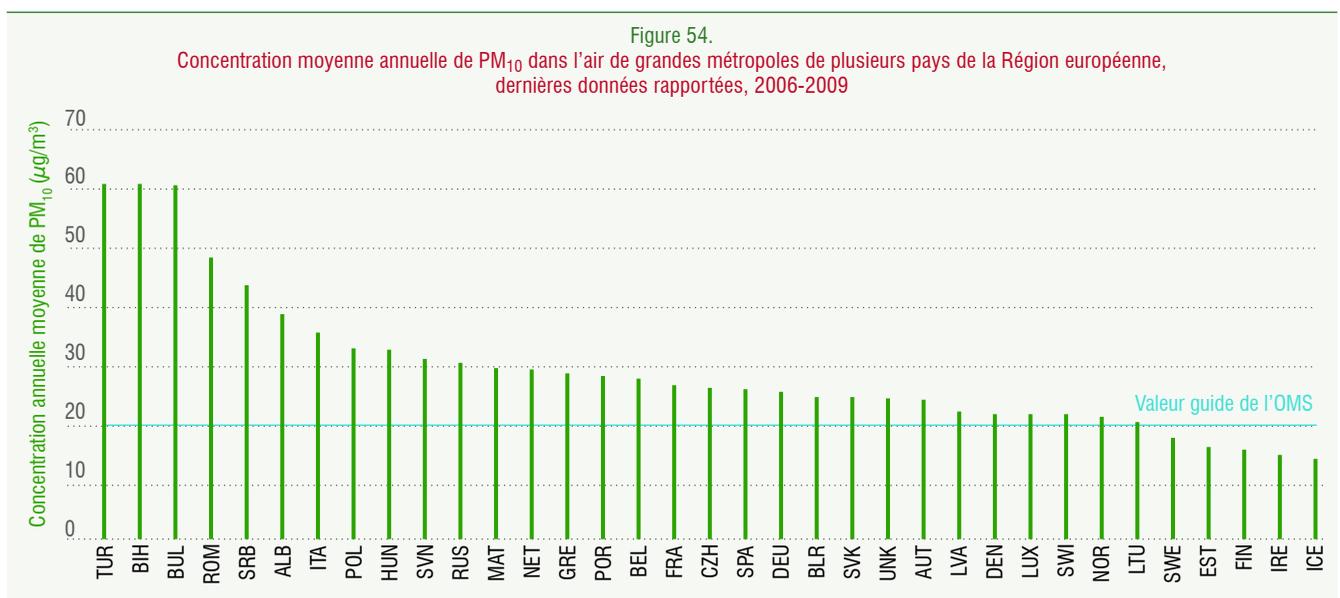
Les informations sur le développement de l'impact pathologique provoqué par les facteurs environnementaux, ainsi que sur les mesures de leur niveau et de leur répartition, sont essentielles pour améliorer les politiques ainsi que pour surveiller et évaluer leurs effets.

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 % attestaient 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 PM<sub>10</sub> observée dans les pays, à savoir 26 µg/m<sup>3</sup>, étant supérieure à la valeur guide de l'OMS (20 µg/m<sup>3</sup>).

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).

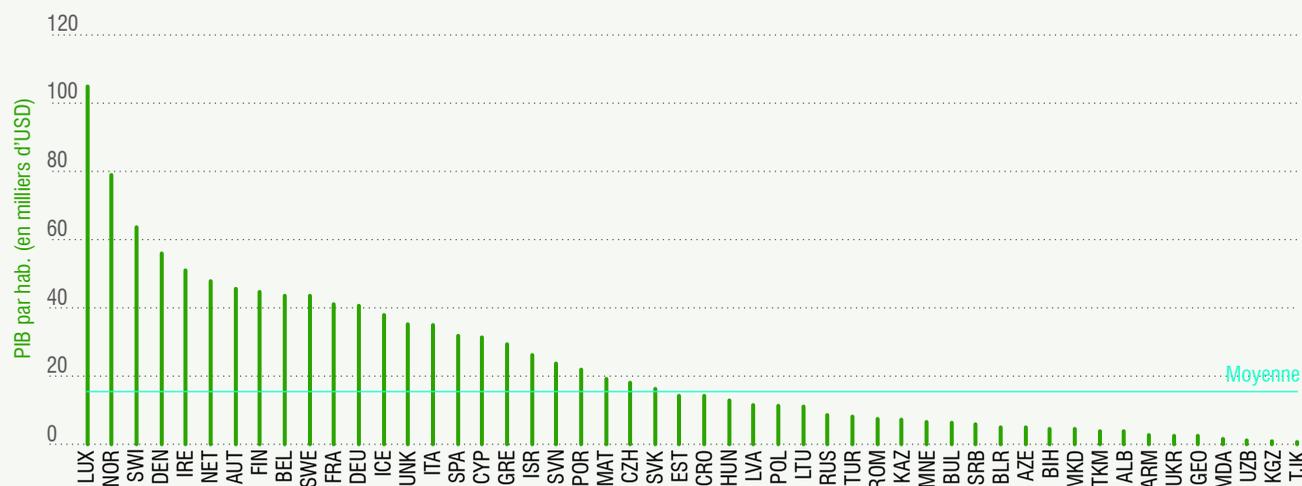
Les améliorations des niveaux de revenu constatées au cours de ces dernières décennies sont néanmoins mises en cause par la récession économique actuelle qui, d'ailleurs, touche la plupart des pays européens, et dont les nombreux effets

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.

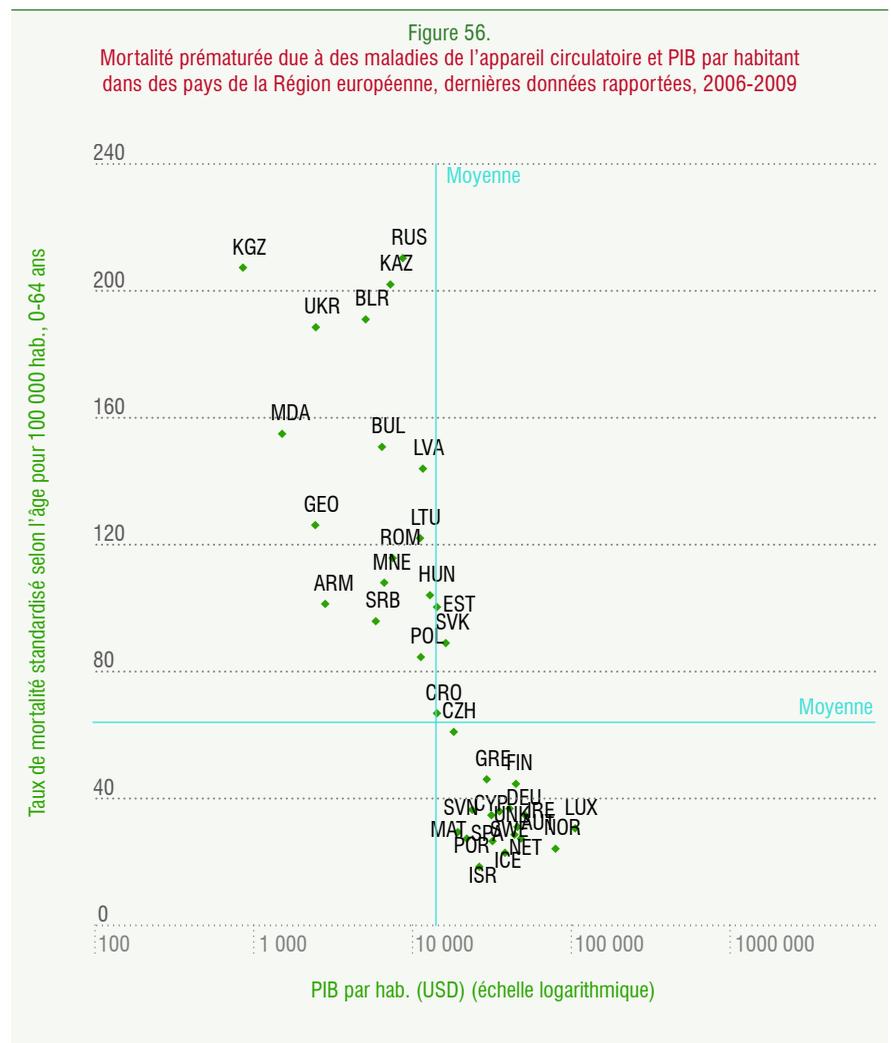
Divers indicateurs de mortalité révèlent des tendances similaires au sein de l'UE en matière d'inégalités de santé. L'un d'entre eux est la « mortalité évitable », qui évalue les décès prématurés et pouvant essentiellement être prévenus par la mise en œuvre de plusieurs interventions connues dans le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

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



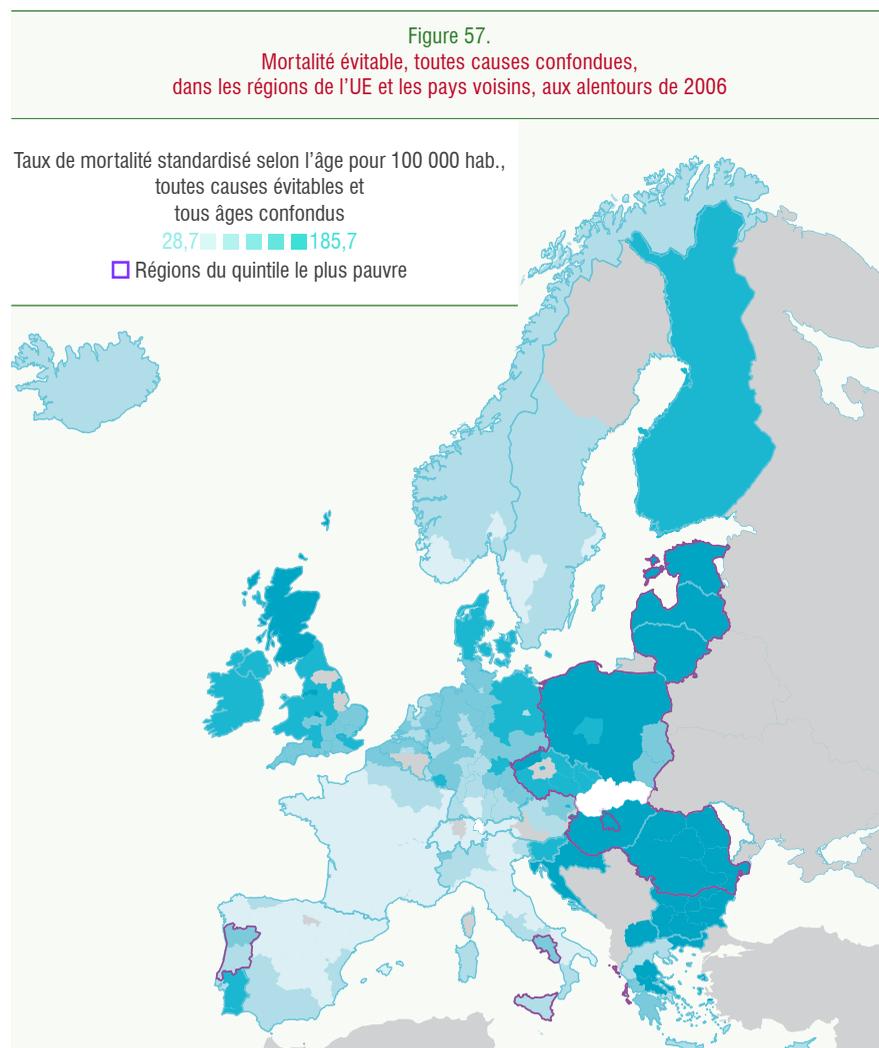
publique et des soins de santé. Il permet de sonder le manque d'équité en santé et peut être révélateur de la performance des systèmes de santé. L'approche de la mortalité évitable dans l'UE constitue un moyen d'attester d'importantes inégalités de santé au niveau régional, d'examiner les facteurs qui 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.

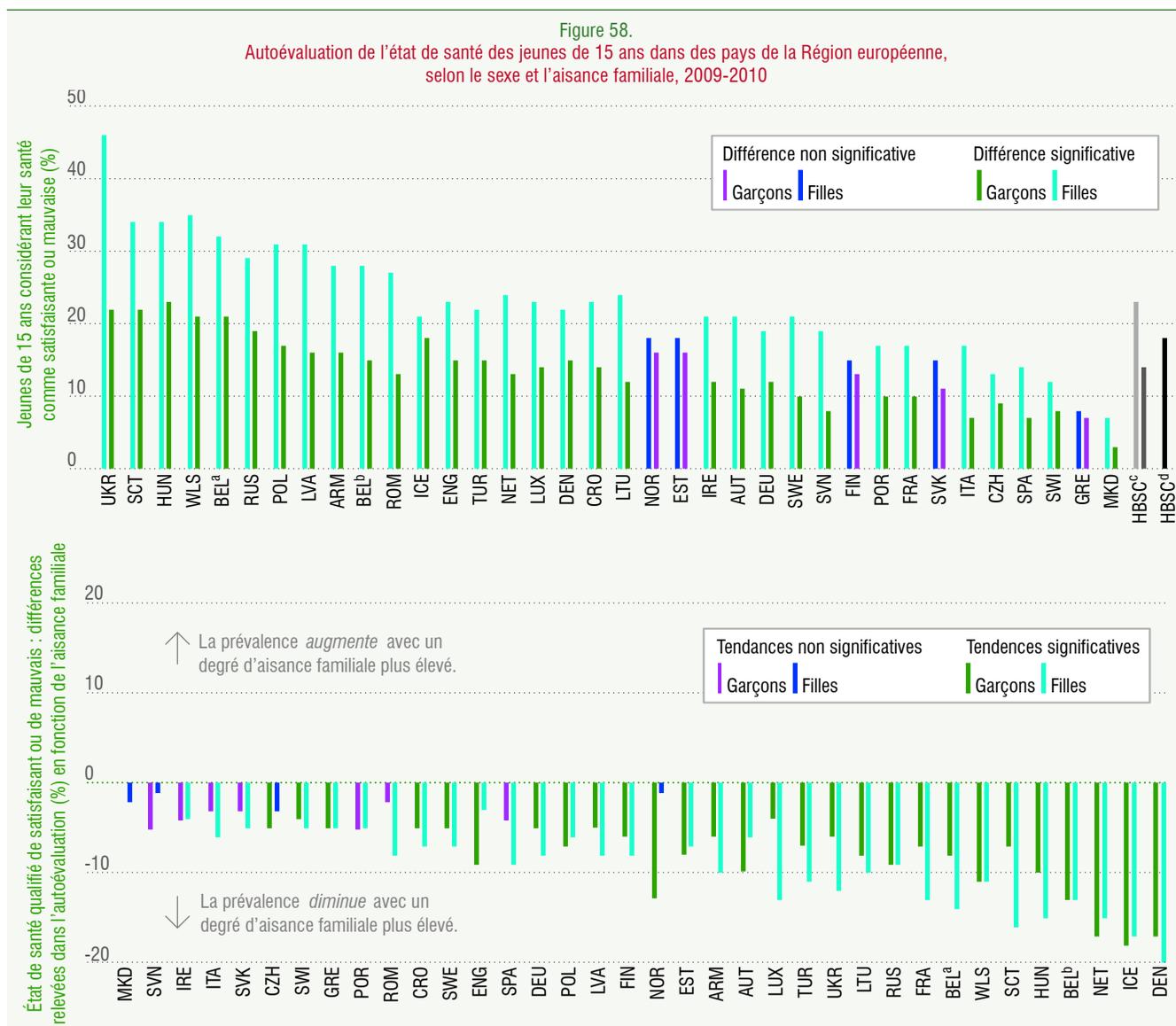
Le tout dernier rapport de l'Étude sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) (40) présente un autre exemple de la manière dont les déterminants sociaux peuvent déterminer la répartition de la santé. Cette étude multipays comprend une autoévaluation par des jeunes de 15 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.

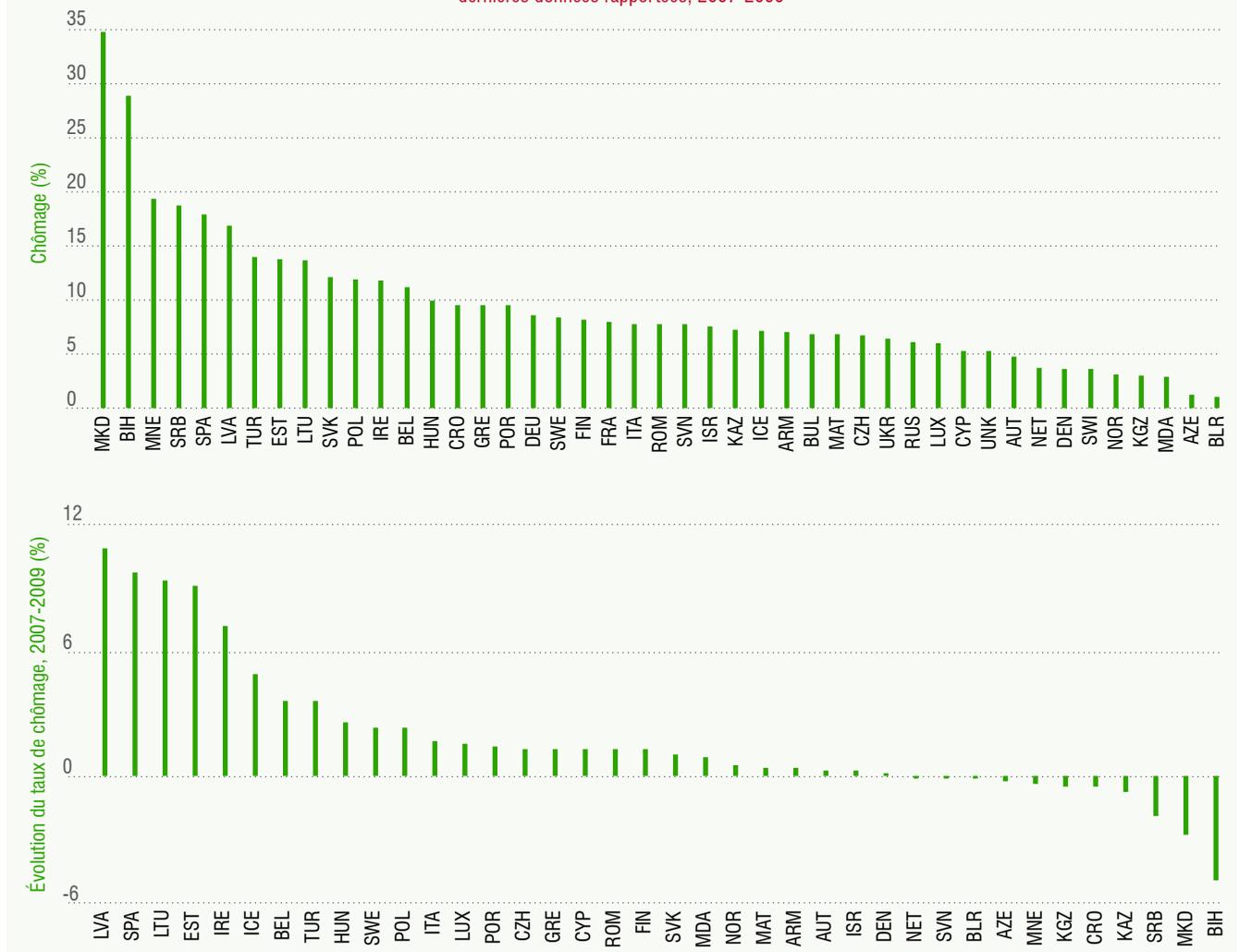
La survenue de changements économiques radicaux, mesurés par l'évolution du taux de chômage, permettent de sonder davantage l'impact potentiel sur la santé et le bien-être des populations, et alimentent la discussion sur les facteurs susceptibles de contribuer aux causes externes de la mortalité (figure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



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

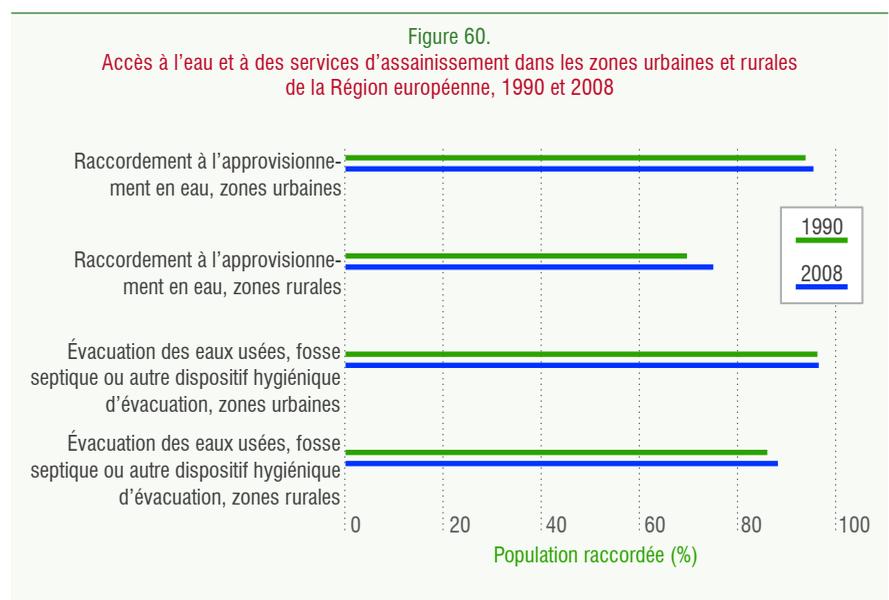
L'environnement constitue un autre déterminant important de la santé, et les problèmes fondamentaux qui y sont associés sont d'ailleurs similaires à ceux des déterminants sociaux de la santé. D'après les évaluations récentes de l'influence des facteurs environnementaux sur la santé, ceux-ci pourraient 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



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).

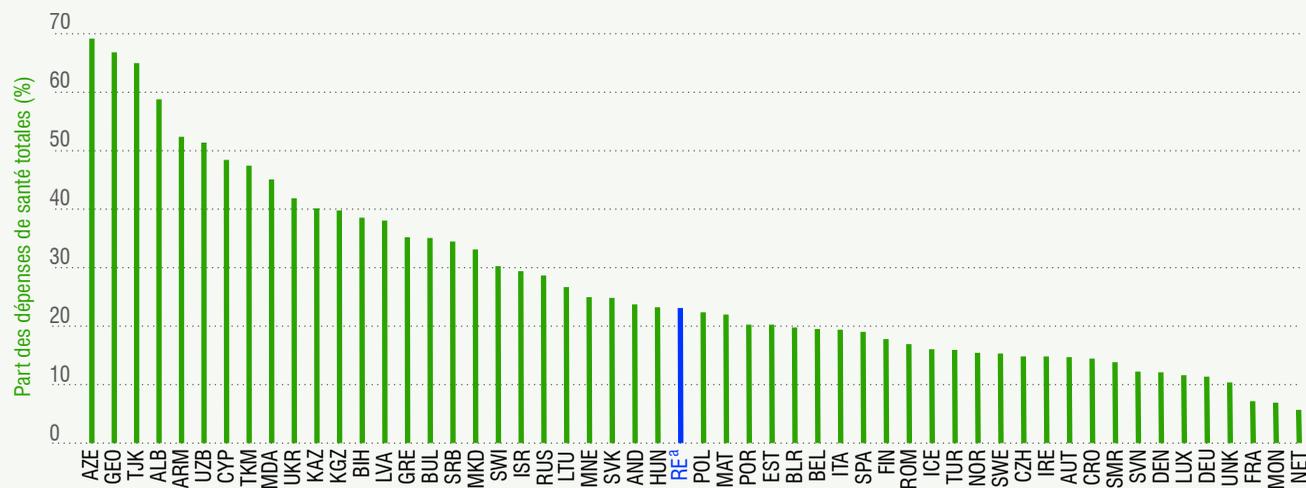
Globalement, l'investissement d'un pays dans le domaine de la santé inclut l'intervention des autorités en vue de répondre aux besoins des populations (dépenses publiques) et l'utilisation des ressources au niveau des ménages (dépenses privées). Les dépenses totales de santé témoignent des efforts consentis 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.









# 02

---

Ce vers quoi nous tendons :  
les objectifs européens pour  
la santé et le bien-être

Après d'intenses consultations, la réunion de plusieurs groupes d'experts et l'approbation du Comité régional de l'OMS pour l'Europe au cours de sa soixante-deuxième session, Santé 2020 comprend finalement six grands buts (ou cibles générales), qui doivent être réalisés d'ici 2020. Ces objectifs sont les suivants : réduction de la mortalité prématurée, prolongation de l'espérance de vie, diminution des inégalités, amélioration du bien-être, garantie de la couverture universelle et définition avérée de cibles par les pays. La directrice régionale de l'OMS pour l'Europe fera rapport des progrès accomplis dans la réalisation des cibles en communiquant des moyennes régionales, mais le suivi des indicateurs au niveau national est également nécessaire pour détailler l'accomplissement de ces cibles régionales. À cet effet, les informations sanitaires systématiquement collectées par les pays doivent être utilisées au maximum ; il convient si possible d'éviter de réunir de nouvelles données. Tout sera mis en œuvre pour assurer la conformité des cibles et indicateurs utilisés avec ceux fixés au plan mondial.

Dans le contexte de Santé 2020, une cible est définie comme étant un « but souhaité ». Le résultat désiré est l'amélioration de la santé, et les cibles sont conçues en termes, par exemple, de réduction de la mortalité ou de la morbidité. Par ailleurs, lorsque l'amélioration des résultats sanitaires peut être liée à des processus ou à des produits, et lorsque l'on peut prouver scientifiquement ce lien, les cibles peuvent être à juste titre conçues en termes de processus ou de produit, comme une hausse des dépenses de santé publique, ou l'introduction et la promulgation d'une loi favorisant la réalisation d'objectifs de santé publique.

L'une des difficultés consiste à déterminer l'ensemble adéquat d'indicateurs susceptibles de traduire de façon juste et fiable les progrès accomplis en direction de la réalisation des buts et cibles stratégiques. En matière de suivi des politiques de santé, le décalage entre les interventions et leurs effets sur la santé, de même que la difficulté à prouver le lien entre un résultat et certaines interventions particulières, ont souvent incité à utiliser des indicateurs de processus ou de produit en plus des indicateurs de résultat. La cohérence des indicateurs de processus, de produit et de résultat est au cœur de la mesure des progrès accomplis vers la réalisation des buts convenus et des cibles qui leur sont associées. Tant que le lien causal n'a pas été vérifié, tout doit être mesuré. De même, tout doit évoluer de façon dynamique à mesure que le lien est testé dans divers contextes. Par exemple, lorsque des indicateurs de processus signalent une amélioration, les indicateurs de résultats montrent-ils également un progrès mesurable ?

Réfléchir au rôle des cibles de Santé 2020 implique de se pencher sur les principes de mesure de la performance et de responsabilisation. Dans le cas de Santé 2020, la responsabilisation ne peut être mise en œuvre

que collectivement, par les États membres et entre eux. Si dans chaque pays, les personnes sont les éléments ultimes de la chaîne complexe de la responsabilisation, nous, en tant que Région, devons nous interroger sur la performance des politiques et des systèmes dans leur service à la population. Ce chapitre présente le processus qui a mené à l'approbation des buts (ou cibles générales alignées sur la politique Santé 2020) et propose des domaines plus précis pour les cibles, ainsi que des indicateurs visant à évaluer les progrès au plan européen (encadré 9).

Plusieurs indicateurs sont accompagnés d'une base de référence calculée d'après les données les plus récentes transmises par les 53 États membres de la Région à l'OMS/Europe. Le chapitre se conclut par un cadre de suivi des cibles et indicateurs de Santé 2020 ; celui-ci sera affiné en consultation avec les États membres.

## Expériences antérieures de définition de cibles et de suivi

### Utilisation de cibles

Historiquement, des cibles ont été proposées pour la première fois dans la Région européenne en tant qu'éléments de la première politique commune de la santé : la Stratégie européenne pour la réalisation de la Santé pour tous. Cette politique appelait à formuler des cibles régionales spécifiques (appelées dans ce cas « buts régionaux ») susceptibles d'appuyer la mise en œuvre de la stratégie. Judicieusement décrit comme « un merveilleux mélange des réalités d'aujourd'hui et des rêves de demain » (47), le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, qui s'est réuni en 1984 à Copenhague (Danemark), a adopté 38 buts régionaux spécifiques et 65 indicateurs de suivi et d'évaluation des progrès accomplis au plan régional. La politique européenne de la Santé pour tous et ses buts ont été actualisés en 1991 ; en 1998, le Comité régional a adopté une politique révisée, « SANTÉ21 – La Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle ».

### Santé pour tous

En 1981, l'OMS a publié sa stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 (48) ; le directeur général de l'époque, le docteur Halfdan Mahler, a déclaré « qu'il ne s'agissait pas d'une « stratégie de l'OMS » distincte, mais plutôt de l'expression d'une responsabilité nationale individuelle et collective,

#### Encadré 9. Terminologie de la définition de cibles

Une **politique** est un accord sur les buts et les objectifs, les priorités accordées à ces objectifs et les principales orientations permettant de les réaliser.

Un **but** renvoie à ce à quoi la société entend parvenir à long terme ; il est en général exprimé en termes assez généraux.

La **stratégie** fait référence aux grandes lignes d'action choisies pour réaliser les buts et les objectifs.

Une **cible** est un résultat intermédiaire que l'on atteint avant la réalisation des buts et objectifs ; elle est plus spécifique, souvent mais pas toujours, quantifiée, et a une échéance dans le temps.

Un **indicateur** est une mesure qui aide à savoir où nous en sommes, dans quelle direction nous allons et quelle distance nous sépare de la cible. Les cibles et les indicateurs sont parfois confondus. Les cibles doivent être définies avant de choisir des indicateurs pour suivre les progrès accomplis vers leur réalisation.

pleinement soutenue par l'OMS ». Peu après, les Bureaux régionaux de l'OMS ont commencé à élaborer des buts de santé régionaux. L'OMS/Europe a pris la tête du mouvement en produisant la liste la plus complète de buts en 1984.

Les États membres de la Région européenne de l'OMS, alors au nombre de 32, ont débattu de la nouvelle politique européenne de la santé, Santé pour tous d'ici l'an 2000, et des buts européens ont été alignés sur cette nouvelle politique. La définition de ces derniers est apparue comme une entreprise majeure : le personnel du Bureau régional a travaillé avec plus de 250 experts dans toute l'Europe, élaboré plus de 20 versions provisoires et mené un processus complexe de consultations des États membres et ce, sur une période de trois ans environ (49). Il en a résulté 82 buts, présentés pour examen au Comité régional de l'Europe en 1984, qui a adopté à l'unanimité un ensemble réduit à 38 d'entre eux. La nouvelle politique européenne de la santé a ensuite été publiée (50).

La publication de cette politique et des buts qui l'accompagnent a incité les États membres à réévaluer leur stratégie pour la santé, et dans bien des cas, à définir leurs propres cibles en vue d'améliorer la santé. Les 38 buts d'origine (correspondant en fait à des cibles) devaient influencer et orienter les objectifs en matière de santé (buts 1-12), les stratégies pour les atteindre (buts 13-21) et le soutien et la mobilisation durable sur le plan de la politique, de la gestion et des finances (buts 22-38) (50). Pour la première fois, la Région européenne disposait d'une politique de santé autonome, présentant des buts, des stratégies et des cibles (encadré 9).

Les 38 buts ont été révisés en 1991 pour tenir compte des changements survenus dans la Région depuis le milieu des années 1980. Il s'agissait de parvenir à une compréhension contemporaine des problèmes rencontrés dans la définition de buts et des méthodes permettant de les atteindre. Le premier ensemble de cibles comprenait six thèmes majeurs (promotion de l'équité en santé, participation de la population, promotion de la santé et prévention des maladies, réorientation du système de santé vers les soins de santé primaires, et collaboration intersectorielle dans le domaine de la santé). Une préoccupation pour les questions d'éthique et d'inégalités entre les différents groupes de population était aussi explicitement exprimée. Le Bureau régional a soutenu la mise en œuvre des buts en harmonisant en conséquence ses budgets et ses activités programmatiques et en répondant aux demandes des États membres.

### **SANTÉ21 – une stratégie plus orientée**

Pendant les années 1990, la Région a connu des bouleversements politiques, économiques et sociaux majeurs, qui ont modifié le

paysage européen. Ceux-ci ont notamment eu pour conséquence une hausse spectaculaire du nombre d'États membres, qui se chiffrait à plus de 50 à la fin de la décennie. Comme on pouvait s'y attendre, l'OMS/Europe a remanié sa politique européenne de la santé et ses buts régionaux. En 1999, elle a publié SANTÉ21, un cadre politique comportant un nouvel ensemble de « 21 buts pour le XXI<sup>e</sup> siècle » et fixant 2 objectifs principaux, 3 valeurs fondamentales et 4 grandes stratégies d'action (4). Cette nouvelle politique franchissait une première étape en direction du principe de suivi, indiquant comment chaque but devait être atteint et proposant des domaines pour l'élaboration d'indicateurs. En outre, SANTÉ21 s'alignait sur Action 21, le programme d'action mondial pour le développement durable. En pratique, la politique demeurait axée sur l'élaboration de buts aux niveaux national et local, et ne prévoyait pas de communication de rapport au plan régional.

En 2005, le Bureau régional a publié une actualisation de sa politique européenne de la santé, dans laquelle il analysait et réaffirmait SANTÉ21, et incorporait « les connaissances et expériences accumulées depuis » 1998 (3). Dans cette publication (3), il notait que les buts de SANTÉ21 offraient toujours un cadre d'action pour la Région, « l'essence de la politique régionale », mais soulignait aussi qu'ils pouvaient servir de source d'inspiration « pour la fixation de buts aux niveaux national et local ».

---

## Enseignements tirés des expériences de définition de cibles ou de buts

Bien que l'Europe ait considérablement changé, la Région européenne de l'OMS possède quelque 30 ans d'expérience de la définition de cibles (ou de buts) pour les politiques et stratégies régionales de santé. Le docteur Jo E. Asvall, directeur régional de l'OMS pour l'Europe de 1985 à 2000 (51), résumait ainsi les fonctions des buts :

*Ces buts et ces indicateurs ont aiguisé la politique européenne de la Santé pour tous et doté la Région dans son ensemble d'un modèle que les pays peuvent adapter à leur propre contexte. Ils constituent aussi un levier pour les défenseurs de la santé publique, les professionnels, les universitaires et les responsables des pouvoirs publics sur le terrain, qui peuvent s'en servir pour promouvoir Santé pour tous au sein des pays.*

Plusieurs enseignements ont été tirés de l'expérience acquise lors des décennies passées.

**Encadré 10.**  
**Les atlas interactifs – une mise en forme visuelle**  
**des bases de données d'Eurostat**

Des atlas interactifs ont été constitués à partir des indicateurs socioéconomiques et sanitaires disponibles publiquement, en particulier ceux que fournit Eurostat, l'Office statistique de l'UE. Les régions NUTS 2 (deuxième niveau régional de la Nomenclature des unités territoriales statistiques utilisée dans l'UE) sont les principales unités géographiques d'analyse retenues. Plus de 600 indicateurs ont été exploités pour en extraire des variables représentées sur des cartes, des graphiques et dans des tableaux. L'OMS/Europe a mis au point les atlas interactifs suivants, fondés sur l'analyse et la représentation des données : l'atlas des cartes de corrélation, les atlas des inégalités sociales et l'atlas de comparaison régionale (20).

Leur objectif est non seulement de rendre plus visibles les situations sanitaires sous-nationales et leurs déterminants, mais aussi d'analyser comment un système intégré d'informations et les données qu'il contient peuvent inspirer les politiques dans les pays européens. Par exemple, les atlas des inégalités sociales illustrent la différence entre une valeur cible et la valeur dans une région ou un groupe de régions. La valeur cible est la moyenne pondérée en fonction de la population du quintile le plus avantagé de cette population par rapport aux données disponibles ; elle est considérée comme un but réalisable.

Les différences entre la cible et une région donnée sont représentées visuellement comme des différences absolues (écart entre la valeur régionale et la valeur cible) et relatives (rapport de la valeur régionale à la valeur cible). Les atlas de la mortalité évitable montrent l'exemple de la variable socioéconomique du revenu disponible, critère du pouvoir d'achat net fondé sur la consommation finale par habitant.

- Il faut que les acteurs parviennent à un large consensus. L'élaboration d'une politique de santé nécessite que le besoin d'agir soit reconnu et qu'il existe une volonté politique de la mettre en œuvre.
- Les cibles (ou buts) doivent être limitées à un nombre raisonnable. Il a été largement reconnu que les 38 buts initialement convenus par l'OMS étaient trop nombreux, et que les 21 buts qui les ont remplacés l'étaient peut-être également. La plupart des programmes nationaux et régionaux se concentrent sur un nombre de cibles (ou buts) compris entre 5 et 10.
- Tout plan doit être fondé sur une efficacité démontrée. Bien qu'elles reposent fréquemment sur des preuves d'efficacité plus nombreuses qu'on ne le croit, les activités de promotion de la santé sont souvent mal évaluées et dépendent largement du contexte.
- Pour être atteintes, les cibles doivent être liées aux ressources.
- Une fois qu'un accord est atteint sur une stratégie fondée sur des cibles, des difficultés techniques demeurent. Pour définir des cibles, il faut connaître les caractéristiques de l'état de santé actuel d'une population, notamment les déterminants de la santé et les projections fondées sur les meilleurs modèles disponibles (52).

Les buts de la Santé pour tous (50) n'étaient généralement pas quantifiés et devaient être atteints dans les pays, et non au niveau régional, tandis que ceux de SANTÉ21 (4) tendaient à être trop spécifiques et avec le recul, étaient en grande mesure irréalisables.

## Base de données de la Santé pour tous

La base de données de la Santé pour tous (6) est l'élément fondamental du suivi des cibles (ou buts) et indicateurs européens et de la notification à leur propos. Largement utilisée dans la Région, elle couvre à présent 53 pays. Elle contient plusieurs centaines d'indicateurs et de statistiques sanitaires, notamment des données démographiques de base, des données sur l'état de santé des populations, les déterminants de la santé, les facteurs de risque, et les ressources, l'utilisation et les dépenses dans le domaine des soins. Compilées à partir de sources variées et actualisées deux fois par an, ces données servent à élaborer les atlas interactifs sur la santé dans la Région européenne (20).

En 2012, l'OMS/Europe a diffusé une nouvelle publication annuelle faisant rapport sur les indicateurs de base contenus dans la base de données de la Santé pour tous. En 2013, elle lancera un nouveau portail en ligne, qui permettra aux utilisateurs d'accéder à toutes les bases de données simultanément et à partir d'un emplacement unique, et de les analyser. Ces derniers bénéficieront de nouveaux outils de visualisation de données, notamment des tableaux et les atlas interactifs (encadré 10).

---

## Les cibles de Santé 2020 – s'appuyer sur la Santé pour tous et sur SANTÉ21 et les actualiser dans un contexte contemporain

---

### Consultation et approbation des cibles de Santé 2020

Lors de sa soixante et unième session, réunie à Bakou (Azerbaïdjan) en septembre 2011, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a approuvé des propositions suggérant que Santé 2020 :

- définisse un cadre d'action en vue de parvenir plus rapidement à une amélioration de l'état de santé et de bien-être pour tous ;
- soit adaptable aux différentes réalités qui constituent la Région ;
- énonce des cibles régionales à atteindre d'ici à 2020.

Le processus de définition des cibles a tenu compte des actions précédentes, de discussions participatives approfondies et de consultations écrites ; les résultats ont été approuvés par les organes directeurs de l'OMS à chaque étape. Lors de sa soixante-deuxième session tenue à Malte en septembre 2012, le Comité régional a approuvé le cadre politique Santé 2020, ses cibles générales et la nécessité de disposer de cibles et d'indicateurs spécifiques en vue du suivi de sa mise en œuvre d'ici à 2020 (53) (encadré 11).

Au cours de sa soixante-deuxième session, le Comité régional a procédé à un examen très approfondi des principes et des critères de sélection des cibles dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de Santé 2020, de même que des indicateurs types requis pour suivre les progrès et des éléments du cadre de suivi (53). Les cibles devaient incontestablement contribuer à définir l'orientation et les buts de la politique Santé 2020. Un travail considérable a de fait été accompli dans ce sens. S'exprimant au sujet du suivi et de la notification, le Comité régional a délivré un message essentiel : les informations sanitaires disponibles doivent être utilisées le plus possible ; par ailleurs, les cibles doivent être régionales et non nationales, les progrès étant notifiés au niveau européen. Les représentants des délégations des États membres tout comme ceux des ONG ont félicité l'OMS/Europe pour les efforts réalisés, et souligné qu'il fallait veiller à ce que les cibles et les indicateurs soient spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps (SMART, pour *specific, measurable, achievable, relevant and timely*).

Le Bureau régional réunira de nouveau le groupe d'experts ayant guidé le processus et à l'issue d'une nouvelle consultation large, soumettra la liste finale des indicateurs au CPR, puis au Comité régional, pour adoption en 2013.

Les principaux débats et décisions ayant marqué ce processus seront relatés ultérieurement dans ce chapitre.

## Définition de cibles – principes généraux et critères spécifiques

Les cibles ont souvent été associées à une vision réductrice du comportement et de la performance des systèmes, et aux dispositifs de pensée et de contrôle hiérarchiques. Pourtant, les recherches actuelles considèrent de plus en plus que les systèmes de santé sont caractérisés par la complexité et l'incertitude ; c'est pourquoi les cibles peuvent, dans ce contexte, aider à clarifier les attentes, stimuler la performance et accroître la responsabilisation. En outre, le concept « d'étalonnage collectif » (54) propose un processus participatif de définition de buts et de cibles, dans lequel les parties concernées sont redevables les unes vis-à-vis des autres, ce qui facilite l'amélioration globale. L'encadré 12 résume les points forts des cibles et les limites de leur utilité.

Encadré 11.  
Principales étapes de la consultation de 2011-2012

Date	Étape
Mai 2011	Le CPRC approuve l'élaboration de cibles et forme un groupe de travail du CPRC pour diriger les travaux sur les objectifs (cibles) et les indicateurs.
Novembre 2011	Les divisions techniques du Bureau régional proposent une longue liste de 51 cibles de haut niveau et indicateurs de suivi pour chaque domaine majeur de Santé 2020.
Janvier 2012	Sur la base de critères ayant fait l'objet d'un accord, le groupe de travail du CPRC réduit le nombre de propositions à une courte liste de 21 cibles.
Février 2012	Le Bureau régional mène des consultations approfondies, écrites et en face-à-face, avec les États membres au sujet des cibles. Il en résulte un cadre initial de 16 cibles potentielles et indicateurs associés, en grande partie tirés des systèmes existant de notification de données par les pays.
Avril 2012	S'appuyant sur les résultats des consultations, le Forum européen sur la politique de la santé pour hauts responsables de gouvernement propose six grands buts ou cibles générales au niveau régional, au cours de sa troisième réunion.
Mai 2012	Le CPRC exprime son plein soutien à l'entreprise de définition de cibles, approuve lui aussi les six cibles générales, accepte que celles-ci figurent dans tous les documents de Santé 2020 et confirme que les indicateurs permettront de suivre les progrès et les réalisations d'ici à 2020.
Septembre 2012	Le Comité régional approuve les six cibles régionales, reconnaît qu'il est nécessaire de quantifier et de disposer d'indicateurs détaillés, qui devront être déterminés dans le cadre de la résolution approuvant Santé 2020 (53).

Les cibles doivent être adaptables et évaluées dynamiquement. Dans le contexte de la mise en œuvre d'une politique, elles s'inscrivent dans une démarche heuristique qui donne une orientation concrète et utile pour l'évaluation et l'ajustement des activités en cours de progression. La disponibilité des données constitue un point essentiel. Le suivi des progrès accomplis en direction des cibles de santé dépend en effet de l'existence de données comparables, de qualité et de fiabilité raisonnables. Dans la pratique, cela représente souvent l'une des contraintes majeures. La disponibilité des données est l'un des critères du suivi des cibles de Santé 2020 au moyen d'indicateurs régionaux ou nationaux. Pourtant, l'expérience a également montré que la définition de cibles et la sélection d'indicateurs peuvent être un puissant facteur de motivation et d'innovation, incitant les pays à renforcer et/ou développer la collecte de données, et à intégrer la notification et la communication de rapports dans les systèmes nationaux de collecte systématique d'informations. Cela les encourage aussi à utiliser les données nouvelles et existantes pour façonner les politiques de santé publique, en élargissant notamment les politiques publiques de promotion de la santé. Dans certains pays, cette initiative a accéléré l'intégration, l'analyse et l'usage de données qui auparavant, n'existaient pas au plan national.

Ces difficultés ont été examinées par les groupes directeurs interne et externe pour Santé 2020, et par le Bureau régional dans le cadre de ses larges consultations avec les États membres et des experts. Des principes directeurs et des critères clairs d'utilisation des cibles ont donc été définis dans le cadre de Santé 2020. Les États membres ont convenu dès le début que les cibles seraient fixées au plan européen plutôt que national, ce qui amènerait à déclarer des moyennes régionales. Par conséquent, elles devaient être pertinentes pour l'ensemble de la Région, et importantes pour chaque État membre. Les cibles de niveau européen doivent inspirer et promouvoir l'apprentissage, la solidarité et la participation, notamment, mais pas seulement, sur les questions transfrontalières. En parallèle, les États membres sont encouragés à élaborer leurs propres cibles et leur stratégie nationale pour l'action, dans le contexte particulier de la formulation de politiques nationales de santé.

Par ailleurs, il était nécessaire de trouver un juste équilibre entre différents types de cibles, puisque les thèmes de Santé 2020 combinent des résultats, des déterminants, des facteurs de risque et des processus. Il est ainsi possible d'associer des cibles sur les apports (par exemple, les investissements, les capacités et les ressources) à des cibles de répartition dans un pays ou entre des pays, s'intéressant à la lutte contre les inégalités en santé (relatives et absolues, gradients et écarts) et encourageant un « nivellement par le haut » plutôt qu'une régression vers la moyenne.

Il était également important de demeurer réaliste et parcimonieux sans être simpliste, en créant par exemple un groupe de 5 à 10 cibles compréhensibles

et mesurables, peut-être quantitatives et qualitatives. La consultation avec les États membres et les organes directeurs a confirmé la nécessité de disposer de mécanismes de responsabilisation.

Les cibles devaient également faire référence explicitement aux conventions, cibles, stratégies et cadres mondiaux actuellement en vigueur, auxquels tous les pays ont adhéré, ou qu'ils ont signés, dans le cas de conventions et de traités. Dans le contexte contemporain, il était important d'être en harmonie non seulement avec les OMD, mais aussi avec les nouvelles cibles mondiales relatives aux maladies non transmissibles, entre autres questions mondiales et régionales.

Les cibles respectant les critères SMART ont plus de chances d'être réalisées que les buts généraux. Elles doivent être clairement exprimées et ne pas laisser place à l'ambiguïté. Pour qu'elles soient mesurables, des critères concrets doivent être établis pour mesurer les progrès accomplis. Et si l'on veut pouvoir les atteindre, elles doivent être réalistes et définies par rapport à un calendrier qui, assorti de

Encadré 12.  
Points forts et limites des cibles

Points forts	Limites
Les cibles sont un moyen concret d'exprimer une politique et de suivre une orientation, notamment de sensibiliser et d'encourager le soutien politique et organisationnel (les OMD par exemple).	Les cibles sont difficiles à aligner sur la stratégie.
Elles traduisent une perception scientifique de l'avenir, en termes d'améliorations réalisables concernant l'état de santé des populations.	La priorité risque d'être accordée aux cibles pouvant être facilement mesurées (« ce qui peut être mesuré peut être réalisé »).
Elles offrent aux acteurs concernés l'occasion d'apprendre.	Elles sont susceptibles de récupération bureaucratique – des éléments de bureaucratie organisationnelle justifient leur existence à l'aide d'une cible.
Elles sont considérées comme un outil de responsabilisation accrue et de renforcement de la communication.	Elles sont sensibles à la règle des rendements décroissants : atteindre les quelques derniers points de pourcentage d'une cible peut être très consommateur de ressources.
Elles peuvent être utilisées comme carte ou feuille de route par les partenaires.	Elles peuvent être comprises comme un « jeu » : gérer la cible plutôt que la tâche.
Elles servent de points de référence pour l'action quotidienne.	Lorsqu'elles sont trop nombreuses ou trop complexes, elles peuvent devenir lourdes et démotivantes.
Elles motivent à agir, créant ainsi un cercle vertueux.	Elles sont souvent exprimées en termes de moyennes (comme dans le cas des OMD), ce qui dissimule les problèmes de répartition ou d'équité qui seront fondamentaux dans Santé 2020.

### Encadré 13. Le groupe de travail du CPRC sur les objectifs et les indicateurs

Le groupe de travail du CPRC sur les objectifs et les indicateurs a convenu de son mandat au cours de sa première téléconférence. Il comporte les points suivants :

- finaliser le mode de fonctionnement du groupe de travail, qui comprend notamment une feuille de route ;
- résumer les résultats des discussions ayant eu lieu au sein du CPRC et de l'OMS/Europe, sur les cibles de Santé 2020, et étudier les expériences passées de définition de cibles ;
- convenir des méthodologies techniques à utiliser pour déterminer les cibles et les indicateurs, et mettre en particulier l'accent sur la recommandation d'un processus et d'une méthode de choix de cibles qualitatives ;
- identifier les questions importantes pour les présenter au Comité régional ;
- définir deux cibles de haut niveau pour chaque domaine majeur, et discuter puis proposer une à deux sous-cibles pour chaque cible de haut niveau ;
- pour chaque cible, chercher et proposer un ou plusieurs indicateurs conformes aux principes convenus et pour lesquels des informations sont disponibles ;
- accompagner la consultation des États membres, qui sera coordonnée par le Bureau régional ;
- proposer une version finale des cibles pour présentation durant la soixante-deuxième session du Comité régional, en lien avec le cadre politique définitif Santé 2020.

Le groupe de travail a coopté au besoin d'autres experts et entretenu des liens étroits avec les groupes chargés des recherches et des analyses devant appuyer la formulation de Santé 2020, notamment celui consacré à la mesure et aux objectifs et participant à l'Étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire en Europe. Chaque réunion du groupe de travail a débouché sur des recommandations claires visant à établir une liste plus restreinte de cibles et d'indicateurs potentiels correspondant aux trois grands domaines initialement définis dans le cadre de Santé 2020 :

- charge de morbidité et facteurs de risque ;
- personnes en bonne santé, bien-être et déterminants ;
- processus, gouvernance et systèmes de santé (47).

Le secrétariat du Bureau régional a collecté les contributions, les recommandations émises au sujet du processus et les cibles potentielles, pour les inclure dans les diverses consultations avec les États membres.

préférence de dates d'échéance, maintient la dynamique et augmente l'usage des cibles pour accélérer l'action collective. Les cibles sont considérées comme pertinentes lorsqu'elles représentent des objectifs auxquels une politique peut contribuer. Répétons-le : bien qu'elles relèvent d'une démarche heuristique, chacune d'elles doit représenter des progrès réels grâce à une mesure qualitative ou quantitative. Les critères SMART doivent de fait s'appliquer aux cibles qualitatives comme aux cibles quantitatives.

## Élaboration de cibles spécifiques pour Santé 2020

### Processus

La définition de cibles et d'indicateurs est un processus complexe. Les expériences précédentes, à savoir l'approche de la Santé pour tous dans les années 1980 et 1990, et plus récemment, le choix d'objectifs pour les OMD, ont montré qu'un dispositif bien organisé est nécessaire pour obtenir des résultats remplissant les critères SMART. Ce dispositif doit comporter un cadre de suivi, un système de notification structuré et des éléments d'interprétation des indicateurs ; il doit aussi préciser ce que signifie atteindre des cibles SMART pour la Région européenne. Le processus doit être participatif sans être trop complexe, ni difficile à gérer. Le CPRC a proposé de former un petit groupe de travail sur les objectifs et les indicateurs, composé des membres suivants :

- des experts des domaines concernés et de l'information sanitaire, issus des États membres (représentés au CPRC et au Forum pour hauts responsables de gouvernement) ;
- des responsables de l'OMS/Europe ;
- des membres du personnel du Bureau régional possédant une expertise dans le domaine de la définition de cibles et d'objectifs et de l'information sanitaire.

En collaboration étroite avec le secrétariat de l'OMS, les États membres ont participé aux délibérations techniques, ainsi que le CPRC l'avait proposé en mai 2011. Ont été désignés pour ce groupe de travail les représentants des États membres suivants : Andorre (précédent président du CPRC), ex-République yougoslave de Macédoine (ancien président du CPRC), Pologne, Royaume-Uni, Suède (qui a présidé le CPRC ultérieurement), Turquie et Ukraine. Le groupe était coprésidé par le représentant d'un État membre (la Suède) possédant une expérience exhaustive des domaines concernés et la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe. Il s'est réuni par vidéo ou téléconférence tous les mois ou tous les deux mois, et en face-à-face lors des réunions du CPRC et du Comité régional. Son mandat est détaillé dans l'encadré 13.

## Les cibles de Santé 2020

Ainsi qu'il a été indiqué, le Comité régional a adopté le texte citant les six grands buts ou cibles générales et convenu d'élaborer des indicateurs pour évaluer la réussite de la mise en œuvre de Santé 2020 en Europe. Les cibles présentent l'avantage d'être inextricablement liées aux objectifs stratégiques et aux priorités politiques de Santé 2020. Les raisons pour lesquelles elles ont été choisies sont soit qu'elles vont dans le sens des activités actuelles de définition de cibles mondiales, comme par exemple, dans le domaine des maladies non transmissibles, soit qu'elles prolongent et actualisent des stratégies et des méthodes antérieures de fixation d'objectifs européens déjà acceptées ou convenues par les États membres de la Région.

Les cibles générales sont les suivants :

1. réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020 ;
2. augmenter l'espérance de vie en Europe ;
3. limiter le manque d'équité en matière de santé en Europe ;
4. améliorer le bien-être des populations de la Région européenne ;
5. parvenir à la couverture universelle en Europe ;
6. les États membres fixent des cibles nationales.

Le tableau 2 montre les relations existant entre les domaines couverts par les cibles de Santé 2020, et ceux des buts de la Santé pour tous et de SANTÉ21.

Bien que les progrès accomplis en direction des cibles générales doivent être notifiés au niveau de la Région, la plupart des interventions seront menées au plan national. La sixième cible exprime cela explicitement, et fait allusion à l'intégration de la définition de cibles par de nombreux pays européens dans leur politique de santé nationale (encadré 14).

---

## Déterminer les modes de définition des niveaux des cibles et des indicateurs

Une fois les domaines convenus, l'étape suivante consiste à déterminer les niveaux des cibles et les indicateurs devant permettre le suivi des progrès vers la réalisation de celles-ci. Étant donné que le directeur régional de l'OMS pour l'Europe doit rendre compte des progrès accomplis vers la réalisation des cibles en termes de moyennes européennes, les cibles régionales doivent bénéficier des informations issues du suivi des indicateurs au plan national.

En juin 2012, le Bureau régional a organisé une réunion spéciale pour un groupe d'experts chargé de déterminer des indicateurs (56). Celui-ci a convenu des

critères de principe devant guider le choix des indicateurs dans 5 des 6 domaines (bien-être exclu). Les indicateurs doivent :

- être collectés systématiquement et, si possible, être simples et d'application peu onéreuse pour les États membres (le plus souvent, ils doivent être déjà utilisés dans des bases de données internationales) ;
- être extrêmement solides et valides, pour pouvoir mesurer la réalisation de la cible ;
- inspirer les options politiques, pour soutenir les décisions prises sur les priorités ;
- pouvoir être ventilés au plus bas niveau régional ou sous-national possible, pour faciliter le suivi des différences régionales dans et entre les États membres ;

Tableau 2.  
Domaines couverts par les cibles générales de Santé 2020 et par les cibles et buts européens antérieurs

Domaines cibles de Santé 2020	Cibles générales de Santé 2020	Cibles ou buts similaires	
		Santé pour tous (50)	SANTÉ21 (4)
Charge de morbidité et facteurs de risque	1. Réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020	Pas de cible ou de but directement équivalent, mais des équivalences indirectes : but sur la réduction de la mortalité du nouveau-né, de l'enfant et de la mère, et sur le vieillissement en bonne santé	Buts portant sur la mortalité prématurée dans divers chapitres, notamment les jeunes, la sécurité routière, les maladies transmissibles et non transmissibles
Personnes en bonne santé, bien-être et déterminants	2. Augmenter l'espérance de vie en Europe	« D'ici à 2000, l'espérance de vie à la naissance dans la Région devrait atteindre au moins 75 ans ; la santé de toutes les personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'améliorer durablement et continuellement »	« D'ici 2020, [...] il faudrait réduire d'au moins 30 % l'écart en matière d'espérance de vie entre le tiers des États membres ayant l'espérance de vie la plus élevée et le tiers des États membres ayant l'espérance de vie la plus faible »
	3. Limiter le manque d'équité en matière de santé en Europe (objectif des déterminants sociaux)	« D'ici 2000, les différences réelles en matière de situation sanitaire entre pays et entre groupes au sein d'un même pays devraient avoir diminué d'au moins 25 % ; les personnes handicapées devraient pouvoir mener une existence socialement, économiquement et mentalement satisfaisante »	« D'ici 2020, [...] il faudrait réduire d'au moins 25 % l'écart d'espérance de vie entre groupes socioéconomiques ; les valeurs des principaux indicateurs de morbidité, d'invalidité et de mortalité devraient être plus équitablement réparties entre les différents groupes socioéconomiques »
	4. Améliorer le bien-être des populations de la Région européenne (sera précisée en 2012-2013)	« D'ici 2000, tout le monde devrait avoir la possibilité de développer et d'utiliser son propre potentiel de santé afin de mener une existence socialement, économiquement et mentalement satisfaisante »	« D'ici 2020, il faudrait améliorer le bien-être psychosocial de toute la population »
Processus, gouvernance et systèmes de santé	5. Parvenir à la couverture universelle en Europe	Formulé par rapport à l'accès aux soins, en particulier les soins de santé primaires, sans qu'ils représentent une charge financière pour les ménages	« D'ici 2010, les systèmes de financement des soins de santé devraient garantir une couverture universelle, la solidarité et la viabilité ».
	6. Les États membres fixent des cibles nationales	Soutien à la définition de buts et à l'information sanitaire dans les pays, notamment les indicateurs et les systèmes d'information appropriés au niveau national	Une grande partie des buts étaient également définis pour le niveau national.

- pouvoir être stratifiés par âge et par sexe, et si possible, en fonction de l'appartenance à un groupe ethnique ou à un groupe vulnérable, et des caractéristiques socioéconomiques ;
- être disponibles dans la majorité des États membres.

C'est pour toutes ces raisons que les informations sanitaires systématiquement collectées par les pays doivent être utilisées autant que possible ; on évitera également d'entreprendre de nouvelles collectes de données.

### Méthodes de détermination des niveaux des cibles

Les procédures techniques utilisées pour déterminer un niveau de cible et choisir des indicateurs existants ou en élaborer de nouveaux varient selon les objectifs que l'on cherche à atteindre. Il existe plusieurs approches à cet égard qui se distinguent par les données et bases factuelles requises, ainsi que par la complexité de la méthode de calcul (voir encadré 15 sur la définition des niveaux des cibles et d'indicateurs pour les maladies non transmissibles). Les sections ci-dessous présentent des méthodes alternatives appliquées au premier domaine cible : la charge de morbidité et les facteurs de risque.

#### Méthode contrefactuelle

Cette méthode est fondée sur la comparaison entre un minimum biologiquement réalisable ou théorique et la réalité, sur la base des informations disponibles. En 1999, Murray et Lopez (57) la décrivaient comme étant une taxonomie des répartitions des expositions contrefactuelles qui aident à représenter les options possibles pour la mise en œuvre d'une politique. Les répartitions calculées correspondent à différents minimums pour les facteurs de risque ou cibles décrits : minimum théorique, minimum plausible, minimum réalisable et minimum présentant un bon rapport coût-efficacité. Pour ce domaine cible, la méthode considère qu'une certaine charge de morbidité est inévitable, quel que soit l'environnement (favorable ou non).

#### Analyse des tendances

Fréquemment utilisée, cette méthode nécessite l'observation des tendances et la réunion de données à ce sujet par zones géographiques, soit au sein des pays, ou entre eux, ou entre groupements de pays, soit en fonction des caractéristiques sociales, économiques ou démographiques de la population, telles que le sexe, le niveau d'instruction ou le groupe professionnel. Elle sert de base pour l'étude de l'évolution des grands déterminants de la santé, des facteurs de risque et des résultats sanitaires ou effets sur la santé entre différents groupes. Il est ainsi possible de définir une cible dans le but de diminuer les différences de taux entre des groupes de pays.

#### Encadré 14. Étude de cas : les cibles en action en Autriche (55)

Le ministère fédéral autrichien de la Santé a défini dix cibles cadres dans le domaine de la santé, à l'issue d'un processus de consultation large et exhaustif mené en 2011 et 2012. Une commission chargée de l'élaboration des cibles a été mise sur pied ; elle comprenait des représentants de près de 40 administrations publiques aux niveaux fédéral, régional et local (et couvrant différents secteurs politiques), des partenaires sociaux et des représentants du système de protection sociale, des experts du système de santé et des professionnels des soins, des représentants d'institutions du système de santé et d'aide sociale, et de parents, d'enfants, d'adolescents, de personnes âgées et de personnes socioéconomiquement défavorisées.

Les citoyens intéressés pouvaient prendre part au processus grâce à une plate-forme en ligne leur permettant de soumettre leur contribution au départ, et leur réaction sur les projets de cibles à la fin du processus. Deux grandes conférences ont été organisées, l'une pour lancer le processus en mai 2011, et l'autre pour présenter les projets de cibles sanitaires en mai 2012, afin d'impliquer le grand public et d'inclure davantage d'experts de la santé.

Les cibles couvrent des domaines très larges : de la salubrité de l'environnement et de l'équité à l'instruction en santé, de la cohésion sociale et des modes de vie sains aux soins de santé, et de la santé de l'enfant et de la nutrition à la promotion de la santé psychosociale. La cible générale vise à augmenter l'espérance de vie en bonne santé de 2 ans au cours des 20 prochaines années. Suite à l'approbation de la Commission fédérale de la santé et à l'adoption d'une résolution au conseil des ministres en juillet 2012, l'Autriche détermine actuellement les indicateurs appropriés à chacune des dix cibles et met au point un plan de mise en œuvre et de notification sanitaire, qui sera assorti de mesures contraignantes. Le même groupe intersectoriel d'institutions et d'acteurs politiques et sociaux sera désigné comme conseil de suivi des cibles, dans un but de mise en œuvre et d'évaluation.

### Autres méthodes

Il existe de nombreuses autres méthodes qui permettent notamment d'affiner davantage la définition des cibles. L'une d'entre elles repose sur la mise en commun des études sur les interventions : celles qui examinent et quantifient l'effet des interventions (notamment leur rapport coût-efficacité) de divers pays d'Europe peuvent être regroupées, et la réduction en pourcentage du résultat de l'intervention peut alors être utilisée pour quantifier la cible.

Ces méthodes sont importantes car elles sont directement liées aux options politiques.

Les évaluations comparatives des risques offrent une autre approche : ces études examinent et quantifient l'effet des facteurs de risque sur la maladie et prédisent le développement de la charge des maladies sur la base de prévisions comprenant des changements dans le temps des déterminants. Il existe une abondante littérature sur ce sujet, en particulier en Europe.

---

## Définition des niveaux des cibles et choix des indicateurs de suivi des progrès d'ici 2020

En juin 2012, la réunion du groupe d'experts a permis de proposer un ensemble préliminaire d'indicateurs potentiels de suivi pour les six cibles générales (56). Les principaux points d'accord définis pendant cette réunion doivent être compris à la lumière des indicateurs actuellement disponibles dans la base de données européenne de la Santé pour tous et un certain nombre d'autres sources.

- On doit définir un ensemble d'indicateurs de base pour lesquels des données doivent être disponibles dans toute la Région européenne ; les pays doivent pouvoir étendre cette liste et utiliser les autres indicateurs existants.
- Les États membres doivent fournir des informations sur les indicateurs de base et se reporter à la liste étendue si des ressources sont disponibles.
- Il est nécessaire d'ajouter une dimension de responsabilisation que peut d'ailleurs procurer la liste des indicateurs de base

Les États membres ayant convenu que la date de référence pour le suivi des cibles de Santé 2020 doit être fixée à 2010, cela offre une fenêtre de dix ans pour le suivi et la notification des progrès.

Se fondant sur les critères proposés pour suivre les progrès, le groupe d'experts a suggéré un niveau de cible pour chacun des grands domaines cibles et élaboré deux ensembles d'indicateurs à discuter ultérieurement (tableau 3) : des indicateurs de base qui satisfont tous ou presque tous les critères ; et des indicateurs supplémentaires, parmi lesquels les États membres peuvent

choisir ceux qui leur semblent les plus pertinents, ou en proposer d'autres si nécessaire.

Les indicateurs proposés par le groupe d'experts sont en fait des paramètres substituables. Après la session de 2012 du Comité régional, l'OMS/Europe a entamé des consultations approfondies avec les États membres pour définir la version finale des indicateurs associés aux cibles convenues, et la soumettre au

#### Encadré 15.

#### Exemples de méthodes de définition des niveaux des cibles et des indicateurs appliquées aux maladies non transmissibles

##### Méthode contrefactuelle

Il est possible de choisir un indicateur de la mortalité prématurée due aux maladies de l'appareil circulatoire qui, d'ailleurs, est un domaine cible de la lutte contre les maladies non transmissibles. Notons que la mortalité prématurée est un indicateur utilisé à des fins d'illustration uniquement et qu'il peut s'avérer inapproprié dans la mesure où il exclut les personnes âgées en tant qu'important groupe de population vulnérable. La cible peut être formulée de différentes façons, parmi lesquelles :

- d'ici 2020, une baisse d'au moins 1,5 % par an de la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire dans la Région européenne, les baisses les plus importantes devant avoir lieu dans les pays où les taux sont actuellement les plus élevés ; ou
- une baisse de la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire dans la Région jusqu'à atteindre la moyenne sous-régionale actuellement

la plus basse. Cette formulation se traduirait immédiatement par une cible quantifiée, puisqu'elle imposerait à la Région européenne de passer, d'ici 2020, du taux moyen de 100 décès pour 100 000 habitants en 2010 à un taux actuellement observé au sein de la Région.

L'indicateur pour cette cible pourrait donc être défini ainsi : « taux de mortalité standardisé selon l'âge due aux maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants, 0-64 ans ». La figure ci-dessous présente ce taux pour tous les pays de la Région européenne, de même que les taux moyens des sous-groupes de pays précédemment utilisés au sein de la Région européenne :

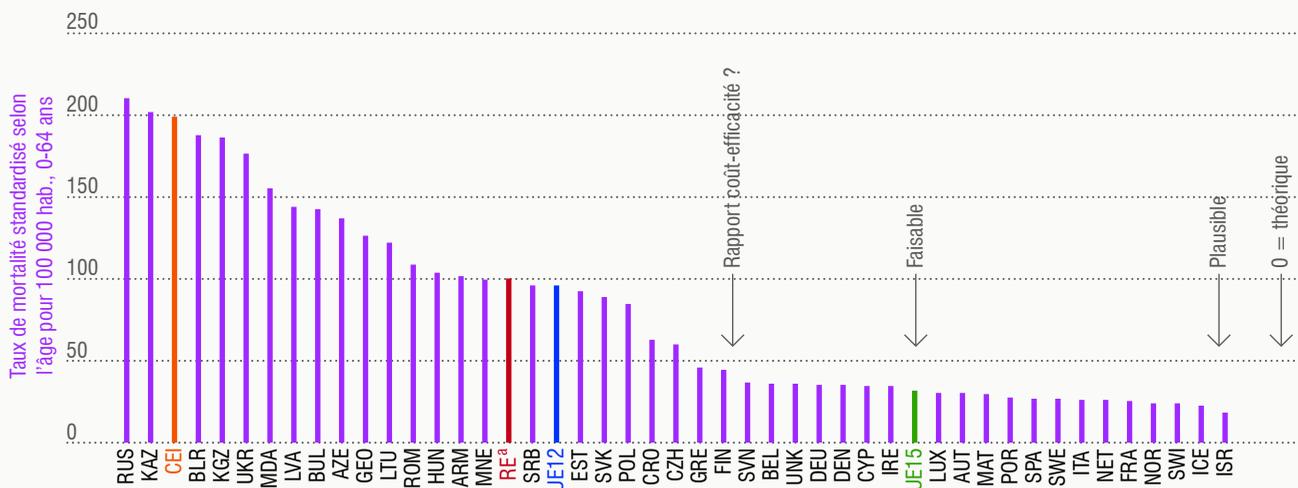
- les 15 pays membres de l'UE avant le 1<sup>er</sup> mai 2004 (UE<sub>15</sub>) ;
- les 12 pays ayant adhéré à l'UE depuis mai 2004 (UE<sub>12</sub>) ;

- la Communauté des États indépendants (CEI) jusqu'en 2006 (voir annexe 1 pour de plus amples informations).

Un taux de mortalité standardisé selon l'âge égal à zéro serait un taux minimum théorique à atteindre, mais il n'est pas physiologiquement plausible. Il est pourtant possible d'argumenter en affirmant que dans des conditions et un environnement appropriés, tous les pays d'Europe devraient pouvoir atteindre le taux le plus bas (dans le cas présent, celui d'Israël), car il correspond à une réalité biologique, ce qui le rend plausible ; ou bien, comme noté plus haut, ils devraient pouvoir atteindre la moyenne sous-régionale actuelle la plus basse (dans le cas présent, celle de l'UE<sub>15</sub>), puisqu'elle est déjà observée, donc réalisable.

Sinon, on peut aussi avancer que les pays possédant les taux les plus élevés devraient être capables

Mortalité prématurée due aux maladies de l'appareil circulatoire dans les pays et les sous-régions de la Région européenne, dernières données rapportées, 2006-2010



Comité régional de 2013. Des discussions ont été engagées pendant toutes les réunions des organes directeurs et une consultation écrite a été réalisée en ligne.

Pour stimuler le débat sur les indicateurs pertinents des cibles générales approuvées de Santé 2020, certains indicateurs proposés par le groupe d'experts sont utilisés dans le cas présent pour illustrer une base de référence, notamment les tendances de quatre de ces cibles. Un cadre de suivi de l'un des indicateurs est également proposé.

d'atteindre le taux moyen de la Région dans son ensemble. Pour discuter d'un minimum présentant un bon rapport coût-efficacité, il est nécessaire de disposer de davantage d'informations extraites des études sur les interventions. Le choix de la norme (souvent appelée le contrefactuel), par rapport à laquelle les progrès seront comparés et la cible sera définie, sera effectué en sollicitant des opinions expertes, en recherchant un consensus ou par d'autres méthodes (décrites ci-dessous).

Sur cette figure, le taux national le plus élevé est plus de 10 fois supérieur au taux le plus bas, et plus de 2 fois supérieur à la moyenne de la Région européenne. La réduction en pourcentage de la cible varie selon le taux utilisé comme contrefactuel ou taux cible. Un indicateur positif peut également être utilisé, s'appuyant sur l'espérance de vie plutôt que sur la mortalité ; le contrefactuel choisi pour effectuer des comparaisons régionales serait alors l'espérance de vie la plus élevée de la Région.

D'autres étapes seraient encore nécessaires pour parvenir à une quantification valable. Par ailleurs, si de nombreux facteurs expliquent les différences de taux, la mortalité globale constitue un paramètre important dans la mesure où des taux peu élevés de mortalité due à une cause spécifique peuvent ne refléter que les taux élevés de mortalité concurrente due à d'autres causes évitables.

#### Analyses de tendances

Une autre illustration de la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire montre comment l'évolution des taux et les tendances à cet égard peuvent être utilisées pour parvenir à une cible dans le domaine, cette fois, des inégalités. La figure révèle comment la mortalité prématurée due aux maladies de l'appareil circulatoire a évolué en Europe. Elle démontre que les différences de taux entre les pays de la Région ont augmenté, en particulier au cours de ces 20 dernières années. Ce constat peut amener à formuler une cible définie de la manière suivante : « une réduction de X % des inégalités de mortalité due aux maladies

de l'appareil circulatoire au sein de la Région européenne ». L'indicateur serait alors « la différence proportionnelle de mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire entre les pays présentant les taux les plus élevés et ceux présentant les taux les plus faibles ». Sinon, il est possible de définir une cible visant à « réduire de X % le différentiel de mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire entre certains sous-groupes de pays (qu'il reste à déterminer) » ; il existe de nombreuses options différentes. Dans les deux cas, la réduction en pourcentage doit être fixée avec l'accord des États membres.

Il est nécessaire de procéder à d'autres analyses pour décider si une cible quantifiée est réaliste. Celles-ci impliquent d'examiner les corrélations à l'aide de variables explicatives, en particulier celles qui sont susceptibles de réagir aux interventions, ou d'analyser les quintiles, s'agissant des points communs des pays situés dans le meilleur quintile. Cela requiert une connaissance plus précise de l'efficacité des interventions visant à lutter contre une maladie ou à diminuer les facteurs de risques/déterminants. Cette analyse étudierait les points communs des pays, sous-groupes ou régions présentant les taux les plus élevés et les plus bas.

#### Regroupement des études sur les interventions

Prenons un exemple hypothétique : si l'usage intensif de statines et certaines améliorations des systèmes de santé ont abouti à une baisse de 5 % de la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire dans certains pays, une cible potentielle pourrait viser la réduction de 5 % des taux de mortalité prématurée due à ces maladies.

#### Évaluations comparatives des risques

Voici un autre exemple hypothétique. Si la baisse du tabagisme a été suivie d'une réduction de 10 % de la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire dans certains pays, une cible potentielle pourrait viser la diminution de 10 % des taux de mortalité prématurée due à ces maladies.

Tendances de la mortalité prématurée due aux maladies de l'appareil circulatoire dans les pays et sous-régions de la Région européenne, 1980-2010 (taux standardisé selon l'âge pour 100 000 hab., 0-64 ans)

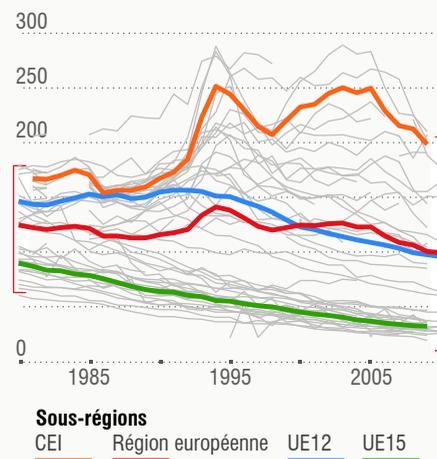


Tableau 3.  
Suivi des progrès en vue de la réalisation de Santé 2020

Cibles générales de Santé 2020	Principaux domaines cibles	Indicateurs de base proposés	Autres indicateurs potentiels
1. Réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020	<p>1.1. Réduire de 1,5 % par an, en valeur relative, la mortalité globale due aux maladies de l'appareil circulatoire, aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques d'ici 2020</p> <p>1.2. Réaliser et maintenir l'élimination de certaines maladies à prévention vaccinale (poliomyélite, rougeole, rubéole, prévention du syndrome de rubéole congénitale)</p> <p>1.3. Réduction de 30 % des traumatismes dus aux accidents de la route d'ici 2020</p>	<p>1.1.a) Taux de mortalité standardisé selon l'âge toutes causes confondues pour 100 000 habitants, ventilé par sexe et grandes causes de décès</p> <p>1.1.b) Prévalence des grands facteurs de risque, notamment ceux mentionnés dans le cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles</p> <p>1.1.c) Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes</p> <p>1.2.a) Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole, la poliomyélite et la rubéole</p> <p>1.3.a) Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour 100 000 habitants, toutes causes externes confondues</p>	<p>a) Mortalité globale et prématurée due à quatre grandes maladies non transmissibles, par sexe (maladies de l'appareil circulatoire, cancers, diabète et maladies respiratoires chroniques)</p> <p>b) Tabagisme quotidien chez les 15 ans et plus en 2020</p> <p>c) Consommation d'alcool</p> <p>d) Surpoids/obésité</p> <p>e) Accidents de transport</p> <p>f) Intoxications accidentelles</p> <p>g) Intoxication alcoolique</p> <p>h) Suicides</p> <p>i) Chutes accidentelles</p> <p>j) Homicides et agressions</p>
2. Augmenter l'espérance de vie en Europe	2.1. Poursuite de la hausse de l'espérance de vie au taux actuel, associée à une baisse de 50 %, ou de 25 à 30 %, des écarts observés entre les populations européennes en matière d'espérance de vie d'ici 2020	2.1.a) Espérance de vie à la naissance	<p>a) Espérance de vie à la naissance et à 1, 15, 45 et 65 ans</p> <p>b) Espérance de vie en bonne santé à la naissance et à 65 ans</p>
3. Limiter le manque d'équité en matière de santé en Europe (objectif des déterminants sociaux)	3.1. Réduire l'écart entre l'état de santé des groupes touchés par l'exclusion sociale et la pauvreté, et celui du reste de la population	<p>3.1.a) Pourcentage d'abandons scolaires précoces</p> <p>3.1.b) Pauvreté, notamment dans des groupes particuliers (enfants, personnes âgées)</p> <p>3.1.c) Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes</p> <p>3.1.d) Indicateur qualitatif sur l'établissement d'une politique nationale de lutte contre le manque d'équité en santé</p> <p>3.1.e) Espérance de vie</p> <p>3.1.f) Coefficient de Gini</p> <p>3.1.g) Indice du développement humain</p> <p>3.1.h) Taux de suicide/homicide</p> <p>3.1.i) Taux de grossesses adolescentes</p>	<p>a) Taux de scolarisation dans l'enseignement primaire (en %)</p> <p>b) Pourcentage d'enfants exposés au risque de pauvreté</p> <p>c) Espérance de vie par sexe et lieu de résidence (zone rurale/urbaine)</p> <p>d) Indice du développement humain – corrigé pour tenir compte du manque d'équité</p>
4. Améliorer le bien-être des populations de la Région européenne	À développer en 2012-2013	<p>4.1.a) Prévalence de l'obésité chez l'enfant</p> <p>4.1.b) À développer (notamment santé mentale, problèmes de santé, mortalité, dont les taux de suicide ; mesures objectives et subjectives)</p>	a) Taux de participation à l'emploi des personnes présentant des troubles mentaux
5. Couverture universelle et « droit à la santé » en Europe	5.1. Financer des systèmes de soins de santé garantissant une couverture universelle, la solidarité et la viabilité d'ici 2020	<p>5.1.a) Paiements directs aux prestataires par les ménages exprimés en pourcentage des dépenses totales de santé</p> <p>5.1.b) Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole, la poliomyélite et la rubéole</p> <p>5.1.c) Bébés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (&lt; 2,5 kg)</p> <p>5.1.d) Dépenses de santé par habitant (en pourcentage du PIB)</p>	a) Davantage d'informations sur l'indicateur des paiements directs
6. Les États membres fixent des cibles nationales	6.1 Les processus nationaux de définition des cibles sont mis en place, et les cibles sont formulées	<p>6.1.a) Indicateur qualitatif décrivant à la fois le processus et la formulation</p> <p>6.1.b) Indicateur qualitatif sur l'adoption de l'approche de la santé dans toutes les politiques</p> <p>6.1.c) Indicateur qualitatif sur : i) l'adoption d'une politique nationale relative à Santé 2020 ; ii) le plan de mise en œuvre ; et iii) le mécanisme de responsabilisation</p>	

## Cible 1. Réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020

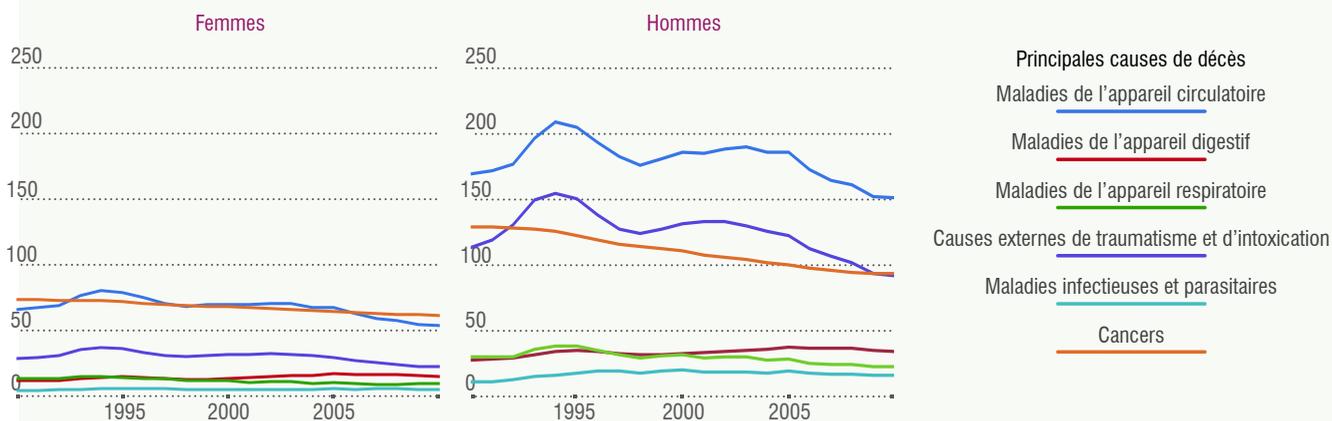
Les principaux domaines cibles comprennent la réduction relative de la mortalité globale due aux maladies de l'appareil circulatoire, aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques ; l'élimination de certaines maladies à prévention vaccinale ; et la diminution des accidents de la route.

Indicateur : taux de mortalité standardisé selon l'âge toutes causes confondues pour 100 000 habitants, ventilé par sexe et grande cause de décès

Comme indiqué dans le chapitre 1, il existe d'importants écarts des taux de mortalité toutes causes confondues dans la Région européenne, bien que la moyenne globale ait diminué au cours des dernières années (figure 10, p. 11).

Pour cette cible, la mortalité prématurée (décès survenant avant l'âge de 65 ans), ventilée par sexe et grands groupes de causes de décès, a été proposée comme autre indicateur potentiel (figure 63). Les tendances dans la Région européenne montrent des différences d'ampleur importantes entre hommes et femmes, d'un rapport de deux ou plus pour tous les groupes de causes, et particulièrement marquées pour les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et les causes externes. Les schémas d'incidence des maladies divergent également : si les femmes sont à présent autant affectées que les hommes par les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers, elles le sont dans une moindre mesure par les causes externes. Les hommes sont beaucoup plus touchés par les maladies de l'appareil circulatoire que par tout autre groupe de causes, puis par les causes

Figure 63.  
Tendances de la mortalité prématurée par sexe et grands groupes de causes de décès dans la Région européenne, 1990-2010  
(taux standardisé selon l'âge pour 100 000 hab., 0-64 ans)



externes et par les cancers. Les tendances de la mortalité pour la plupart des groupes de causes sont à la baisse, mais à des rythmes différents, à l'exception des maladies de l'appareil digestif (liées pour la plupart aux maladies chroniques du foie et à la cirrhose).

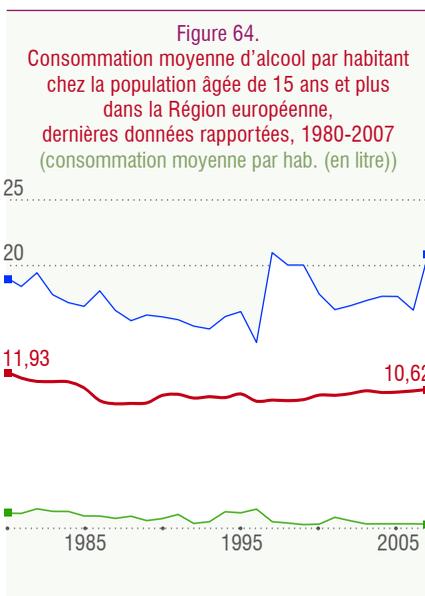
#### Indicateur : prévalence des grands facteurs de risque

L'un des indicateurs de base proposés est la prévalence des grands facteurs de risque de maladies non transmissibles, notamment le tabagisme et la consommation d'alcool. La prévalence du tabagisme régulier a diminué en Europe pour se rapprocher des 25 %. Néanmoins, les taux de prévalence ne sont pas enregistrés dans tous les pays, ce qui pose des problèmes de suivi.

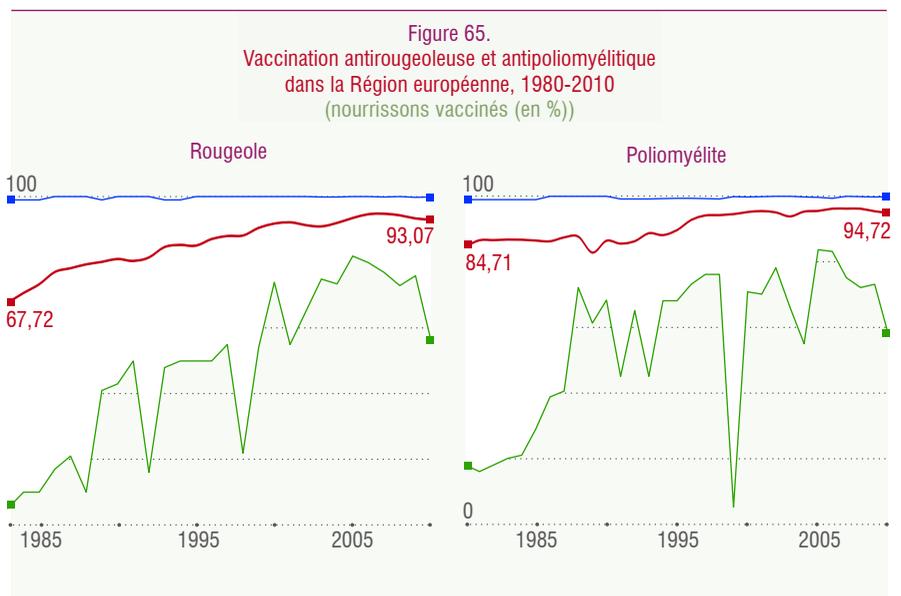
En revanche, les taux de consommation d'alcool ont connu une croissance particulièrement rapide dans certaines régions d'Europe, mais cette hausse est masquée par la moyenne globale de la Région européenne (figure 64). Elle est accompagnée de schémas similaires de mortalité due à des causes liées à l'alcool.

#### Indicateur : pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole, la poliomyélite et la rubéole

Pour réduire la mortalité prématurée, l'élimination durable de certaines maladies à prévention vaccinale constitue un domaine cible crucial. Les indicateurs potentiels de suivi sont ceux qui sont liés aux actions du système de santé, en particulier dans le domaine de la vaccination. Au cours de la dernière décennie, le pourcentage d'enfants protégés contre la rougeole et la poliomyélite a atteint des niveaux supérieurs à 90 % dans la Région européenne (figure 65). Les



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



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

niveaux sont légèrement plus importants en Europe orientale et en Asie centrale. Dans certains pays, la baisse récente des taux de vaccination crée des conditions favorables aux flambées épidémiques. Face à de tels scénarios, il sera nécessaire de redoubler d'efforts pour protéger efficacement la population.

**Indicateur : taux de mortalité standardisé selon l'âge pour 100 000 habitants, toutes causes externes confondues**

En raison de leur influence sur la mortalité, les accidents de la route (et les autres causes externes de décès) sont considérés comme un autre domaine cible pertinent. En 2010, les taux de mortalité due à des causes externes ont varié de 25 à 103 pour 100 000 habitants dans la Région, ce qui représente un rapport d'environ un à quatre (figure 35, p. 30). Les taux de mortalité due à des causes externes spécifiques varient aussi considérablement entre les pays (figure 66), comme indiqué dans le chapitre 1.

## **Cible 2. Augmenter l'espérance de vie en Europe**

Le domaine cible principal est la poursuite de la hausse de l'espérance de vie au taux actuel, associée à une réduction des écarts entre les populations.

**Indicateur : espérance de vie à la naissance**

Au cours de ces 30 dernières années, l'espérance de vie a augmenté en Europe à un rythme moyen annuel de 0,17 an (figure 4, p. 6). D'après les projections, elle atteindra près de 81 ans d'ici 2050 à un rythme similaire à celui des années 1980-2010 (7). Or, il existe d'importants écarts entre les groupes de pays. En 2010, par exemple, l'espérance de vie dans certains pays d'Europe occidentale a déjà atteint le niveau attendu dans l'ensemble de la Région en 2050, et s'élèvera à 85 ans en 2050. En revanche, dans d'autres pays, elle ne devrait atteindre que 75 ans d'ici 2050, c'est-à-dire le niveau observé dans l'ensemble de la Région européenne en 2010, ou le niveau déjà atteint par certains pays en 1985.

## **Cible 3. Limiter le manque d'équité en matière de santé en Europe (cible des déterminants sociaux)**

Ce domaine cible concernera la diminution des gradients et des écarts de santé entre les sous-groupes de population dans les pays. L'accent sera probablement mis sur les personnes victimes d'exclusion sociale et de pauvreté par rapport au reste de la population. Il sera notamment question des écarts observés entre les populations européennes en matière d'espérance de vie d'ici 2020.

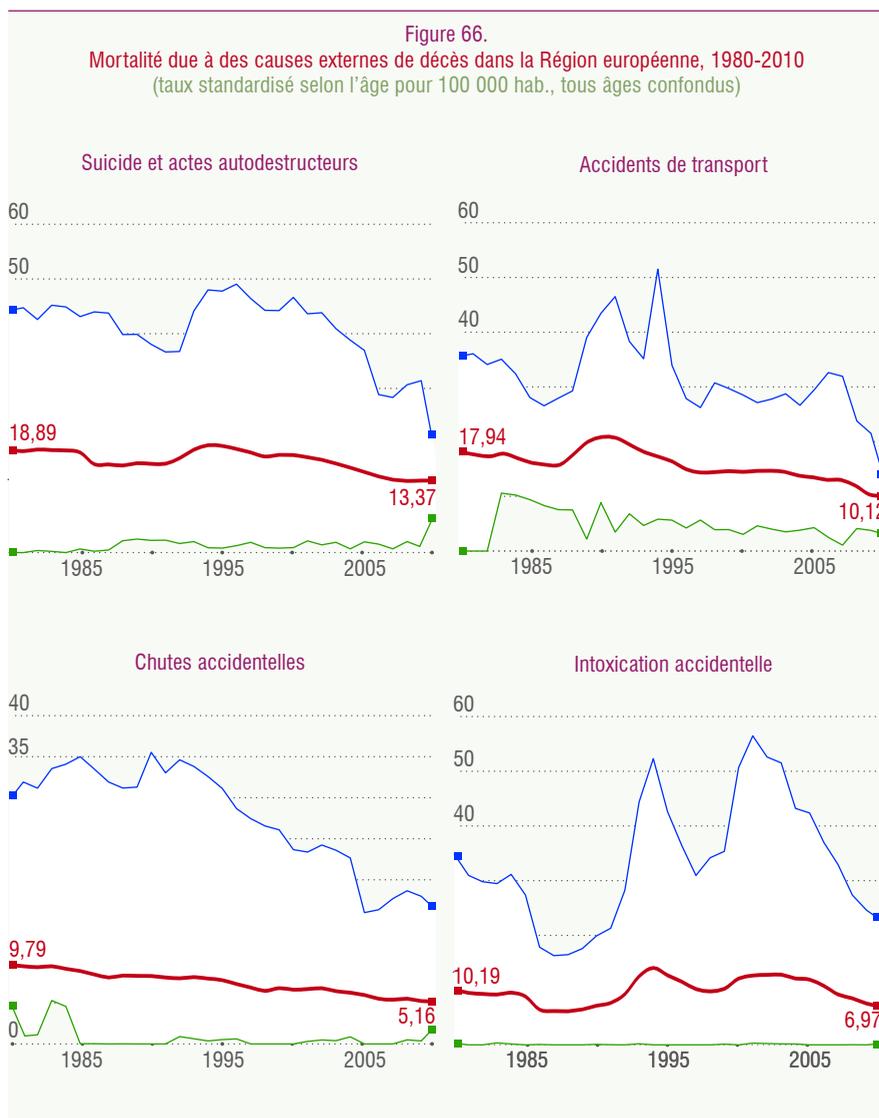
## **Cible 4. Améliorer le bien-être des populations de la Région européenne**

Ce domaine cible exige un nouveau travail considérable. Le Bureau régional a lancé une initiative menée par des experts internationaux et visant à mesurer et à

définir des cibles pour le bien-être. Les indicateurs proposés par ce groupe seront examinés de manière approfondie avec les États membres, comme indiqué dans le chapitre 3. Le groupe a suggéré que la prévalence de l'obésité chez l'enfant constitue l'un des indicateurs dans ce domaine.

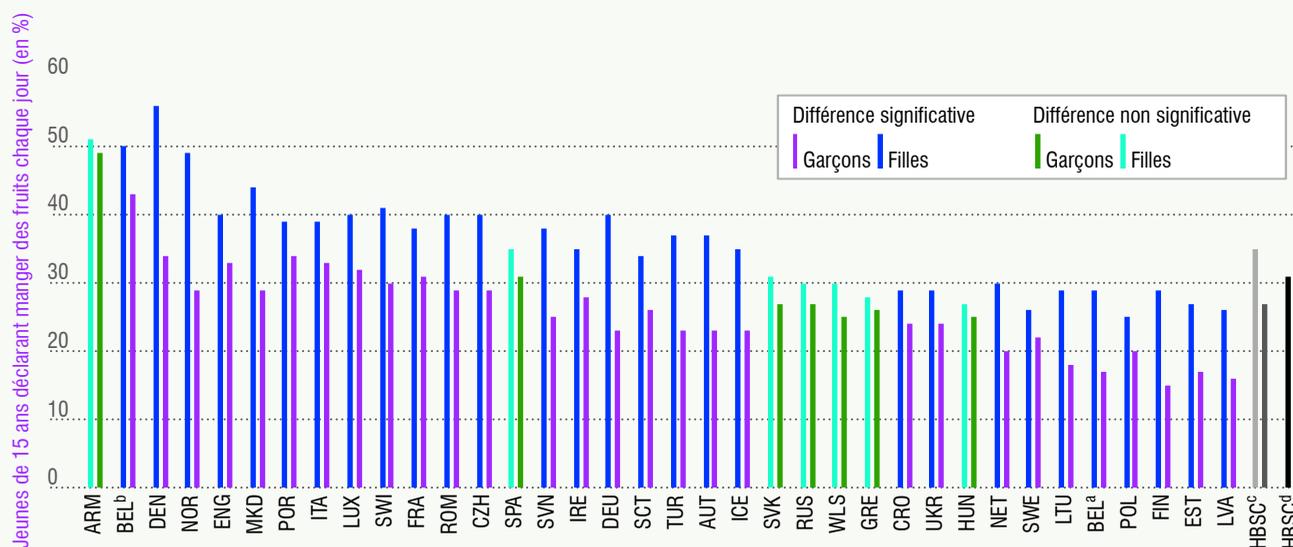
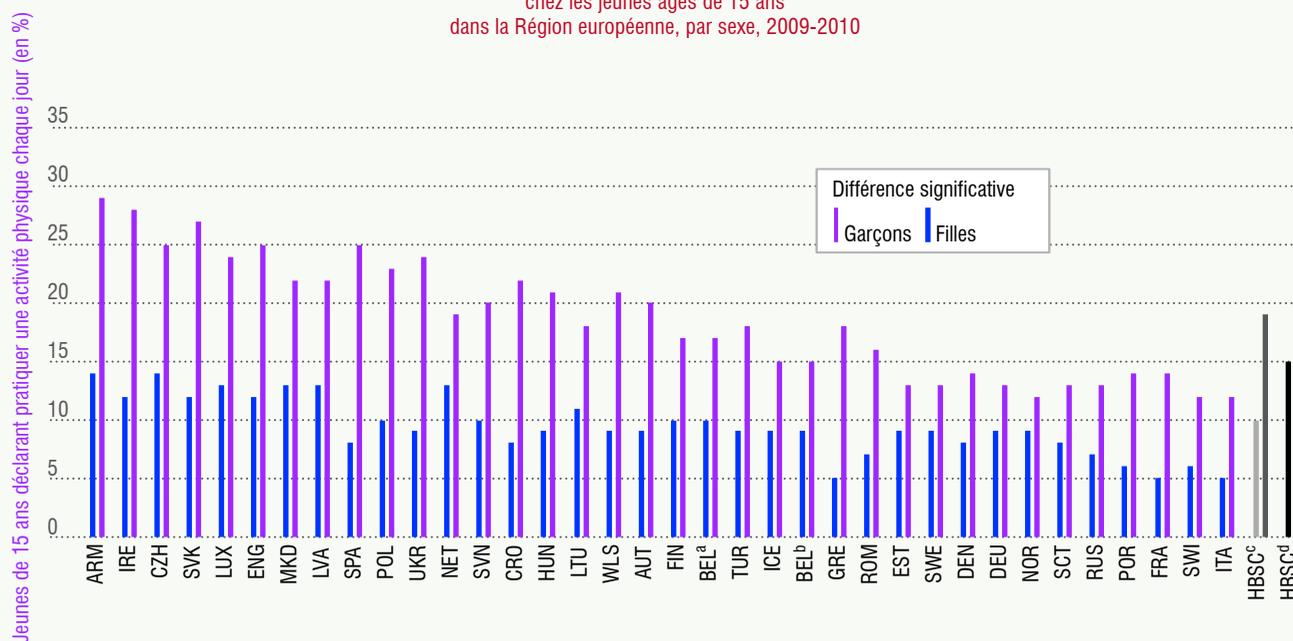
#### Indicateur : prévalence de l'obésité chez l'enfant

La disponibilité des données sur la prévalence de l'obésité ne progresse que lentement dans les pays européens ; en guise d'alternative, certaines mesures substitutives des comportements sanitaires peuvent être utilisées. La dernière enquête réalisée sur les enfants d'âge scolaire dans le cadre de l'étude HBSC fournit notamment des informations sur leur activité physique et



leurs habitudes nutritionnelles (40). Si 15 % des adolescents âgés de 15 ans déclaraient une pratique modérée à intensive d'une activité physique dans leur vie quotidienne (figure 67), les garçons étaient deux fois plus susceptibles de mener une telle activité que les filles (19 % contre 10 % respectivement). Le taux le plus élevé déclaré chez les garçons comme chez les filles était près de

Figure 67.  
Prévalence d'une activité physique modérée à intensive et de la consommation de fruits  
chez les jeunes âgés de 15 ans  
dans la Région européenne, par sexe, 2009-2010



trois fois supérieur au taux le plus bas. Pour ce qui concerne les comportements alimentaires sains, 31 % de l'ensemble des adolescents déclaraient manger des fruits chaque jour, mais ce taux était supérieur chez les filles (35 % des filles, contre 27 % des garçons). Les variations entre pays étaient considérables, de même que celles entre garçons et filles, qui atteignaient parfois un rapport de un à deux.

### Cible 5. Couverture universelle et « droit à la santé » en Europe

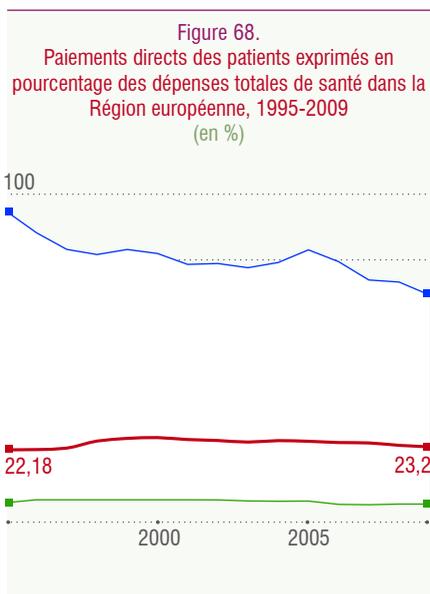
Les principaux domaines cibles concernent le financement des systèmes de santé pour garantir une couverture universelle ; pour que celle-ci soit réalisée d'ici 2020, solidarité et viabilité sont requises.

**Indicateur : paiements directs aux prestataires par les ménages exprimés en pourcentage des dépenses totales de santé**

Cet indicateur fournit des informations sur les dépenses de santé des ménages qui ne sont pas couvertes par un fonds mutualisé (alimenté par les impôts généraux ou les systèmes d'assurance) ; il s'agit d'un indicateur de base de la couverture universelle (qui représente l'une de ses trois dimensions). En 2009, le pourcentage moyen des paiements directs par rapport aux dépenses totales de santé s'élevait à 23 % dans la Région européenne (figure 68) ; mais il variait de 5,7 à 79,5 % selon les pays (soit un rapport de 1 à 14), comme indiqué au chapitre 1.

### Cible 6. Les États membres fixent des cibles nationales

Ce domaine cible, détaillé plus loin, rendra compte des processus mis en place ou renforcés par les États membres dans la Région européenne (voir l'exemple figurant dans l'encadré 14). La priorité sera probablement accordée à la mise à jour des actions actuelles et à l'ajout de nouveaux domaines en conformité avec la politique de Santé 2020, et pertinents pour les pays qui renforcent le suivi et la notification des cibles et des indicateurs au plan national. Par ailleurs, le Bureau régional soutiendra un échange des meilleures pratiques dans la Région.



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

## Suivi des cibles et indicateurs de Santé 2020

Le Bureau régional achève la mise au point d'un cadre de suivi des cibles et indicateurs de Santé 2020, en consultation avec les États membres. Les retours d'information de la session de 2012 du Comité régional indiquent que la mise en place des dispositifs suivants est souhaitée.

---

## Dispositifs de communication des données pour les États membres

Les dispositifs de communication des données existants doivent être utilisés dans la mesure du possible. Il s'agit notamment des informations introduites tous les ans ou deux fois par an dans la base de données de la Santé pour tous ou dans d'autres bases de données gérées par l'OMS/Europe, y compris la collecte de données en collaboration avec Eurostat et l'OCDE. Le Bureau régional aura la charge de suivre et de récolter les informations des bases de données et d'assurer qu'elles soient synthétisées, analysées et présentées aux États membres de façon appropriée.

### Plate(s)-forme(s) pour la communication des données des États membres

Les États membres n'ont pas à fournir d'informations supplémentaires, sauf si des données non systématiques sont nécessaires (éventuellement pour les cibles 4 et 6). Lorsque les indicateurs ne sont pas systématiquement collectés (soit par le système national de communication de données et d'établissement de rapports ou dans le cadre d'enquêtes régulières) et sont déjà communiqués à l'OMS, les estimations du Siège de l'OMS ou réalisées dans le cadre d'efforts conjoints avec les Nations Unies et acceptées par les États membres pourront dès lors être utilisées. L'OMS/Europe engagera des discussions avec les États membres pour déterminer les options susceptibles d'y parvenir, et consultera en permanence le CPRC.

Les plates-formes existantes, notamment pour la collecte annuelle des données de la base de données de la Santé pour tous (6), doivent être utilisées jusqu'à ce que la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation ait mis en place une plate-forme unique pour toutes les bases de données du Bureau régional. Ce projet pourrait voir le jour en 2013. Comme la collecte de données réalisées conjointement avec Eurostat et l'OCDE alimente ces dispositifs, toute communication supplémentaire de données serait superflue.

Cependant, au cours des prochaines années, la plate-forme doit être remplacée par le système intégré d'information sanitaire pour l'Europe, que le Bureau régional met en place en collaboration avec la Commission européenne et l'OCDE. Le Bureau régional envisage de lancer ce système avec les indicateurs de base requis pour le suivi de Santé 2020 et l'élaboration de rapports sur sa mise en œuvre, ce que tous les États membres accepteraient. Il poursuivra les discussions sur cette question importante avec la Commission européenne et l'OCDE, afin de convenir d'une voie à suivre en commun. En temps utile, le champ du système pourrait être élargi pour refléter les opportunités, les options et les accords conclus. Par exemple, le Bureau régional analyse actuellement le mode de transfert possible des plates-formes existantes vers une infrastructure électronique

en vue d'un nouveau système et transmettra régulièrement des informations aux États membres à ce sujet.

En ce qui concerne les indicateurs pour lesquels aucune information n'est systématiquement collectée à l'heure actuelle (comme les efforts consentis au niveau national à la définition de cibles et à la question du bien-être), ils peuvent être soutenus par les dispositifs existants. Le Bureau régional émet donc les propositions suivantes.

- Les programmes techniques du Bureau régional peuvent collecter des informations sur les indicateurs qualitatifs auprès des États membres au moyen de questionnaires succincts, nécessitant généralement une réponse affirmative ou négative. Des explications peuvent cependant être apportées, le cas échéant. Les membres du personnel du Bureau régional doivent mobiliser à ce sujet leurs homologues techniques dans les pays.
- Les indicateurs du bien-être élaborés en 2013 comprendront un ensemble de données systématiquement notifiées et d'informations autodéclarées ; ils nécessiteront également la communication de données supplémentaires. Le Bureau régional tiendra des consultations régulières avec les États membres et les organes directeurs de l'OMS sur la méthode de collecte des données dans ce domaine. À cette fin, il convient d'explorer les dispositifs existants (par exemple, les enquêtes réalisées par Gallup International ou d'autres groupes procédant à des enquêtes annuelles dans tous les pays européens). Le Bureau régional étudie ces options (qui ne devraient engendrer aucune charge supplémentaire, notamment financière, pour les pays) avec les fournisseurs concernés et mènera une consultation à ce sujet, à l'occasion par exemple des activités réalisées annuellement pour la base de données de la Santé pour tous.

---

### Synthèse des informations communiquées dans les Statistiques européennes de la santé et le rapport du directeur régional

Le Bureau régional propose de fournir tous les deux ans une synthèse de l'ensemble des données reçues par les dispositifs existants. Un chapitre spécial y serait consacré dans une nouvelle publication, provisoirement intitulée « European health statistics » (Statistiques européennes de la santé). Le Bureau régional procédera au préalable à une vaste consultation écrite auprès des États membres. Le rapport pourrait comprendre des analyses détaillées des données, qui seraient présentées dans des tableaux et des graphiques sous la forme de moyennes régionales, voire de nouvelles moyennes sous-régionales, de fourchettes présentant les valeurs minimales et maximales, ou de textes interprétatifs et de résumés d'orientation.

**Encadré 16.****Étude de cas : comparer la santé aux Pays-Bas à l'aide des Indicateurs de santé de la Communauté européenne**

Afin de réaliser une ambition affichée en 2006 de hisser de nouveau les Pays-Bas parmi les cinq premiers pays européens présentant la meilleure situation sanitaire, les autorités néerlandaises ont adopté une nouvelle approche de la prévention en santé. Pour disposer de données factuelles, le ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports a chargé le RIVM de rechercher les dernières informations disponibles sur la santé publique et d'établir une comparaison entre les Pays-Bas et les autres États membres de l'UE. Cet institut a publié en 2008 un rapport intitulé « Dare to compare » (Osons comparer, (58)), qui répondait aux questions suivantes.

- Quelle est la situation de la santé publique aux Pays-Bas, en particulier celle des jeunes et des personnes âgées, par rapport aux autres pays européens en général ? Lorsque cela est possible, les problèmes posés par les inégalités socioéconomiques seront abordés.
- Dans quelle mesure existe-t-il des données néerlandaises conformes aux spécifications de la liste réduite des Indicateurs de santé de la Communauté européenne, et quelles sont les principales lacunes et difficultés mises en évidence par la comparaison internationale fondée sur la liste réduite ?

L'examen de la liste réduite des Indicateurs de santé de la Communauté européenne a montré que les Pays-Bas figuraient parmi les cinq pays européens de tête pour certaines questions de santé publique, mais parmi les pays les plus mal classés pour d'autres. Cette hétérogénéité a montré qu'il était nécessaire de procéder à d'autres études des causes et des modèles. Le directeur du RIVM a soulevé des questions essentielles, par exemple sur les raisons pour lesquelles le pays était tellement efficace dans certains domaines, et sur les enseignements qui pouvaient être tirés en vue de mener une action politique sur les autres domaines moins performants.

Il est important de noter que le rapport était principalement destiné aux responsables politiques et aux professionnels de santé publique des Pays-Bas, et qu'il offrait une comparaison directe entre ce pays et les autres États membres de l'UE sur de nombreuses questions actuelles. Les thèmes traités concernaient notamment la situation sanitaire, les déterminants de la santé, la prévention et les soins, et la situation démographique et socioéconomique. Le rapport accorde également une attention particulière à la santé aux différents stades de la vie et s'intéresse aux enfants, aux jeunes et aux personnes âgées.

Pour compléter cette publication bisannuelle, le directeur régional de l'OMS pour l'Europe inclura un rapport abrégé sur les indicateurs de Santé 2020 dans son rapport annuel au Comité régional. Cela constituera une plate-forme supplémentaire permettant une consultation et des réactions directes. L'analyse présentée ci-dessus est proposée. Par ailleurs, le directeur régional présentera tous les 2 à 3 ans un bilan des progrès accomplis en direction des cibles quantifiées dans la Région européenne. La session du CPCR tenue en mai de chaque année pourrait faire office de plate-forme de consultation supplémentaire sur les résultats en vue de préparer le rapport du directeur régional au Comité régional.

Il est aussi envisagé d'inclure un rapport d'étape sur les cibles et les indicateurs de Santé 2020 dans le *Rapport sur la santé en Europe* publié tous les trois ans par le Bureau régional. Cela permettrait des analyses et une discussion plus détaillées. Le premier rapport d'étape serait donc publié en 2015, puis en 2018, et un rapport final est prévu pour 2020. En outre, le Bureau régional s'emploie actuellement à relancer la série des Panoramas de la santé qui présentent les profils des pays ; ce support peut mettre en évidence immédiatement les progrès accomplis. Il a également repris la publication d'une brochure annuelle sur les indicateurs de base pour tous les pays européens, avec des thèmes différents chaque année. Les informations contenues dans tous ces rapports seront rendues publiques à l'aide de médias tels que le site Web du Bureau régional.

## Responsabilisation

Le secrétariat du Bureau régional élabore actuellement un processus en vue de déterminer les mesures à prendre lorsque :

- les États membres ne font pas régulièrement rapport sur l'ensemble des indicateurs ; ou
- les cibles telles qu'elles sont proposées ne semblent pas être en bonne voie de réalisation.

En outre, il devra communiquer et souligner les modes d'utilisation des informations par les pays européens au plan national, éventuellement en comparaison avec le niveau régional et les autres pays de la Région, afin d'orienter les politiques et les programmes de santé et de donner un aperçu des méthodes efficaces dans différents contextes. Il est clair que la vaste gamme d'activités en cours peut illustrer concrètement que de meilleures informations sanitaires nationales et régionales offrent de nouvelles perspectives à chaque pays : par exemple, au moyen d'études comparatives nationales et internationales qui sont utilisées pour soutenir les politiques nationales de santé, comme c'est le cas aux Pays-Bas (encadré 16).

## Le cadre de suivi

L'OMS/Europe élaborera un cadre détaillé comprenant tous les indicateurs, comme indiqué dans le tableau 4, et le présentera aux États membres pour discussion et prise de décisions. Le cadre résume les dispositifs de collecte de données, les activités de consultation, les formats de communication des données et d'élaboration de rapports et le calendrier propre à chaque cible et indicateur.

Le chapitre 2 a décrit le processus d'élaboration des cibles générales de la politique Santé 2020 – ce vers quoi nous tendons en tant que Région – et proposé une méthode de définition de cibles et d'indicateurs réalisables pour suivre les progrès accomplis au niveau régional. Un domaine fondamental qu'il convient de développer est en fait la mesure des progrès accomplis en matière de santé dans le contexte du bien-être, ou « ce que nous apprécions » : tel est le sujet du chapitre 3.

Tableau 4.  
Extrait d'un cadre détaillé de tous les indicateurs

Cible générale	Principaux domaines cibles	Cibles quantifiées potentielles	Autres indicateurs potentiels	Nombre de pays communiquant des données	Dispositif de collecte de données	Consultation des États membres	Communication de données et établissement de rapports	
							Format	Calendrier
1. Réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020	1.1. Réduire de 1,5 % par an, en valeur relative, la mortalité globale due aux maladies de l'appareil circulatoire, aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques d'ici 2020  (doit s'aligner sur les activités menées au niveau mondial en vue de définir des cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles)	1.1.a) Taux de mortalité standardisé selon l'âge toutes causes confondues pour 100 000 habitants (en tant que premier indicateur), ventilé par sexe et grandes causes de décès	a) Mortalité globale et prématurée due à quatre grandes maladies non transmissibles, par sexe (maladies de l'appareil circulatoire, cancers, diabète et maladies respiratoires chroniques)	43	Base de données de la Santé pour tous, au moyen du dispositif annuel actuel (à la demande de l'OMS)	Dans le contexte de la Santé pour tous	Directement aux pays (format actuel)	2013
						Réunion de mai du CPCR	Rapport du directeur régional au Comité régional	2014
						Consultation écrite supplémentaire	Statistiques européennes de la santé	2015
					Document d'information pour le Comité régional	Rapport sur la santé en Europe		





# 03

---

Comment nous y  
parviendrons et ce  
que nous apprécions :  
les arguments en faveur  
d'une mesure du bien-être

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'OMS considère que la santé « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », mais qu'elle est également « un état de complet bien-être physique, mental et social » (5). Néanmoins, depuis plus de 60 ans, l'OMS n'a ni mesuré ni décrit le bien-être, mais s'est plutôt concentrée sur la mortalité, la maladie et les incapacités. Même si la fonction de contrôle fait clairement partie du mandat fondamental de l'Organisation, celle-ci doit nouer des partenariats avec d'autres institutions pour décrire le bien-être des populations en Europe et mesurer les progrès réalisés en vue de son accroissement, dans le contexte de Santé 2020. Comme décrit dans le chapitre 2, la Région a atteint un consensus sur un objectif à long terme : améliorer la santé et accroître le bien-être des populations européennes pour 2020. Par ailleurs, le bien-être est un levier important permettant d'établir une vision intégrée de la santé et à cette occasion, de la relier à la gouvernance tout en veillant à ce que la santé demeure incluse dans tous les programmes d'action politique.

L'OMS/Europe a rassemblé un groupe d'experts en février et juin 2012 afin d'examiner, de discuter et d'émettre des recommandations à propos des différentes définitions du bien-être et des cadres s'y appliquant (59,60), pour lesquels on a consenti de nombreux efforts complémentaires et apporté beaucoup de contributions récentes. Ce chapitre offre une feuille de route en vue de l'élaboration d'une cible et d'indicateurs européens sur le bien-être et la santé, et présente un processus susceptible d'accroître la clarté du concept et l'utilité des informations sur la santé et le bien-être pour les responsables politiques. Il entend répondre aux questions suivantes :

- Qu'entendons-nous par « bien-être » ?
- Pourquoi est-il important pour la santé ?
- Pourquoi les autorités publiques et les sociétés européennes s'intéressent-elles à la santé et au bien-être ?
- Comment peut-on mesurer les niveaux de bien-être ?
- Sur quoi pouvons-nous nous appuyer ?
- Quels sont les défis auxquels nous confronte la mesure de la santé et du bien-être ?
- Où en sommes-nous à présent ?
- Comment pouvons-nous utiliser ces informations pour améliorer la santé et accroître le bien-être ?

---

## Qu'entendons-nous par « bien-être » ?

Qu'est-ce qui fait qu'une vie est agréable ? C'est là l'une des discussions morales élémentaires communes à toutes les traditions philosophiques. Quel que soit

le pays, nous nous accordons en général sur une définition d'ensemble, c'est-à-dire sur les ingrédients minimaux du bien-être. Les choses qui comptent dans nos vies sont aussi étonnamment constantes, ce qui montre que ce que nous apprécions ne change pas facilement, même si la détermination des domaines ou composantes importantes demeure un exercice normatif, qui fait appel aux différentes notions de la nature de base du bien-être (son ontologie) et à la façon dont on peut acquérir sa connaissance (son épistémologie). Pour qui veut définir le bien-être, la première difficulté consiste à clarifier ces différents concepts et ce qu'ils supposent.

Les éléments du bien-être objectif comprennent notamment les conditions de vie des personnes et les possibilités de réaliser leur potentiel, qui doivent être équitablement réparties entre tous, sans discrimination d'aucune sorte. La possibilité équitable de jouir d'une bonne santé fait partie du bien-être objectif. Le bien-être subjectif, lui, provient notamment des expériences vécues par les individus dans leur vie propre. À partir de ces éléments, le bien-être a été conçu soit comme un ensemble composé de différentes pièces constitutives, soit comme un concept en lui-même.

Les recommandations sur l'évaluation du fonctionnement et des aptitudes, émises par la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social (61), illustrent l'approche de l'ensemble composé : elles font appel à une épistémologie objective et utilisent des outils de mesure et des indicateurs objectifs également, tels que les revenus, le niveau d'instruction ou le taux de mortalité. Cette approche considère la santé comme un élément de l'ensemble composé que constitue le bien-être. Dans un important corpus de recherches (61-63), le bien-être est défini comme une fonction des opportunités de la vie et des réalisations. Multidimensionnel, il reflète le fonctionnement des personnes, ou « l'épanouissement de certaines fonctions humaines normales » (64) – telles que la consommation et la sécurité personnelle, de même que leurs aptitudes – les conditions objectives dans lesquelles les choix sont opérés et qui façonnent les aptitudes des personnes à transformer les ressources en objectifs donnés, tels que la santé.

En revanche, pour l'approche conceptuelle, la méthode ontologique est généralement liée à une épistémologie subjective : la connaissance du bien-être s'acquiert par les déclarations des personnes sur leurs perceptions personnelles. Cette association d'ontologie et d'épistémologie est souvent nommée bien-être subjectif : ce qui importe est ce que nous ressentons. En dépit du large débat existant sur le contenu et l'utilité des éléments subjectifs du bien-être, la prise en compte des sentiments et des déclarations des personnes (et non seulement des éléments objectifs) apporte des informations pouvant être discutées politiquement. Il n'en reste pas moins que lorsqu'elles appliquent et évaluent une politique, les autorités publiques sont plus aisément tenues pour responsables des conditions objectives.

Les sentiments et expériences personnels peuvent être décrits de diverses façons. Une nouvelle étude de l'OCDE (65) décrit trois composantes distinctes, qui toutes fournissent d'importantes informations et constituent le bien-être subjectif :

- le bien-être hédonique – autoperceptions d'autonomie, compétence, but de vie, locus de contrôle ;
- les états positifs et négatifs – expériences de joie, de bonheur, d'anxiété, de tristesse ;
- l'évaluation de la vie – une évaluation réfléchissante.

Il existe d'autres modèles conceptuels avec des suppositions sous-jacentes différentes. En outre, le bien-être est aussi envisagé comme un état et un processus dynamique : une définition et un itinéraire pouvant emprunter des chemins. Les cadres de pensée mêlent parfois tous ces aspects.

La définition des composantes ou éléments du bien-être est une étape importante sur la voie de la clarté conceptuelle et opérationnelle. La cartographie des processus et des chemins menant à l'état de bien-être permet de déterminer les points d'entrée potentiels pour des actions visant à accroître le bien-être général et à améliorer sa répartition au sein d'une population.

---

## Pourquoi est-il important pour la santé ?

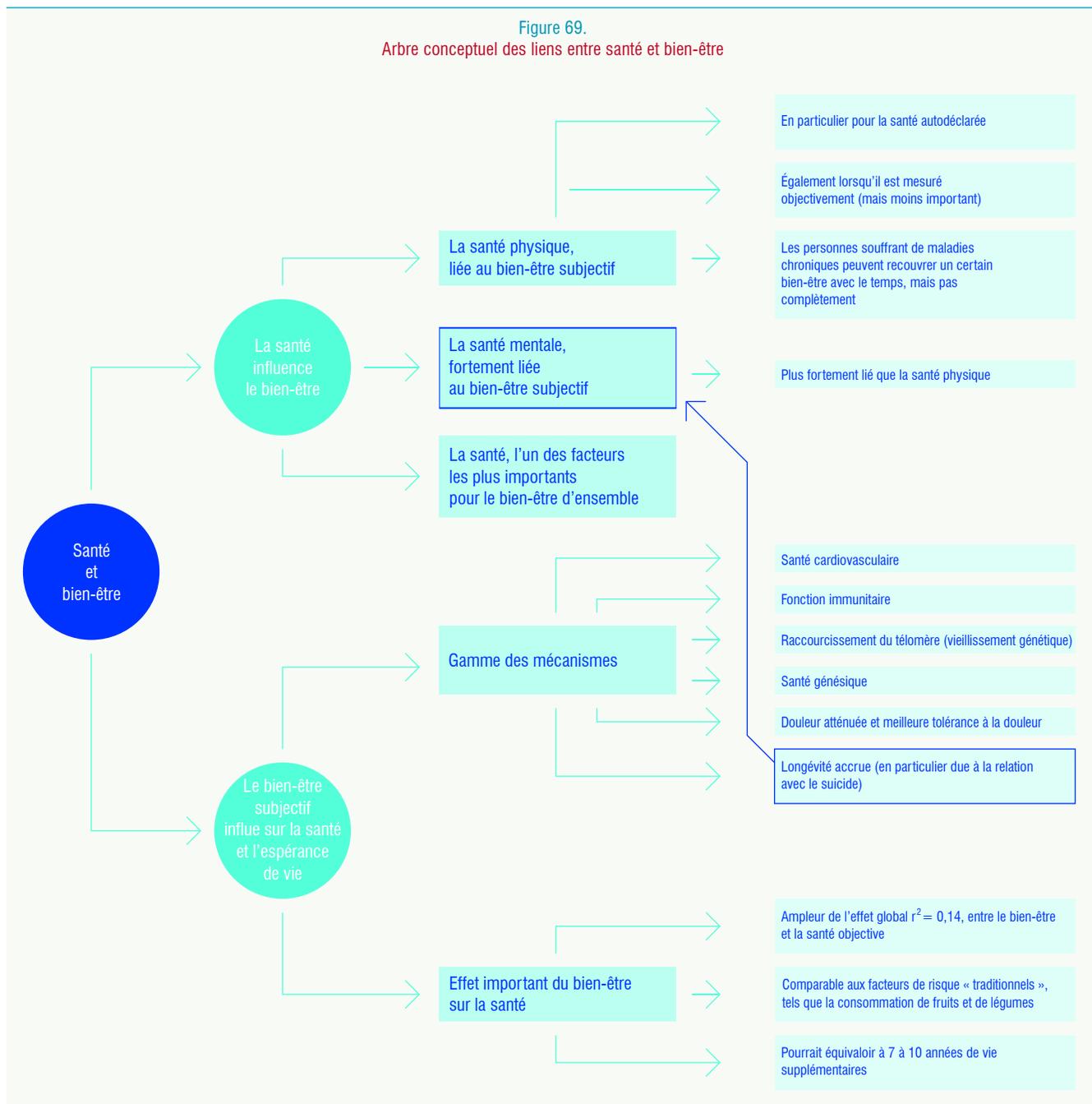
Dans toute l'Europe, les décideurs politiques, les spécialistes de la santé publique et les populations reconnaissent que le bien-être englobe la santé, et que la santé est un élément essentiel, sinon indispensable, pour le bien-être. La définition de la santé par l'OMS ne doit pas être utilisée pour signifier que la santé et le bien-être sont synonymes, mais plutôt pour indiquer que la santé – notamment ses aspects physiques, mentaux et sociaux – importe pour se sentir bien.

Il sort du propos de ce rapport d'établir une vue d'ensemble des relations entre santé et bien-être. Cependant, un arbre conceptuel permet d'illustrer les liens entre les concepts (figure 69).

Celui-ci tire parti des études récentes dressant un panorama des données scientifiques existant sur le bien-être, telles que celles qu'a réalisées la New Economics Foundation (66), ou celles qui sont ressorties de la discussion d'un groupe d'experts réuni par l'OMS/Europe (60). La santé physique aussi bien que mentale influence le bien-être : en effet, la santé est l'un des facteurs influençant le plus le bien-être global. La relation entre fonctionnement physique et bien-être

n'est pas aussi forte, ce qui prouve peut-être précisément l'intérêt de mesurer le bien-être subjectif. Cette mesure capture les perceptions (telles que la douleur), ce que les mesures biologiques traditionnelles ne font pas (67). La relation entre santé et bien-être fonctionne dans les deux sens : en effet, le bien-être influence de manière importante l'état de santé futur, à travers une série de mécanismes tels

Figure 69.  
Arbre conceptuel des liens entre santé et bien-être



Source : Mesure du bien-être et définition d'objectifs à cet égard (59).

**Encadré 17.****Signification du bien-être, importance de celui-ci pour la santé et stabilité dans les populations – principaux constats**

- L'une des approches considère que le bien-être est assuré lorsque les besoins objectifs fondamentaux des personnes sont satisfaits et lorsqu'elles peuvent mettre à profit leurs aptitudes ; une autre approche du bien-être est centrée sur les perceptions subjectives des personnes.
- La santé peut être conçue comme une part du bien-être, dont elle est à la fois un déterminant et un résultat.
- Des valeurs communes à toute l'Europe augmentent la possibilité de disposer d'une cible régionale de santé et de bien-être.

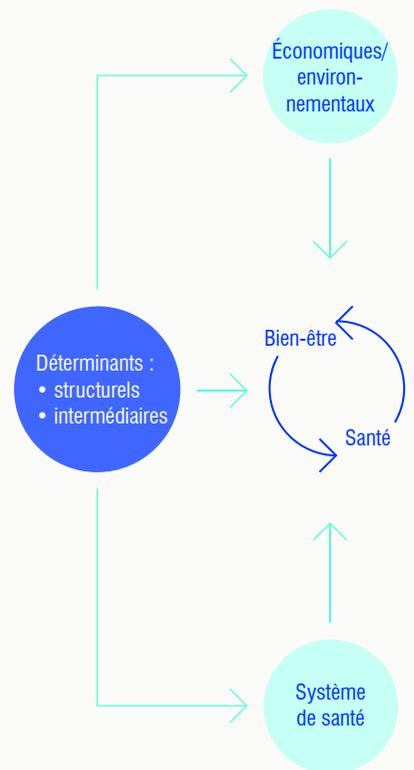
que le système immunitaire ou les réactions au stress (68). Les études actuelles indiquent que le bien-être exerce un effet substantiel (bien que variable) sur la santé, et que cet effet est comparable à celui d'autres facteurs tels qu'une alimentation saine, qui sont plus fréquemment ciblés par les interventions de santé publique (69).

En outre, la recherche montre que les relations entre les différentes sphères du bien-être fonctionnent dans les deux sens : il est clair que la santé influence le bien-être général, mais le bien-être est également un indicateur de bonne ou de mauvaise santé dans l'avenir. Le bien-être et la santé sont des concepts interactifs, possédant certains déterminants communs, comme le système de santé. Les autres déterminants sont le contexte politique, économique et social d'ensemble, et des facteurs intermédiaires tels que le degré de stratification sociale ou les niveaux d'exposition, qui peuvent augmenter ou réduire les vulnérabilités. La figure 70 montre une autre manière de conceptualiser ces relations, tout en les liant au rôle du système de santé.

Les discussions avec des représentants des États membres européens et des experts techniques, pendant la consultation menée au sujet de Santé 2020, ont fait apparaître des données qualitatives indiquant que les populations de la Région européenne accordent de la valeur à la santé et souhaitent réduire le plus possible les maladies : elles portent un regard positif sur la cohésion sociale et l'inclusion, en tant que déterminants généraux de la santé et du bien-être, qui offrent à tous une chance égale de santé. Elles reconnaissent aussi la valeur de la sécurité, qui a un rapport avec la santé dans le contexte du bien-être. Les valeurs communes au sein de l'Europe augmentent la possibilité de disposer d'une cible régionale de santé et de bien-être.

Bien sûr, d'autres domaines du bien-être comptent ou sont considérés comme une valeur. Néanmoins, il est nécessaire d'être totalement d'accord ou de posséder une définition stable du bien-être pour élaborer des moyens permettant de l'accroître, et finalement, de le mesurer et d'effectuer un suivi.

**Figure 70.**  
Santé et bien-être :  
panorama des déterminants



## Pourquoi les autorités publiques et les sociétés européennes s'intéressent-elles à la santé et au bien-être ?

Améliorer – ou, au moins, préserver – le bien-être fait partie du contrat social entre les pouvoirs publics et les personnes qu'ils représentent. Aucun secteur ou administration particulière n'est responsable de la garantie de vivre une

vie agréable. Celle-ci relève d'un concept multidimensionnel influencé par de multiples déterminants. L'amélioration du bien-être de la population peut être une plate-forme pour établir un programme d'action commun, avec une approche pangouvernementale impliquant tous les secteurs et tous les acteurs concernés. Les ministères et ministres de la Santé savent tous que le bien-être entre dans la définition de l'OMS de la santé. Comme on l'a noté, certains déterminants du bien-être sont également des déterminants de la santé.

Outre les pouvoirs publics, les principaux acteurs s'intéressant au bien-être sont les groupes de la société civile, les groupes de patients, les professionnels du bien-être et de la promotion de la santé, et les médias. Divers groupes – gouvernementaux et non gouvernementaux, publics et privés – tentent d'influencer le processus d'élaboration des politiques et/ou les programmes d'un ou de plusieurs secteurs, afin d'augmenter le bien-être des personnes et de la société en général. Au cours des dix années passées, l'objectif d'accroissement du bien-être de la population islandaise a créé les conditions favorables à des actions visant à mesurer les progrès accomplis au niveau national et à influencer les politiques dans les différents secteurs gouvernementaux (encadré 18). La suite de ce chapitre expose les questions et les difficultés à prendre en considération, et les méthodes pour y parvenir au cours des quelques prochaines années.

---

## Comment peut-on mesurer les niveaux de bien-être ?

Pour accroître durablement le bien-être, il est nécessaire de décrire en détail ce que le bien-être comprend et de savoir le mesurer. Les chercheurs, les organisations, les autorités publiques et autres organismes ont recours à diverses approches différentes pour décrire les aspects ou les domaines qui composent le bien-être et ce qui pour chacun d'entre eux, doit être mesuré. Certains sont favorables à des mesures objectives, par exemple de la qualité de l'air ou du niveau de déficience auditive, qu'elles soient réalisées par des appareils scientifiques externes ou par les personnes elles-mêmes en réponse à un questionnaire ou un entretien. D'autres penchent pour des mesures subjectives : par exemple, la satisfaction envers un aspect particulier de l'existence, comme l'emploi ou la qualité de l'environnement. Certaines mesures sont quantitatives, d'autres comportent une évaluation qualitative.

Les experts techniques conviennent qu'il est probable que le concept multidimensionnel du bien-être soit utilisé pour l'élaboration des politiques, car il est plus facile à interpréter. Si l'on constitue un indice à partir de différents

éléments ou domaines, chaque partie (niveau) et sa valeur (poids) doivent être transparentes et être interprétées aussi séparément.

Différentes méthodologies et outils sont utilisés pour collecter les informations requises pour la mesure de chaque domaine. L'enquête est l'un des plus courants ; elle consiste généralement à répondre à des questions spécifiques. Un très grand nombre d'instruments normalisés ont été mis au point pour fournir des informations supplémentaires sur le bien-être associé à un type particulier de morbidité, de maladie ou d'incapacité. Ces informations sont souvent utilisées lors des essais cliniques, dans le cadre des résultats évalués à la suite de traitements nouveaux ou différents. D'autres instruments normalisés, tels que les enquêtes téléphoniques ou postales, sont également

#### Encadré 18.

##### Étude de cas : accroître le bien-être en Islande – 6 étapes liant évaluation et interventions pour plus de bien-être

#### 1. Décider de mesurer le bien-être

Au cours des dix années passées, l'Islande a accordé une attention accrue à l'amélioration du bien-être. En conséquence, on a constaté une hausse de l'intérêt pour l'évaluation de l'état de bien-être et la recherche d'éventuelles interventions pouvant réussir à l'augmenter au plan individuel aussi bien que social.

Inspirées par des études axées sur le bien-être d'un point de vue épidémiologique (telles que Huppert et al. (70)) et soulignant le besoin d'une mesure de la santé mentale positive (Stewart-Brown (71)), les autorités en charge de la santé publique en Islande se sont beaucoup intéressées à la mesure du bien-être au niveau de la population. Elles étaient désireuses d'explorer aussi bien le bien-être que les déterminants de la santé, dont les recherches ont révélé qu'ils n'étaient pas nécessairement équivalents (Wilkinson & Marmot (72), Huppert (73)).

#### 2. Choix de méthodes et de processus incluant les acteurs concernés, et collecte d'informations

Lorsque l'Institut de la santé publique d'Islande (qui a été inclus dans la Direction de la santé en 2011) a décidé de mettre en place une enquête nationale sur la santé et le bien-être en 2007, il a fallu constituer un module sur ce sujet. Un groupe d'experts a été réuni afin de décider quelles mesures déjà publiées devaient y figurer :

- une simple mesure du bonheur ;
- l'indice (en cinq points) de bien-être de l'OMS (WHO-5) (74) ;
- l'Échelle de satisfaction de vie (SWLS, pour *Satisfaction With Life Scale*), créée par Diener et al. (75) ;
- une version abrégée de l'Échelle de stress perçu (PSS, pour *Perceived Stress Scale*), créée par Cohen et al. (76) ;

- la version abrégée de l'Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS, pour *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*), créée par Stewart-Brown et al. (77), qui a été spécialement traduite pour les besoins du groupe, et utilisée depuis lors comme principal outil de mesure du bien-être dans les politiques publiques.

Toutes ces mesures ont été intégrées dans l'étude sur la santé et le bien-être de 2007, qui a été reconduite en 2009 et en 2012. Pour réaliser les deuxième et troisième vagues de l'étude, de nouvelles échelles ont été ajoutées, telles que le questionnaire sur le sens de la vie, de Steger et Samman (78), de même que de nouvelles questions sur le bien-être fondées sur le cadre conceptuel de Huppert et So pour une définition de cette notion (79).

#### 3. Dispositions visant à s'assurer que l'évaluation correspond au contexte actuel

Lorsque le système bancaire de l'Islande s'est effondré, en octobre 2008, les autorités de santé publique ont décidé de mener une nouvelle étude pour évaluer l'impact de la crise économique sur le bien-être des Islandais. Le protocole comprenait la simple mesure du bonheur et les échelles WEMWBS et PSS.

#### 4. Présentation et communication des résultats

Une analyse de l'impact de la crise économique en Islande, qui utilisait les données issues d'études sur la santé et le bien-être d'une part, l'économie et le bien-être d'autre part, éclairait les constats (Gudmundsdottir (80)). Les résultats de l'enquête ont été présentés durant un séminaire ouvert, qui comportait une discussion avec le ministre du Bien-être et le chef de projet en charge des études. Les intervenants ont débattu du type de société qui pourrait accroître le bien-être de la population, et souligné les points suivants :

- de bonnes relations sociales – la qualité des relations avec la famille et les amis, ainsi que le temps passé avec la famille – est la variable qui prédit le mieux le bonheur ;
- la difficulté à atteindre ses objectifs est la variable qui prédit le mieux le sentiment de malheur ;
- les sous-groupes de population qui estiment difficile d'atteindre leurs objectifs ne recourent pas le groupe des chômeurs ou de ceux qui présentent les revenus les plus bas.

Les médias (presse, radio et télévision) ont accordé une très large attention aux résultats et aux réactions du ministre.

#### 5. Dispositions pour assurer un impact sur les responsables politiques et la politique

La décision de mesurer le bien-être au plan national a touché les politiques de santé de même que les politiques pansociétales. Ces mesures ont été utilisées comme indicateur dans la politique Santé 2020 de l'Islande, et dans le cadre d'une politique plus large appelée Islande 2020, menée par le Premier ministre (81) : il s'agit d'une politique gouvernementale sur l'économie et la population. Par ailleurs, le ministre du Bien-être s'est montré très intéressé par les résultats et a donné des exemples positifs de la manière dont on pourrait en tenir compte dans l'élaboration des politiques futures.

#### 6. Préparation de l'avenir

Comme on l'a démontré, les indicateurs du bien-être sont déjà utilisés pour suivre les politiques en Islande, où plusieurs actions visent à accroître le bien-être. Il est donc nécessaire de poursuivre le suivi du bien-être de la population et de développer davantage la mesure du bien-être mental pour que celle-ci soit plus complète.

très répandus dans toute l'Europe, afin de collecter des informations auprès de la population.

Pour appuyer l'élaboration d'un concept et d'une approche commune pour la mesure du bien-être au niveau de la population de la Région européenne, le Bureau régional a entrepris une revue systématique de la littérature scientifique traitant d'outils validés de mesure du bien-être. La recherche a porté sur six concepts principaux : le bien-être, les outils de mesure, les propriétés de la mesure, la population générale, les études d'observation et la littérature scientifique soumise à un examen critique collégial. Elle a reposé sur l'exploitation de bases de données couvrant la littérature dans les domaines des sciences biomédicales, de la psychologie et de l'économie. Quelque 3 200 articles publiés ont été retenus, parmi lesquels 160 contenaient des informations sur les indicateurs et les mesures. Les principales conclusions sont exposées dans l'encadré 19.

Par ailleurs, la revue de littérature a montré que chaque instrument ou outil mesure différents ensembles d'aspects du bien-être, ce qui correspond à des différences implicites dans la conception de cette notion et de sa mesure.

Deux questionnaires brefs sont largement utilisés pour effectuer un suivi du bien-être dans et entre les populations : il s'agit de l'Échelle de Cantril et de l'Indice du bien-être personnel (tableau 5). Tous deux fournissent des mesures de la santé autodéclarée, de la santé perçue et du bien-être.

#### Encadré 19.

##### Principales conclusions de la revue de la littérature scientifique par l'OMS, en vue de mesurer le bien-être

- Il existe de nombreuses définitions de la santé du point de vue du bien-être ; c'est pourquoi une plus grande clarté conceptuelle est nécessaire.
- Le bien-être est souvent traité comme s'il était synonyme de qualité de vie et de bonheur.
- Dans les diverses descriptions des outils utilisés, la distinction entre mesures objectives et subjectives est souvent incorrecte, ou n'est pas réalisée en fonction de la technique de mesure (les données par exemple, sont-elles autodéclarées ou évaluées/mesurées en externe ?).
- Les domaines les plus couramment couverts par tous ces outils sont l'économie, la santé, l'éducation, la société/entourage et l'environnement.
- Au sein des différents domaines considérés, il n'existe pas de systématisme concernant les types de questions posées ou les aspects évalués.
- La grande majorité des outils sont conçus pour des situations cliniques particulières : seul un nombre limité d'entre eux permet de mesurer le bien-être au niveau de toute la population.

Tableau 5.  
Questions typiques de l'Échelle de Cantril et de l'Indice du bien-être personnel

Question	Échelle utilisée	Source/utilisateur
Quel est votre degré de satisfaction par rapport à votre vie dans son ensemble ?	Échelle de Cantril en 11 points (pire réponse possible = 0, meilleure réponse possible = 10)	OECD, Gallup
Êtes-vous satisfait de : • votre niveau de vie ? • votre état de santé ? • ce que vous avez réalisé dans votre vie ? • vos relations personnelles ? • le niveau de sécurité que vous ressentez ? • votre sentiment d'appartenance à une communauté ? • votre sécurité future ? • votre pratique spirituelle ou votre religion ?	Indice du bien-être personnel avec Échelle de Likert en 11 points (complètement insatisfait = 0, complètement satisfait = 10)	International Wellbeing Group

En ce qui concerne les mesures subjectives du bien-être, il est important de juger si les questions posées mesurent bien ce qu'elles sont supposées mesurer. Bien qu'il n'existe pas de point de référence pouvant être utilisé à des fins de comparaison – par exemple, l'évaluation par les personnes de leurs relations personnelles ou de la qualité de leurs réseaux sociaux – la validité de ces mesures peut être estimée de plusieurs autres manières. L'analyse peut choisir pour axe principal le point suivant : dans quelle mesure les circonstances de la vie et les autres variables admissibles peuvent-elles expliquer les réponses individuelles ou la répartition des réponses au sein d'une population. Le degré de corrélation entre ces circonstances et autres variables d'une part, et les autres mesures objectives et subjectives du bien-être d'autre part (validité de la corrélation) peut aussi être évalué : il s'agit d'une mesure de fiabilité. Il existe une autre méthode, qui consiste à étudier si et comment les mesures prédisent les résultats et les comportements (validité prédictive).

Comme pour tout outil utilisé lors d'une enquête, les questions méthodologiques doivent permettre de savoir si le mode de collecte des données, notamment l'ordre et la formulation des questions, influence les réponses. Il est également important de confirmer si les données collectées peuvent être comparées dans le temps à des fins de suivi de la santé d'une population au sein ou entre les pays. Une autre question est importante pour la réalisation du suivi : il s'agit du rôle et de l'influence possible des attentes vis-à-vis d'un certain niveau de bien-être. Les personnes envisagent leur situation par rapport à une norme idéalisée, par exemple au sein d'une communauté ou d'un pays. Cela peut influencer sur leur auto-évaluation. L'ampleur des attentes peut jouer sur l'analyse et l'interprétation du sens des différentes composantes du bien-être et de leur répartition dans diverses sous-populations.

Il est également essentiel de savoir interpréter les données collectées, qu'elles portent sur les individus ou les populations, de connaître l'échelle sur laquelle elles sont exprimées et ce que signifie une différence de 5 %, 10 % ou 20 %. Concernant les mesures du bien-être qui visent à saisir le côté positif de la répartition au sein d'une population, il est important de comprendre par exemple, comment la santé dans le contexte du bien-être, se distingue de l'état de maladie ou de normalité. Dans ce dernier cas, existe-t-il une valeur de consigne ou une norme du bien-être ?

En fait, les enquêtes menées dans le cadre de l'indice du bien-être d'Australia Unity (82) montrent que le principal point fort du bien-être subjectif en tant qu'indicateur est sa fiabilité et sa stabilité, comme l'indiquent leurs résultats extrêmement constants. Le bien-être subjectif semble se comporter comme la température du corps : il est normalement constant. Les défis de taille rencontrés peuvent le faire grimper ou chuter, mais il retourne en principe à sa valeur de

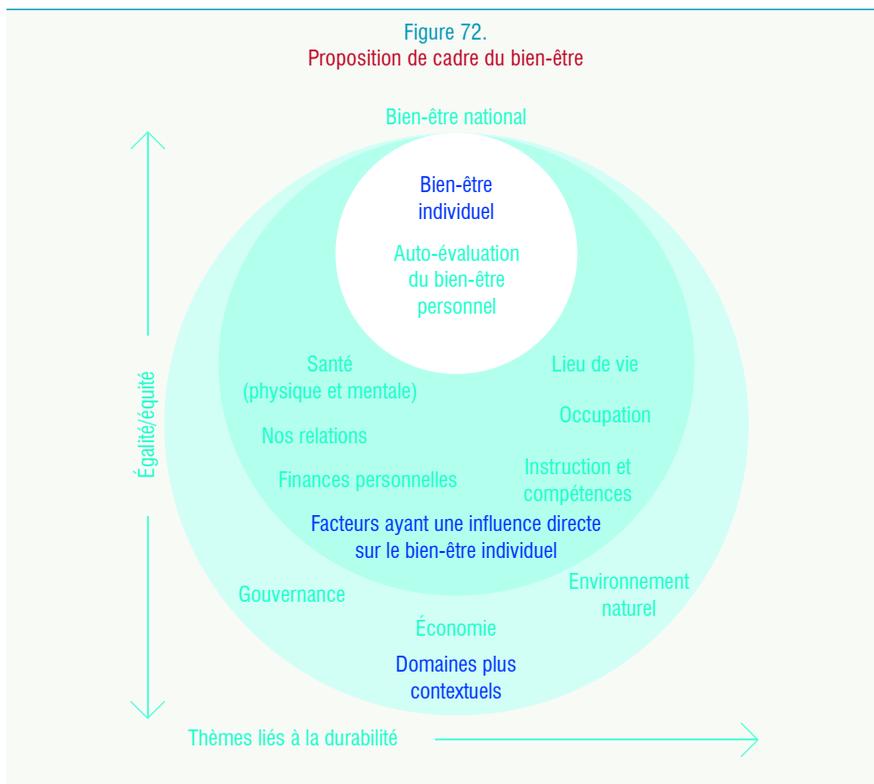


## L'initiative du Royaume-Uni

L'un des États membres qui a manifesté de longue date la volonté de fixer des objectifs et de mesurer l'état de santé, tant au niveau local qu'à celui de la population tout entière, est le Royaume-Uni. Le United Kingdom Office for National Statistics (Bureau britannique des statistiques nationales) a lancé en 2010 un programme d'élaboration d'un ensemble de statistiques nationales acceptées, visant à comprendre et effectuer le suivi du bien-être national. Ce programme devait permettre la mise en place de mesures pour 2014 environ. Cette initiative comprend notamment un débat public (dont la santé est l'un des grands thèmes), un examen des travaux internationaux et un développement du bien-être subjectif.

Le programme a d'abord proposé des domaines en 2011, puis le Bureau britannique des statistiques nationales a publié une seconde version du cadre des domaines et suggéré des indicateurs principaux en juillet 2012 (83). Le cadre actuel comprend dix domaines (figure 72).

La santé, qui est l'un d'entre eux, est décrite par quatre indicateurs principaux (84), mentionnés dans le tableau 6. La méthode utilisée par le



Bureau britannique des statistiques nationales pour mesurer la santé dans le contexte du bien-être a recours à des indicateurs objectifs (notamment le fonctionnement autodéclaré ou les incapacités) et subjectifs (mesures de satisfaction, toutes autodéclarées).

Le Bureau britannique des statistiques nationales a publié des informations sur le contexte des domaines en juillet 2012, accompagnées du premier ensemble de statistiques expérimentales sur le bien-être subjectif, issues de son Enquête annuelle sur la population (86). Cette étude détaille les principales mesures et les replace dans le contexte des autres évaluations de la santé et du bien-être, par exemple en mettant en relation la santé autodéclarée et le bien-être subjectif avec l'espérance de vie, la mortalité, la maladie et la santé physique, la santé mentale et les modes de vie, qui tous influent sur la santé. Ces éléments ont servi d'appui à l'interprétation globale, et plusieurs constats importants sont apparus.

- Les personnes qui se sentent en bonne santé ont une probabilité plus forte de déclarer un haut niveau de bien-être subjectif. À l'inverse, celles qui se déclarent en mauvaise santé ont une probabilité plus élevée de déclarer un bien-être subjectif moindre.
- Cependant, celles qui ont indiqué que leur état de santé était bon ou très bon n'ont pas déclaré de niveaux relativement hauts de satisfaction par rapport à leur vie. De façon similaire, celles qui ont indiqué que leur état de santé était mauvais ou très mauvais n'ont pas déclaré de bas niveaux de satisfaction par rapport à leur vie. Des modèles semblables se sont dégagés pour les autres aspects du bien-être subjectif.
- Les conclusions de l'Enquête annuelle sur la population, associées aux informations scientifiques provenant d'autres sources, ont montré que le bien-être des gens dépendait de multiples aspects de leur vie, et non uniquement de la manière dont ils perçoivent leur santé. D'autres domaines importent également : le logement, l'emploi et des champs ne relevant pas traditionnellement des politiques publiques, comme l'amitié, l'autonomie et le bénévolat.

Tandis que le Programme de mesure du bien-être national progresse, les domaines et mesures continueront d'être développés, notamment pour y inclure des sous-groupes tels que les jeunes.

## Initiative de l'OCDE

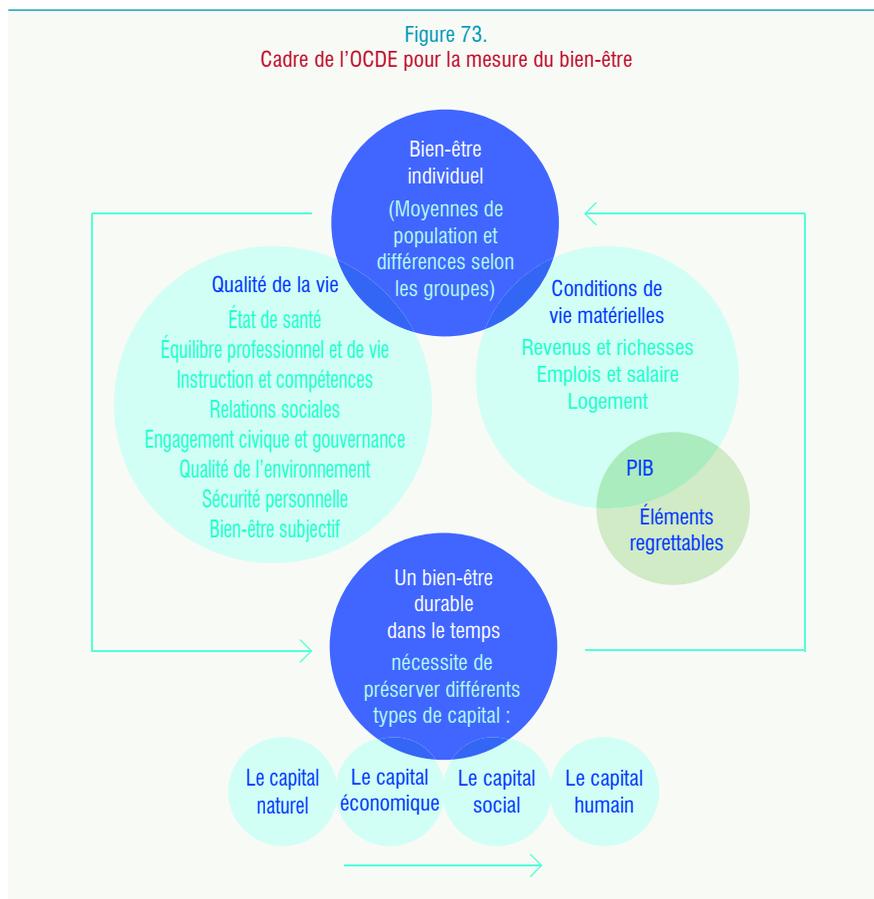
L'initiative de l'OCDE sur la mesure du bien-être est une action majeure entreprise récemment par une organisation internationale. L'intérêt pour de nouvelles mesures résulte du débat déjà ancien sur la capacité des indicateurs traditionnels tels que le PIB par habitant à évaluer réellement le bien-être. Les

Tableau 6.  
Principales mesures proposées  
pour le domaine de la santé

Bien-être objectif	Bien-être subjectif
Espérance de vie en bonne santé (à la naissance)	Satisfaction vis-à-vis de votre état de santé (en pourcentage, un peu, globalement ou complètement satisfait)
Personnes ne déclarant pas de maladie limitante ou d'incapacité à long terme	
Questionnaire général de santé en 12 points (GHQ-12) (pourcentage avec certaines indications d'une probable perturbation psychologique ou d'un trouble de santé mentale (85))	

données provenant de la Région européenne elle-même, mais aussi d'autres Régions, indiquent qu'il faut regarder au-delà des marchés, des moyennes nationales et de l'intérêt particulier pour le bien-être économique actuel. L'initiative de l'OCDE tire également profit d'autres travaux importants réalisés dans ce domaine, tels que le rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social (61), mise sur pied par le gouvernement français en 2008 ; la communication de la Commission européenne en 2009, intitulée « Mesurer le progrès dans un monde en mutation » (87) et les travaux consécutifs ; les déclarations du Groupe des vingt (G-20) de 2009, 2010 et 2011 (88) ; les conclusions des réunions du Conseil de l'OCDE au niveau des ministres en 2010 (89) et des initiatives nationales.

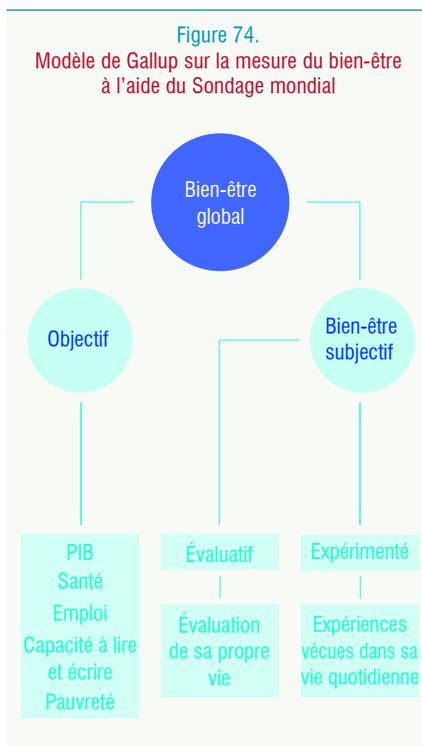
L'initiative du vivre mieux de l'OCDE, décrite dans le rapport de 2011 intitulé « Comment va la vie ? » (90) et popularisée grâce à un outil interactif couvrant les États membres de l'OCDE (Votre indicateur du vivre mieux), repose sur dix ans de travaux. Le cadre de l'initiative (figure 73) possède quatre caractéristiques distinctes.



- Il est centré sur les personnes (individus et foyers), c'est-à-dire sur leurs attributs personnels et les relations qu'ils entretiennent avec les autres dans l'environnement où ils vivent et travaillent.
- Il va au-delà des aspects strictement économiques du bien-être (maîtrise des ressources et des biens) et conçoit le bien-être comme un concept vraiment multidimensionnel.
- Il prend en compte la répartition du bien-être dans la population, de même que la moyenne des réalisations de chaque pays.
- Il s'intéresse au bien-être actuel mais aussi futur, et évalue ce dernier en termes de ressources essentielles (observables aujourd'hui) ayant le potentiel de générer du bien-être au fil du temps.

La mesure de chaque domaine est fondée sur des indicateurs, sélectionnés selon des critères qui impliquent la possibilité de les interpréter sans ambiguïté, de les ventiler par sous-groupes de population et de se prêter à des changements de politiques.

La production de données de qualité élevée est également prise en compte, et envisagée normalement à partir des statistiques officielles (fondées sur des définitions comparables dans tous les pays). Mais l'OCDE intègre aussi dans son tableau de bord indicateur du bien-être, des données extraites de sources non officielles, telles que Gallup. Ce sont pour l'instant des indicateurs fictifs, fondés sur des enquêtes officielles comparables qui seront disponibles à l'avenir.



Source : Gallup World Poll (92).

## Travaux effectués par Gallup

L'entreprise privée Gallup réalise depuis 2006 un sondage international, qui représente une expérience pratique de la collecte de données internationales sur le bien-être et son évolution dans le temps. Le Sondage mondial de Gallup (Gallup World Poll) (92), élaboré principalement à partir de données autodéclarées, couvre au minimum 130 pays dans le monde chaque année et s'intéresse à une large gamme de sujets, notamment la santé. Son indice du bien-être associe des mesures objectives et subjectives. La santé autodéclarée est l'un des cinq domaines pour lesquels sont collectées des mesures objectives (figure 74).

Un document de travail récent de l'OCDE (93) a utilisé les données de ce sondage pour explorer les déterminants du bien-être et de la satisfaction à l'égard de la vie (plus courants dans la littérature scientifique actuelle) et examiner les éléments composant la mesure de l'affect (dans ses états positifs et négatifs). Ce document indiquait que (93) :

*Dans l'ensemble, les points portant sur l'état de santé, la sécurité personnelle et la liberté d'une personne de choisir ce qu'elle souhaite faire de sa vie semblent*

*avoir un effet plus important sur l'équilibre affectif par rapport à la satisfaction à l'égard de la vie, alors que les facteurs économiques tels que les revenus et le chômage ont des effets plus limités. ... Des différences relativement faibles séparent les hommes des femmes, mais les priorités changent sensiblement au cours de la vie.*

En outre, Gallup réalise une enquête quotidienne aux États-Unis depuis 2008. Celle-ci couvre six domaines, notamment la santé émotionnelle et physique, et fournit des données sur des micro-tendances. Cet outil a déjà permis de collecter des informations auprès de plus d'un million de personnes sélectionnées de façon aléatoire. Il relie la santé émotionnelle et physique à des micro-informations sur l'accès de base aux soins de santé, l'environnement professionnel et les comportements sains. Ce projet a été étendu à l'Europe – Allemagne et Royaume-Uni – et fournira des informations régulières aux programmes de santé publique. L'outil peut être utilisé pour réaliser des évaluations auprès des populations et des organisations, et chez les fournisseurs de services de santé.

La collecte et l'interprétation de données dans un grand nombre de pays présentent de sérieuses difficultés méthodologiques. À partir de son expérience de l'estimation des préférences de la population, Gallup fixe des normes strictes afin de garantir un échantillonnage et une analyse corrects et une comparabilité entre pays. Pour une entreprise privée, les difficultés sont particulières car les autorités publiques ne donnent en général pas accès à tous les dispositifs utilisés par les bureaux de statistiques officiels pour la réalisation d'enquêtes ou de sondages. Gallup fournit également des outils de suivi du bien-être destinés aux particuliers. Il met actuellement au point des modes de collecte des marqueurs biologiques du bien-être individuel, tels que les échantillons de salive, et présente des analyses du niveau de stress.

---

## Initiative de l'OMS

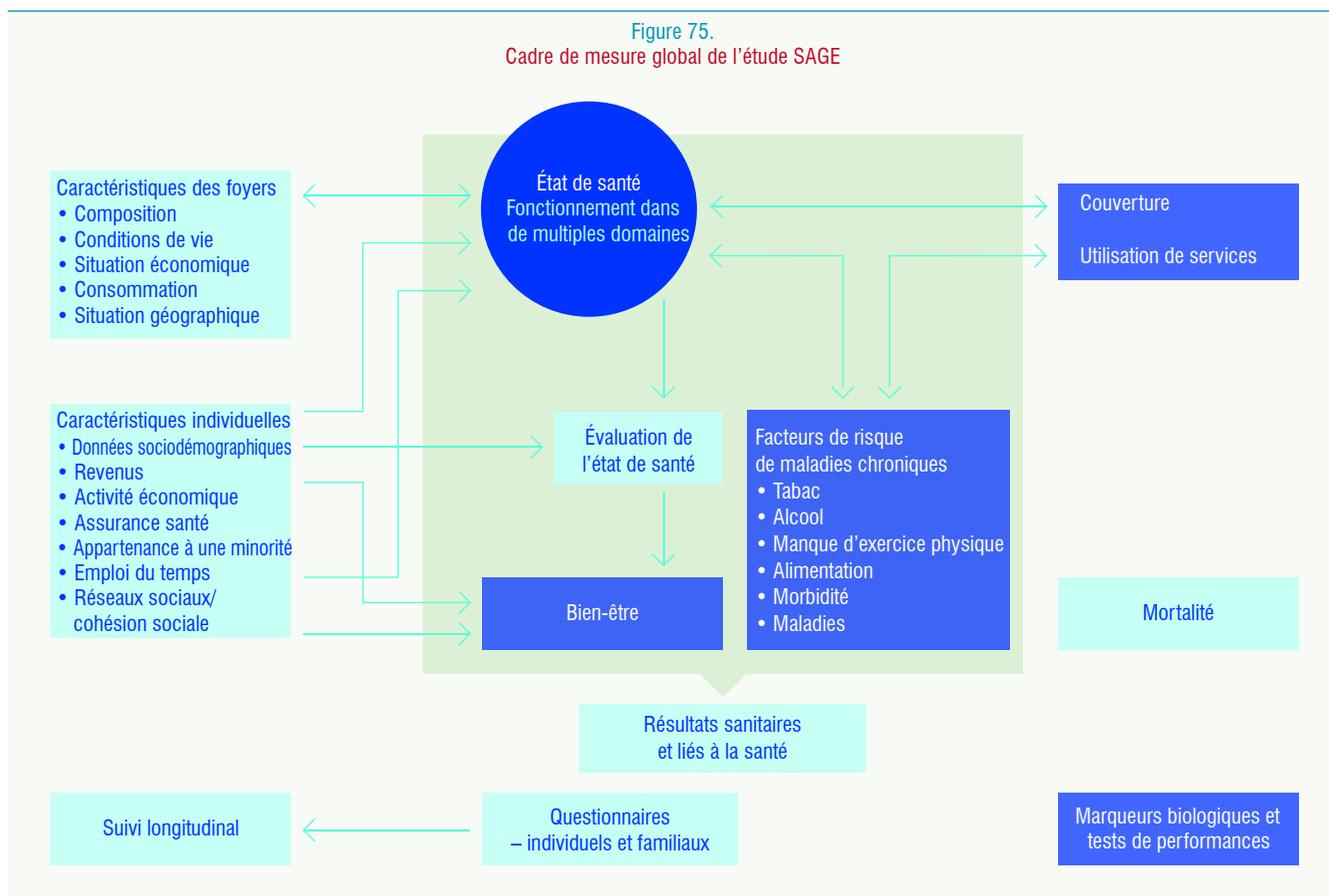
L'étude de l'OMS sur le vieillissement et la santé des adultes dans le monde (SAGE, pour *Study on Global AGEing and Adult Health*) (94) fait partie des actions visant à mesurer le bien-être au niveau mondial. Il s'agit d'une enquête mondiale sur le vieillissement et la santé, qui s'appuie sur des échantillons représentatifs de populations de six pays : l'Afrique du Sud, la Chine, la Fédération de Russie, le Ghana, l'Inde et le Mexique. Son échantillon total compte environ 45 000 personnes. Les personnes âgées de plus de 50 ans y sont surreprésentées, afin de fournir davantage d'informations à ce sujet. Son objectif est de suivre les changements survenant dans le domaine de la santé et de définir au fil du temps un concept clair et porteur de sens sur le bien-être. Une cohorte de référence a été constituée en 2002-2004. La première vague de l'étude a été

réalisée en 2008-2010, et a été suivie de deux autres vagues en 2013 et 2015. L'étude s'intéresse aux maladies, au fonctionnement des personnes dans leur vie quotidienne (état de santé autodéclaré et tests de performance dans une série de domaines) et au bien-être subjectif.

Dans ce cadre, le bien-être est considéré comme une combinaison d'évaluation subjective (bonheur, satisfaction à l'égard de la vie) et d'expériences affectives (figure 75). L'étude SAGE mesure le bien-être subjectif à partir de la satisfaction à l'égard de la vie (à l'aide de WHOQoL-8, pour *WHO Quality of Life* – qualité de la vie, qui contient huit questions sur la satisfaction dans différents domaines et à l'égard de la vie en général) et du bien-être vécu, à l'aide de la méthode de reconstitution de la journée (*voir 59*).

Les données collectées permettent d'analyser les divers facteurs influant sur les variations du bien-être au cours de la vie. Les résultats à ce jour semblent indiquer que le bonheur en général et le bien-être ressenti possèdent des déterminants très similaires : une relation forte avec l'état de santé, la maladie

Figure 75.  
Cadre de mesure global de l'étude SAGE



chronique et les incapacités ; et des relations constantes avec l'âge, les revenus, le niveau d'instruction, les réseaux sociaux et l'environnement en général. À l'avenir, cette étude pourrait aider à approfondir la connaissance du bien-être et sa mesure, en identifiant les marqueurs biologiques du bien-être et les relations avec des caractéristiques telles que le tempérament, en examinant les effets dus à la formulation au sein des différentes méthodologies (par exemple, influence de la formulation des questions sur les réponses) et en comparant les populations. De meilleurs modes d'interprétation des données renforceront la validité des études et accroîtront l'usage des données des enquêtes longitudinales pour la détermination et l'évaluation des interventions possibles, et pour l'élaboration de politiques (59).

Dans la Région européenne, l'Espagne, la Finlande et la Pologne collectent des données similaires.

---

## Initiative des Nations Unies

Les Nations Unies ont récemment commandé un rapport mondial (95), qui part du principe que nous avons besoin d'un modèle très différent pour l'humanité, qui ne place pas la hausse des revenus ou la croissance économique au centre des valeurs de notre vie. Ce document fait partie des actions entreprises suite à une résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, en 2011, qui invitait les États membres à « élaborer de nouvelles mesures qui tiennent mieux compte de l'importance de la recherche du bonheur et du bien-être pour le développement afin d'orienter leurs politiques nationales » (96). Comme les travaux de l'OCDE, l'initiative des Nations Unies entend tirer des enseignements des études et données qui, même si elles ne sont pas officielles, montrent invariablement que la hausse des revenus moyens n'accroît pas nécessairement le bien-être moyen dans un ou plusieurs pays. L'intention n'est pas de renoncer à l'idée qu'une augmentation des revenus des foyers (ou du PIB par habitant) engendre en général une amélioration des conditions de vie des populations pauvres. Le rapport (95) affirme plutôt que les informations utilisées pour comprendre ce qui améliore nos vies devraient comporter des mesures du bien-être subjectif.

Le document ne traite pas du bien-être subjectif : il s'agit plutôt du premier *World happiness report* (rapport mondial sur le bonheur) (95), qui passe en revue et présente les données collectées par d'autres, notamment l'enquête sur les valeurs dans le monde (World Values Survey), le Sondage mondial de Gallup et plusieurs autres études nationales et internationales, dont l'Enquête sociale européenne. Il soutient que l'évaluation du progrès social doit faire appel à un ensemble de domaines plus vaste, qui tient compte des aspects objectifs et subjectifs du bien-être. La mise à disposition d'informations sur de multiples

domaines aide en outre les responsables politiques à mieux saisir les implications de leurs politiques et décisions, au-delà des questions de revenus ou de croissance économique.

Le rapport (95) concède que pour beaucoup :

*Le bonheur semble beaucoup trop subjectif et trop vague pour pouvoir être considéré comme l'aune à laquelle mesurer les objectifs d'une nation, et encore moins sa politique. Telle est en effet l'acception traditionnelle. Pourtant, les études scientifiques amènent rapidement à la remettre en cause. Depuis une génération, les travaux menés par des psychologues, des économistes, des responsables de sondages, des sociologues et d'autres montrent que le bonheur, qui est certes une expérience subjective, peut être mesuré objectivement, évalué, corrélé avec des fonctions cérébrales observables et relié aux caractéristiques d'une personne et de la société.*

Les revenus, le travail, la communauté et la gouvernance, ainsi que les valeurs et la religion sont les facteurs externes proposés au titre des domaines importants ou des déterminants essentiels du bien-être subjectif. Les facteurs plus personnels sont la santé mentale et physique, l'expérience familiale et l'éducation. Des différences de niveau de bien-être sont également relevées, en fonction du sexe et de l'âge.

Le principal message transmis par les données de tous les pays est que les richesses ne sont pas la seule chose qui rende les gens heureux, en termes de bien-être subjectif. En réalité, la liberté politique, des réseaux sociaux forts et l'absence de corruption sont ensemble des facteurs qui expliquent davantage que les revenus les différences de bien-être entre les pays les mieux et les plus mal classés. Les autres caractéristiques qui importent également sont aux niveaux individuel et familial, un bon état de santé mentale et physique, le fait d'avoir quelqu'un sur qui compter, la sécurité de l'emploi, la stabilité familiale et la confiance de son entourage, qui tous, sont des facteurs cruciaux.

#### Encadré 20.

**Les fondements sur lesquels nous pouvons nous appuyer – points émergents de la discussion**

- Les initiatives de mesure du bien-être au niveau de la population sont en pratique plus pertinentes que celles qui s'appliquent à des sous-populations cliniques spécifiques.
- Les mesures du bien-être subjectif peuvent être complétées par des mesures objectives, y compris de type autodéclaré.
- Il existe habituellement un degré élevé de coopération entre les organisations internationales dans ce domaine, de même que des complémentarités entre les initiatives nationales et internationales.
- Pour les responsables politiques, les principales questions portent souvent sur les facteurs externes et environnementaux du bien-être, car les politiques publiques pourraient avoir la capacité de les influencer, de façon stable et à long terme.

## Communication et présentation des données

Le bien-être est multidimensionnel, ce qui rend difficile la présentation des données. Les travaux réalisés actuellement à l'échelle mondiale, notamment ceux de l'OCDE, peuvent grandement aider à concevoir une méthode de communication des résultats dans les 53 États membres de la Région européenne. Les méthodes habituelles de présentation de concepts multidimensionnels consistent à utiliser un tableau de bord ou à combiner les données en mesures composées (traduisant des indices composés). Chacune d'entre elles a des avantages et des inconvénients.

Avec les tableaux de bord, les modèles peuvent être directement interprétés, sans recourir à des hypothèses spécifiques. Leur représentation graphique, cependant, peut parfois compliquer la compréhension du message principal (tableau 7), et la fixation des priorités peut être difficile. En outre, cette approche peut empêcher de faire preuve de toute la parcimonie nécessaire dans l'usage des indicateurs.

Les mesures composées, quant à elles, peuvent être plus aisées à communiquer (en particulier, au public et aux responsables politiques), et peuvent aider à établir des priorités. Mais leur création dépend d'hypothèses (qui sont arbitraires, dans une certaine mesure) et peuvent manquer de transparence. Elles peuvent également entraîner une représentation simpliste de phénomènes complexes (figure 76).

La solution peut consister à utiliser les deux méthodes de façon complémentaire. Les tableaux de bord fournissent des informations sur chaque domaine et leur interprétation est plus facile. Les indices composés peuvent être utilisés pour souligner certains points et évaluer les relations entre les facteurs du bien-être, par exemple.

---

## Quels sont les défis auxquels nous confronte la mesure de la santé et du bien-être ?

En dépit de l'accord général sur les composantes d'une vie agréable et l'existence de nombreux outils et approches, les chercheurs reconnaissent que pour la mesure du bien-être, des définitions claires et des méthodes d'évaluation rigoureuses font défaut. Ce constat s'explique par plusieurs raisons plausibles, notamment une conceptualisation étroite de la santé et du bien-être, des sources de données limitées et le manque de clarté de l'application des informations concernant le bien-être dans le contexte du suivi ou de l'amélioration de la santé. En outre, les mesures de la santé comprises dans les indices du bien-être continuent à porter sur la mortalité ou la maladie (« mal-être »), et non sur les aspects positifs de ce qui constitue la santé et le bien-être.

L'incapacité à choisir parmi un ensemble de mesures potentielles du bien-être peut être une autre source de difficultés. Il existe de nombreuses mesures possibles, qui posent presque toutes des questions différentes ou incluent presque toutes des données distinctes, telles que celles qui proviennent d'enquêtes ou de statistiques économiques, sociales ou sanitaires. L'un des autres problèmes est lié au fait que la plupart des initiatives de mesure de la santé dans le contexte du bien-être sont principalement fondées sur des mesures

subjectives, qui peuvent être perçues comme difficiles à comparer dans le temps, d'un pays à l'autre, ou entre différents groupes socioéconomiques. En l'absence de lignes directrices claires, l'interprétation des données collectées est également un défi : certaines méthodes associent des domaines mesurés au niveau individuel, mais aussi communautaire et national. Ces indices posent des difficultés d'interprétation lorsque certaines parties d'entre eux montrent une amélioration, alors que d'autres parties indiquent une stagnation ou une dégradation.

---

## Une feuille de route pour promouvoir la mesure de la santé et du bien-être

Conformément aux recommandations du groupe d'experts réuni par le Bureau régional et à la nouvelle politique Santé 2020 (1,59,60), l'OMS/Europe est déterminée à clarifier concrètement la mesure de la santé dans le contexte du bien-être. Les recommandations et les critères ayant fait l'objet d'un accord préconisent les étapes ci-dessous.

Il est nécessaire d'élaborer une définition du bien-être qui soit valable sur le plan conceptuel. Autant que possible, la méthode devra avoir recours aux modèles ayant été utilisés au niveau des populations, tels que l'indice du vivre mieux de l'OCDE. Le choix des domaines utilisés pour mesurer le bien-être doit avoir pour critère de rechercher la plus forte cohérence possible avec les autres méthodes internationales.

Concernant la composante « santé » du bien-être, l'ensemble des domaines et des indicateurs testés doit être lié à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (97), qui représente le cadre de l'OMS pour la mesure de la santé et du handicap au niveau de l'individu comme de la population. La structure de la CIF comprend les grandes composantes suivantes :

- les fonctions et la structure corporelles ;
- les activités (tâches et actions entreprises par un individu) et la participation (implication dans une situation de vie) ;
- d'autres informations sur la gravité et les facteurs environnementaux.

Elle complète la Classification internationale des maladies de l'OMS, qui contient des informations sur le diagnostic et les maladies, mais pas sur l'état des fonctions. Par ailleurs, la santé dans le contexte du bien-être doit au minimum inclure la santé sociale, mentale et physique.

Tableau 7.  
Tableau de bord de l'indice du vivre mieux de l'OCDE : des domaines et des pays multiples

	Conditions de vie matérielles							Qualité de la vie				
	Revenus et richesses		Emplois et salaire			Logement		État de santé		Travail et vie		
	RR I	RR II	ES I	ES II	ES III	LO I	LO II	SA I	SA II	TV I	TV II	TV III
	Revenu disponible familial ajusté net par personne	Patrimoine financier familial net par personne	Taux d'emploi	Taux de chômage de longue durée	Salaire annuel net moyen par employé	Nombre de pièces par personne	Habitation sans équipement de base	Espérance de vie à la naissance	État de santé autodéclaré	Employés travaillant un nombre d'heures très important	Temps consacré aux loisirs et aux soins personnels	Taux d'emploi des femmes ayant des enfants dans la tranche d'âge de la scolarité obligatoire
	2009	2009	2010	2010	2009	2009	2009	2009	2009	2009	2000	2008
AUS	●	▲	▲	●	●	●	...	●	●	◆	▲	▲
AUT	●	▲	▲	●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
BEL	▲	●	▲	▲	▲	●	▲	▲	▲	▲	●	▲
CAN	●	▲	▲	●	▲	●	...	▲	●	▲	◆	●
CHL	◆	...	▲	...	...	▲	◆	▲	◆	▲	...	...
CZH	▲	▲	▲	▲	◆	▲	▲	◆	▲	▲	...	▲
DEN	▲	▲	●	▲	▲	●	●	▲	▲	●	●	●
EST	◆	◆	▲	◆	...	▲	◆	◆	◆	●	◆	▲
FIN	▲	▲	▲	▲	▲	●	▲	▲	▲	▲	▲	●
FRA	●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	●	▲
DEU	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
GRE	▲	▲	▲	◆	▲	▲	▲	▲	▲	▲	...	◆
HUN	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	●	...	▲
ICE	◆	◆	●	▲	...	▲	▲	●	●	...	...	●
IRE	▲	▲	▲	◆	●	●	▲	▲	●	▲	...	◆
ISR	...	●	◆	▲	...	◆	...	●	▲	◆	...	...
ITA	▲	▲	◆	▲	▲	▲	▲	●	▲	▲	▲	◆
JPN	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	●	◆	...	◆	▲
KOR	▲	▲	▲	●	▲	▲	◆	▲	◆	...	▲	...
LUX	●	●	▲	▲	●	●	▲	▲	▲	▲	...	◆
MEX	◆	◆	▲	●	...	...	◆	◆	...	◆	...	...
NET	▲	▲	●	▲	●	●	●	▲	▲	●	...	▲
NZL	▲	...	●	●	...	●	...	▲	●	◆	...	▲
NOR	●	◆	●	●	▲	●	▲	▲	▲	●	●	...
POL	◆	◆	◆	▲	◆	◆	▲	◆	▲	▲	◆	▲
POR	▲	▲	▲	◆	◆	▲	▲	▲	◆	▲	▲	▲
SVK	◆	◆	◆	◆	◆	◆	▲	◆	◆	▲	...	▲
SVN	▲	▲	▲	▲	...	◆	▲	▲	▲	▲	▲	▲
SPA	▲	▲	◆	◆	▲	●	●	●	▲	▲	▲	◆
SWE	▲	▲	●	▲	▲	▲	●	▲	▲	●	▲	●
SWI	▲	●	●	▲	●	▲	▲	●	●	▲	...	●
TUR	...	...	◆	▲	...	▲	◆	◆	▲	◆	...	◆
UNK	▲	●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	◆	▲	▲
USA	●	●	▲	▲	●	...	●	▲	●	◆	▲	▲

Note : Les cercles indiquent les pays de l'OCDE se trouvant dans les deux déciles supérieurs ; les diamants indiquent ceux qui se trouvent dans les deux déciles inférieurs ; et les triangles, ceux qui se trouvent dans les six déciles intermédiaires. Par ailleurs, l'indicateur « habitation sans équipement de base » ne prend en compte que les données se référant à des habitations dépourvues de toilettes internes à chasse d'eau.



Les indicateurs choisis pour mesurer chaque aspect d'un domaine de la santé doivent être liés à une cible convenue en vue du suivi des progrès accomplis pour atteindre le but de Santé 2020 : améliorer la santé de la population dans le contexte du bien-être. Les méthodes de mesure doivent être aussi objectives que possible, sans pour autant renoncer aux mesures autodéclarées validées, ni aux enseignements tirés des évaluations de la performance des systèmes de santé. Elles impliquent de trouver des indicateurs de mesure pour les données qui existent déjà, ou de recommander les nouvelles mesures potentielles qu'il faudrait mettre au point et tester. Dans les deux cas, la mesure de ces indicateurs doit atteindre des niveaux acceptables de fiabilité et de validité.

La méthode de mesure doit permettre les comparaisons et l'interprétation de la santé dans le contexte du bien-être dans et entre les pays. Par

Figure 76.  
 Indice composé de l'OCDE du vivre mieux : un indice unique pour chaque pays



Source : Comment va la vie ? Mesurer le bien-être (90).

**Encadré 21.****Difficultés de la mesure de la santé et du bien-être – les principaux messages**

- Il n'existe pas de définition unique du bien-être dans l'espace et le temps, mais plutôt un accord général sur le fait que la santé est l'une de ses composantes essentielles.
- Il existe de multiples méthodes de mesure, mais elles ne comprennent pas de critère suivant lequel sélectionner un outil.
- La présentation de données multidimensionnelles n'est pas toujours constante ou transparente.
- Les interprétations peuvent être limitées, en raison des différences de pondération ou combinaison des domaines, et de la difficulté de combiner les données sur différentes échelles.

conséquent, les valeurs (ou données) de chaque indicateur de la santé doivent être disponibles. Il faut également tester et évaluer diverses méthodes possibles de combinaison des indicateurs, de communication des informations dans un indice unique pour le domaine de la santé, et d'interprétation de cet indice.

Il est également nécessaire de décrire et faire savoir la façon dont les responsables politiques, les professionnels de santé et les autres acteurs concernés dans la Région européenne peuvent utiliser ces informations. La communication doit comprendre des outils permettant une présentation des chiffres et des interactions grâce à un support médiatique en ligne.

---

## Où en sommes-nous à présent ?

Sur la base des consultations techniques organisées auprès d'experts en 2012 (59,60), le Bureau régional propose une première définition de haut niveau du bien-être, qui pourrait servir de terme générique pour d'autres initiatives internationales fondées sur les populations :

*Le bien-être comporte deux dimensions, l'une subjective et l'autre objective. Il inclut l'expérience personnelle de la vie et une comparaison entre les conditions de vie et les normes et valeurs sociales.*

L'expression « normes et valeurs sociales » est utilisée dans le but d'identifier le seuil ou niveau minimal des différents éléments objectifs du bien-être, tout en admettant que ces seuils peuvent varier au fil du temps. La définition recommandée sous-entend également les points suivants.

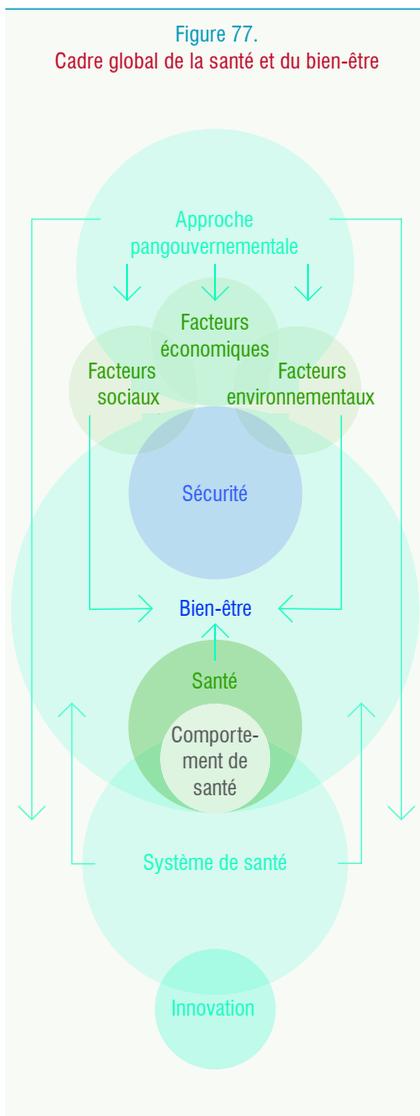
- Il existe des interactions entre bien-être et santé qui possèdent certains déterminants communs, tels que les systèmes sanitaires et sociaux. La santé influence le bien-être global. Pourtant, le bien-être prédit aussi l'état de santé futur.
- Tous pays confondus, on s'accorde généralement sur « les grandes lignes » ou les ingrédients minimaux du bien-être, même si la détermination des domaines ou éléments importants reste un exercice normatif.
- Le bien-être subjectif peut comprendre la sensation générale de bien-être ressentie par une personne, son fonctionnement psychologique, ainsi que sa situation affective. Quant au bien-être objectif et aux conditions de vie, ils sont déterminés par exemple par la santé, l'éducation, l'emploi, les relations sociales, l'environnement (naturel et bâti), la sécurité, l'engagement civique et la gouvernance, le logement et les loisirs.

Cette définition indique que de multiples domaines ou champs couvrent les différents aspects du bien-être, et que la santé est un important domaine et contributeur du bien-être. La figure 77 illustre ces domaines et contributeurs et indique les approches ou points d'entrée à des fins d'amélioration. Comme nous l'avons vu, une meilleure cartographie des processus et des voies menant à un état de bien-être aidera à clarifier les possibles points d'entrée pour des actions visant à accroître le bien-être moyen et sa répartition dans une population.

En outre, des éléments tant subjectifs qu'objectifs peuvent être inclus en tant que secteurs complémentaires de chaque domaine du bien-être. Mais il est important de préciser quel cadre sera utilisé et dans quel but. Par exemple, un cadre descriptif aiderait à déterminer un mode de description et de mesure du bien-être. Un cadre orienté vers l'action aiderait les responsables politiques ou les professionnels à comprendre quels sont les points d'entrée pour l'action et le changement, grâce aux études de répartition et aux informations scientifiques montrant ce qui fonctionne dans la pratique.

Pour affiner les cadres et proposer une définition plus spécifique du bien-être dans ce contexte, il est nécessaire de passer en revue les concepts actuels de manière plus approfondie. Bien que le bien-être recouvre clairement un ensemble de domaines, qui comprend entre autres, la santé, le groupe d'experts a recommandé que le Bureau régional se concentre sur sa mission centrale, qui concerne la santé, et dirige les progrès de la mesure du bien-être vers les domaines de la santé et des aspects liés à la santé (59,60).

L'interprétation et l'utilité des profils multidimensionnels de la santé et du bien-être seront renforcées si l'on teste par avance les relations hypothétiques existant avec différents groupes de maladies, différents groupes socioéconomiques et démographiques et d'autres critères externes. Dans ce domaine spécifique, étant donné le manque de données et selon les choix de définition et d'indicateurs du bien-être à utiliser, on pourrait opter pour une cible de processus au moins pour Santé 2020, qui porterait sur la collecte de données sur le bien-être par les autorités publiques. Une feuille de route définissant une cible de résultat, qui dépendrait de la cible de processus, pourrait l'accompagner. La cible de résultat pourrait être formulée en termes de réduction des lacunes décelées chez des groupes spécifiques au plan national, tenant ainsi compte des inégalités et des variations au sein de la Région. Les autres options sont les suivantes : établir une cible d'accroissement du bien-être total dans la Région (quelle que soit la méthode de mesure) ; choisir de privilégier quelques aspects particuliers (en lien avec la santé) ; ou privilégier la diminution des inégalités dans un domaine donné du bien-être global (par exemple, la baisse du gradient social relatif aux revenus ou à l'éducation).



## Comment pouvons-nous utiliser ces informations pour améliorer la santé et accroître le bien-être ?

L'élaboration des politiques publiques est un processus qui se forme et se développe au fil du temps. Il peut comprendre la fixation d'objectifs politiques de haut niveau, la discussion du rôle du gouvernement dans leur réalisation, la recherche des ressources et leur meilleure utilisation possible par les autorités publiques, notamment par la gestion des compromis et des priorités concurrentes. L'élaboration de politiques implique souvent une grande variété d'acteurs, des ministres et décideurs principaux aux autres responsables politiques et parlementaires, en passant par les groupes d'intérêt, les groupes de patients et les groupes communautaires, les fonctionnaires, les professionnels du service public, les chercheurs et autres experts, et le grand public.

Ces dernières années, des initiatives nationales et internationales pour la promotion de l'emploi des indicateurs du bien-être dans les politiques sont apparues. Ce que mesurent ces indicateurs va au-delà de la performance économique et peut compléter les mesures standard de la mortalité, des incapacités ou de la maladie au sein du secteur de la santé. Ces initiatives sont très diverses en termes de portée, de méthodes, de cibles et de publics clés. Certaines d'entre elles sont présentées brièvement dans ce chapitre. Elles ont parfois en commun l'objectif de faire participer les citoyens à la définition de la mesure du bien-être et des progrès accomplis. Dans de nombreux pays, les activités liant le bien-être et la santé se multiplient, et portent notamment sur la fixation de cibles d'amélioration des interventions en faveur de la santé dans le contexte du bien-être (encadré 22). Bien que la pertinence directe de ces initiatives et de leurs objectifs pour les politiques soit variable, elles visent toutes à influencer sur l'élaboration de ces politiques : par exemple, l'indice du vivre mieux de l'OCDE a été diffusé pour promouvoir l'établissement de points de référence et l'apprentissage mutuel (90).

Santé 2020 cherche à fixer des objectifs politiques, ce qui implique la mise en place d'actions pour améliorer la situation. Si elles doivent être utilisées dans le cadre de Santé 2020, les mesures du bien-être doivent être étudiées attentivement, tant du point de vue des informations contenues que de celui des points d'entrée. Par exemple, les facteurs influant sur les résultats sanitaires peuvent être liés aux caractéristiques des personnes (les patients), aux programmes de prestation de service (tels que le système de santé), ou encore à l'environnement de vie (notamment la situation environnementale, les conditions de travail, l'immigration, les revenus et autres inégalités). Les

### Encadré 22.

#### Étude de cas :

#### hygiène du travail et bien-être dans l'ex-République yougoslave de Macédoine

L'Institut national de médecine du travail, qui est un centre collaborateur de l'OMS, plaide pour les principes de l'Organisation dans le domaine de l'hygiène du travail, notamment le bien-être, aux niveaux national et international. Il a pris part à la préparation de la stratégie et du plan d'action nationaux 2011-2015 pour la sécurité et la santé au travail, sous la coordination du ministère de la Santé. Cette action commune a débouché sur la création d'un réseau national de santé publique en faveur de services d'hygiène du travail, dont le but était d'améliorer la santé et d'accroître le bien-être dans les groupes de travailleurs vulnérables.

Depuis 2007, l'institut applique la nouvelle approche pour les services de base d'hygiène du travail, au sein du cadre des programmes de prévention, pour évaluer l'état de santé et l'aptitude au travail, et soutenir les ouvriers agricoles et les chômeurs. Certaines activités d'évaluation des interventions du point de vue des effets sur le bien-être des employés comportent des recherches concernant le stress sur le lieu de travail et l'épuisement professionnel (soutenues par le septième programme-cadre de l'UE) et sur les risques professionnels liés aux maladies infectieuses chez les agents de santé.

Par ailleurs, l'institut a participé à l'élaboration de la stratégie et du plan d'action nationaux pour l'adaptation des soins de santé au changement climatique (2011-2015), d'un plan d'action sanitaire contre la chaleur et d'un plan d'action sur la prévention des effets néfastes du froid pour la santé des populations. L'institut est également à l'origine de la fondation d'un réseau de l'Europe du Sud-Est en faveur de la santé des travailleurs, qui comprend l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, la Croatie, le Monténégro, la Roumanie, la Serbie et la Turquie. Ce réseau entend renforcer la coopération sous-régionale en matière d'hygiène du travail et contribuer à la mise en œuvre du *Plan d'action mondial de l'OMS pour la santé des travailleurs* (98).

systèmes de santé influent de manière évidente sur la santé et le bien-être : les enseignements tirés des évaluations de la performance de ces systèmes, et les méthodes associées pour quantifier et déterminer leur rôle global à cet égard sont cruciaux pour la pertinence des actions entreprises pour les politiques menées (encadré 23).

Bien que cette question soit hors de notre propos, certains de ces facteurs peuvent ne pas relever directement des interventions politiques, et certaines

#### Encadré 23.

##### Rôle des systèmes de santé pour le bien-être

Dans l'une de ses publications intitulée *Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems* (Systèmes de santé, santé, prospérité et bien-être de la société. Évaluation des arguments en faveur d'un investissement dans les systèmes de santé) (99), l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé décrit le rôle des systèmes de santé dans le bien-être sociétal de trois manières différentes, à partir d'un cadre conceptuel (voir figure ci-dessous).

- Les systèmes de santé produisent de la santé, qui est l'une des composantes majeures du bien-être.
- Ils font la promotion de la santé, car ils représentent un élément important de l'économie, qui est un facteur indirect mais essentiel, du bien-être.
- Ces systèmes agissent directement sur le bien-être sociétal, puisque les individus tirent satisfaction de l'existence de services de santé et de leur capacité à y accéder.

L'assemblage formé par ces trois facteurs d'accroissement du bien-être sociétal, et la nature des relations existant entre systèmes de santé, santé et prospérité, sont nécessairement différents selon les contextes et les juridictions ou pays. Dans la publication de l'Observatoire européen (99), le bien-être est une sorte de principe général, et le rôle des systèmes de santé n'est pas mesuré explicitement. Ce document indique plutôt que de meilleurs résultats sanitaires et des populations en meilleure santé, grâce à des systèmes fonctionnant bien, peuvent contribuer à l'accroissement du bien-être.

**La santé est au centre de la prospérité et du bien-être sociétal (les systèmes de santé sont un catalyseur)**

La santé est une composante majeure du bien-être.

- La santé importe en soi, d'ailleurs les citoyens de la Région européenne accordent une valeur élevée au fait d'être en bonne santé.
- La santé augmente la productivité économique et le revenu national, ce qui peut favoriser le bien-être sociétal – une population en bonne santé est plus productive.

La santé a des conséquences sur la prospérité, et vice versa.

- Elle peut contribuer aux profits budgétaires par la réalisation d'économies sur les dépenses de santé – un meilleur état de santé diminue les demandes de soins, aujourd'hui et à l'avenir.
- La prospérité influe sur la santé, de manière directe par les conditions matérielles, et indirecte par la participation sociale et le contrôle dont disposent les personnes sur leur vie.

La santé traduit également le progrès des sociétés. Les mesures du développement social doivent en tenir compte.

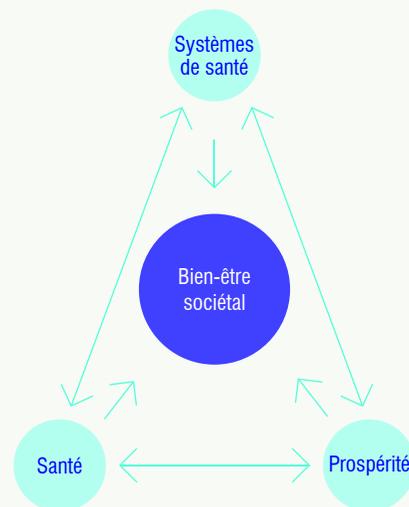
##### L'investissement dans les systèmes de santé offre de réels avantages

Les sociétés peuvent choisir comment et combien investir dans les systèmes de santé, en dépit de demandes concurrentes de ressources. Des investissements appropriés dans ces systèmes constituent une manière efficace d'améliorer la santé et d'accroître la prospérité, et donc de contribuer au bien-être sociétal.

- Les systèmes de santé sont un soutien à l'amélioration de la situation sanitaire des sociétés et à leur activité économique.
- Les services de santé sauvent des vies.
- Des interventions de santé publique bien ciblées font une différence.
- Les systèmes de santé aident à créer du bien-être sociétal, notamment en favorisant l'équité et la réactivité.

L'Observatoire possède un programme spécial sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé, dont les objectifs sont de « disposer de meilleures méthodes de mesure et d'analyse, et de démontrer comment les mesures comparatives peuvent aider à concevoir et évaluer des initiatives de renforcement des systèmes de santé » (100). La publication *Health systems, health, wealth and societal well-being* (99) décrit les progrès accomplis dans ce domaine ; un second volume est prévu pour 2013.

##### Systemes de santé, santé, prospérité et bien-être sociétal



mesures du progrès sociétal (telles que celles des relations sociales ou du bien-être subjectif) peuvent être trop générales pour permettre de mettre à jour un lien causal avec les interventions publiques dans des domaines spécifiques.

En outre, il existe de possibles limites à l'usage des indicateurs du bien-être. Un grand nombre d'entre eux, qu'utilisent les organisations ou les États membres, sont plus adaptés au suivi du bien-être qu'à l'évaluation de l'impact de mesures politiques particulières. Néanmoins, il est important de tenir compte de la manière dont les résultats mesurés correspondent aux interventions politiques, et des moyens choisis par d'autres organisations, telles que l'OCDE, pour régler avec précision le choix de leurs indicateurs d'un point de vue politique.

L'OMS/Europe peut soutenir l'exploitation des mesures de la santé et du bien-être dans les politiques menées, et ce de la façon suivante. Elle peut :

- fournir des informations scientifiques sur les dispositifs et les outils que le secteur de la santé peut utiliser pour accroître le bien-être dans tous les secteurs. Ce rôle peut être étendu à l'appui des responsables politiques dans leur action en faveur du bien-être dans le secteur de la santé, dans les autres secteurs, dans l'ensemble des pouvoirs publics et en partenariat avec les acteurs non gouvernementaux ;
- diffuser des informations ayant une pertinence politique, et préparées en collaboration avec les institutions européennes ou les États membres (encadré 24) ;
- étudier comment les indicateurs du bien-être doivent être interprétés et utilisés par rapport aux mesures standard de la mortalité, de la morbidité et de la performance des systèmes de santé : ils sont destinés à compléter ces mesures, et non à les remplacer.

L'existence d'un programme de recherche sur les questions statistiques et méthodologiques abordées dans ce chapitre est assurée. Celui-ci pourrait également porter sur les moyens de développement et de test des meilleurs modes de communication de mesures de bien-être qui :

- incluent la santé en tant que domaine important ;
- sont reliés à l'évaluation de la performance des systèmes de santé ;
- offrent une vision plus large des composantes importantes d'une vie agréable ;
- tiennent compte de la façon dont les changements dans un domaine peuvent avoir un impact dans un ou plusieurs autres domaines.

#### Encadré 24.

##### Utilité des mesures du bien-être pour les responsables politiques

L'analyse de l'OCDE (90,101) montre que les responsables politiques utilisent les mesures du bien-être pour :

- stimuler le discours public et contribuer à privilégier les politiques qui comptent pour les vies des populations, et pour formuler des politiques plus légitimes et socialement acceptables, dont les chances de succès soient supérieures ;
- déterminer les priorités d'action nécessaires afin d'atteindre l'objectif global d'amélioration de la vie des populations ;
- disposer d'un large ensemble de critères à partir desquels des interventions politiques spécifiques peuvent être évaluées.

Les priorités apparaissent lorsque l'on 1) définit ce qui importe pour l'accroissement du bien-être ; 2) détermine les points forts et les points faibles des conditions de vie dans un pays particulier, les inégalités face au bien-être au sein d'un pays et les groupes de personnes particulièrement vulnérables, qui pourraient tirer bénéfice d'interventions politiques ; et 3) évalue les relations entre les différentes dimensions du bien-être et leurs déterminants politiques, pour mieux gérer les compromis à réaliser à cet égard.

---

## Perspectives

L'amélioration de la santé et l'accroissement du bien-être sont reconnus comme des éléments essentiels de Santé 2020. Pour avancer dans cette direction, en particulier pour mesurer la santé dans le contexte du bien-être, le Bureau régional peut s'appuyer sur les activités très diverses toujours en cours pour mesurer le bien-être au niveau européen, et sur les nombreuses initiatives nationales (encadré 25).

Cependant, de très nombreux pays de la Région ne disposent pas d'actions nationales (au sein des ministères de la Santé, d'autres ministères ou de bureaux nationaux des statistiques), ni de recherches pour conceptualiser, collecter ou utiliser les informations sur la santé et le bien-être. Toute activité visant à accroître le bien-être au niveau régional devrait étudier les différentes possibilités permettant de soutenir un grand nombre de pays, comprenant des données et des points de départ de mesure différents et reliant les centres de recherche aux responsables politiques dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs.

Ce chapitre présente une approche visant à développer la mesure des progrès accomplis en matière de santé dans le contexte du bien-être, en fonction de « ce que nous apprécions ». Pour résoudre les difficultés décelées dans la Région européenne et mettre en application les solutions pour 2020, il faudra trouver des collaborateurs, des ressources et des processus pouvant soutenir les travaux conjoints, c'est-à-dire « noter les progrès réalisés ». Le dernier chapitre de ce rapport traite de certains points de ce programme, notamment des dispositifs permettant d'affiner les concepts et de se mettre d'accord sur les normes, la validité et les limites ; des difficultés méthodologiques ; des méthodes et des problèmes de mesure ; et de l'interprétation de la santé et du bien-être au niveau de la Région européenne.

## Encadré 25.

## Étude de cas : bien-être de l'enfant en Italie – une profusion d'études de recherche

Un rapport du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) met à disposition les indicateurs italiens du bien-être de l'enfant, aux côtés de ceux de 20 autres pays, dans le cadre d'un projet sur le bien-être de l'enfant dans les pays riches (tableau).

Par ailleurs, plusieurs études nationales évaluent les facteurs compris dans la définition du bien-être au sens large, bien qu'aucune étude n'ait été précédemment axée sur la collecte d'indicateurs spécifiques du bien-être de l'enfant. En 2008, l'Institut national italien des statistiques (ISTAT) a lancé une enquête pour évaluer les aspects fonctionnels, les incapacités, la santé et le bien-être d'élèves handicapés dans des établissements scolaires de niveau primaire et du premier niveau de l'enseignement secondaire. Financée

par le ministère du Travail et de la Politique sociale, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, des Universités et de la Recherche, son objectif est d'étudier les ressources et les outils adoptés par des établissements scolaires pour faciliter l'intégration des élèves handicapés, et donc améliorer les aspects fonctionnels de leur vie et leur bien-être. L'enquête fournit des indicateurs fondés sur le cadre de la CIF (97), sur les types de problèmes de santé rencontrés et sur l'environnement scolaire : accessibilité des bâtiments, présence d'enseignants apportant un soutien à l'apprentissage et d'autres professionnels particuliers, et utilisation des technologies d'enseignement.

Deux vagues d'enquêtes ont été réalisées (en 2008-2009 et 2009-2010). Les résultats de la première

d'entre elles sont disponibles en anglais (103). Pendant la seconde vague, plus de 89 % des établissements scolaires (soit plus de 23 000) ont rempli le questionnaire. L'analyse de la troisième vague de 2012 est en cours.

La pauvreté et le bien-être de l'enfant en Italie sont l'objet d'une nouvelle publication (104). Des universités et des centres de recherche italiens mènent aussi actuellement plusieurs études sur le bien-être de l'enfant. Enfin, la fondation de l'Institut neurologique Carlo Besta a mis en place des études pilotes sur les incapacités, le bien-être et la qualité de vie en rapport avec la santé chez les enfants atteints de troubles neurologiques, tels que le syndrome de Gilles de la Tourette et la dystonie.

Tableau récapitulatif.  
Bien-être de l'enfant dans les pays riches

Dimensions du bien-être de l'enfant	Classement moyen (pour les 6 dimensions)	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5	Dimension 6
		Bien-être matériel	Santé et sécurité	Bien-être éducatif	Relations familiales et avec les pairs	Comportements et risques	Bien-être subjectif
Pays-Bas	4,2	10	2	6	3	3	1
Suède	5,0	1	1	5	15	1	7
Danemark	7,2	4	4	8	9	6	12
Finlande	7,5	3	3	4	17	7	11
Espagne	8,0	12	6	15	8	5	2
Suisse	8,3	5	9	14	4	12	6
Norvège	8,7	2	8	11	10	13	8
Italie	10,0	14	5	20	1	10	10
Irlande	10,2	19	19	7	7	4	5
Belgique	10,7	7	16	1	5	19	16
Allemagne	11,2	13	11	10	13	11	9
Canada	11,8	6	13	2	18	17	15
Grèce	11,8	15	18	16	11	8	3
Pologne	12,3	21	15	3	14	2	19
Républ. tchèque	12,5	11	10	9	19	9	17
France	13,0	9	7	18	12	14	18
Portugal	13,7	16	14	21	2	15	14
Autriche	13,8	8	20	19	16	16	4
Hongrie	14,5	20	17	13	6	18	13
États-Unis	18,0	17	21	12	20	20	–
Royaume-Uni	18,2	18	12	17	21	21	20

Note : Pays de l'OCDE dont les données sont insuffisantes, à inclure dans l'aperçu : Australie, Islande, Japon, Luxembourg, Mexique, Nouvelle-Zélande, République de Corée, Slovaquie et Turquie.

Source : *Child poverty in perspective* (102).





# 04

---

Compte à rebours  
jusqu'en 2020 :  
noter les progrès réalisés

Alors que ce rapport met en évidence la pléthore d'informations sanitaires disponibles dans la Région européenne de l'OMS, il reste d'énormes défis en matière d'évaluation et de mesure :

- les données utiles pour mesurer les progrès réalisés ne sont pas disponibles pour tous les pays ;
- les définitions varient d'un pays à l'autre et les classifications des maladies ne sont pas appliquées de manière homogène ;
- il existe des variations dans les populations couvertes par l'enregistrement d'événements relevant de l'État civil, qui n'est pas encore obligatoire dans tous les pays de la Région.

Le Bureau régional est soucieux d'aider les États membres à améliorer davantage la communication et le suivi des informations sanitaires dans le cadre de la réalisation de Santé 2020.

S'agissant de la mise en œuvre et de l'impact de Santé 2020, l'une des principales difficultés est qu'il faut disposer de données au niveau des pays pour suivre les progrès réalisés. Les grands buts (ou cibles générales) et leurs indicateurs ont été sélectionnés en fonction de la disponibilité des données, ainsi que de leur importance pour la réalisation de Santé 2020. Les informations recueillies systématiquement ou régulièrement dans la plupart des pays européens peuvent fournir des données sur la majorité des indicateurs répertoriés pour les cibles. Néanmoins, les différences dans les définitions, les populations couvertes et la qualité des données entravent les comparaisons. Comme les progrès seront mesurés au niveau régional, ces difficultés vont se multiplier, sans pour autant rendre les comparaisons futiles.

Le Bureau régional aide les pays à améliorer la collecte, l'analyse et la communication d'informations sanitaires au niveau national moyennant des outils et des instruments. Comme nous l'avons mentionné, l'OMS collabore avec la Commission européenne et l'OCDE pour mettre en place un système unique intégré d'information sanitaire pour l'Europe, couvrant les 53 États membres (encadré 26).

Parmi les principaux défis, citons les suivants :

- adapter toute la gamme de sources de données et de normes, depuis les statistiques de l'État civil jusqu'aux enquêtes sur les ménages, afin que celles-ci comportent des moyens identiques de ventiler les données par couches sociales ou par d'autres types de strates, et permettent le suivi des inégalités de santé dans et entre les pays ;
- établir comment répartir l'ensemble des 53 pays dans des agrégats sous-européens logiques ou en fonction des tendances sous-régionales, étant

## Encadré 26.

## Feuille de route pour un système intégré d'information sanitaire pour l'Europe

Depuis 2011, la Commission européenne et l'OMS/Europe œuvrent ensemble à la mise en place d'un système intégré d'information sanitaire pour l'ensemble des 53 pays de la Région européenne. Les premières étapes déjà accomplies sont notamment les suivantes :

- analyse et recensement de toutes les bases et collections de données chez ces deux organismes ;
- création de nouveaux partenariats, notamment avec l'OCDE ;
- élaboration d'une feuille de route pour mettre en place une seule et unique plate-forme européenne d'information sanitaire.

Les prochaines étapes portent notamment sur des analyses détaillées des situations nationales et un plan d'intégration des principaux indicateurs de base dans cette plate-forme.

Ce système intégré permettra à terme d'alléger le fardeau des pays en matière d'établissement de rapports et de communication de données, ces derniers devant souvent soumettre des informations à plusieurs agences et organismes. Ce sera aussi un endroit centralisé pour l'information sanitaire en Europe.

Ces travaux, de même que l'élaboration d'une stratégie d'information sanitaire pour l'Europe, progressent bien. Au cours de la session de 2012 du Comité régional, le Bureau régional et l'OCDE ont signé un plan d'action commun portant notamment sur une collaboration concrète dans plusieurs domaines de la santé publique, notamment l'information sanitaire.

donné que les groupes sous-régionaux actuels (UE<sub>12</sub>, UE<sub>15</sub> et CEI, annexe) n'incluent pas 14 États membres ;

- augmenter la validité et la fiabilité des données provenant des 53 pays et communiquées à la base de données de la Santé pour tous (6), à la lumière des activités réalisées en collaboration avec les États membres et d'autres entités régionales ;
- améliorer la mesure et la notification de la charge totale des maladies, dont la morbidité et d'autres états, en particulier au regard de la santé mentale ;
- recueillir des données dans le secteur de la santé et les autres secteurs, établir des liens entre celles-ci et les rendre accessibles, afin de soutenir la stratégie de la santé dans toutes les politiques ainsi que l'analyse intersectorielle, la formulation de politiques, le suivi et l'évaluation ;
- réaliser des progrès concernant la surveillance et l'observation des flambées épidémiques, ainsi que le respect du Règlement sanitaire international (105) dans toute la Région européenne, et via des connexions avec d'autres Régions (grâce à la gouvernance pour la santé et à la lutte contre les maladies transmissibles) ;
- élaborer une feuille de route pour tenter de résoudre ces difficultés et parvenir à des solutions, en désignant des collaborateurs, des ressources et des processus, et un programme de recherche pour soutenir une action conjointe.

Le chapitre 1 contient un compte rendu détaillé de la situation sanitaire des populations européennes. Les indicateurs présentés, cependant, sont majoritairement des indicateurs de la mortalité plutôt que des indicateurs synthétiques de la santé de la population (tels que les AVCI). Ces derniers renferment des informations sur les issues mortelles et non mortelles, pour dresser un tableau plus complet de la charge des maladies. Le Bureau régional a l'intention de collaborer plus étroitement avec les États membres afin de renforcer l'utilisation de ces indicateurs synthétiques qui, outre la mortalité, portent sur des aspects liés à l'invalidité et à la morbidité.

L'accroissement des inégalités de santé évoqué dans le présent rapport rend encore plus urgente la nécessité de mieux comprendre les cheminements à suivre afin de garantir la santé et le bien-être, et leur répartition dans la Région européenne et au sein des pays. Il s'agit également de pouvoir mieux déterminer la proportion et l'ampleur de l'impact sanitaire d'une intervention donnée (du secteur de la santé et d'autres secteurs), ainsi que la réduction correspondante des inégalités de santé.

La mesure du bien-être dans le cadre de la santé, et la définition à terme d'un niveau cible à cet égard, constituent un défi important. Comme il est expliqué au chapitre 3, de nombreux acteurs se sont attaqués à ces problèmes dans une optique intersectorielle, et l'OMS œuvre avec ses partenaires à les résoudre dans le contexte de la santé. Le chapitre 3 présente également une feuille de

route détaillée qui permettra de proposer des indicateurs pour le bien-être en 2013.

Réduire la fragmentation et accroître la pérennité des systèmes d'information sanitaire en Europe sont d'autres défis à relever. La réunion d'experts sur les indicateurs, organisée par le Bureau régional en juin 2012 (60), a permis le recensement de plusieurs initiatives diverses menées au fil des ans, notamment dans l'UE, en vue d'harmoniser les définitions, les méthodes et la collecte d'indicateurs, notamment les indicateurs de santé de la Communauté européenne (58), le Système d'information sur l'environnement et la santé de l'OMS (106) et l'Enquête européenne de santé par examen (107). Or, les contraintes financières menacent la majorité de ces efforts de collecte de données. En étroite collaboration avec la Commission européenne, le Bureau régional soutiendra les approches qui utilisent les infrastructures existantes et œuvrent à la mise en place d'un seul système intégré d'information sanitaire en Europe.

Les experts réunis par le Bureau régional (60) ont émis quelques observations et recommandations clés à l'appui de cette approche que le Bureau régional, les États membres et les principaux partenaires pourraient d'ailleurs mener de l'avant.

- S'appuyer sur les activités d'information sanitaire existantes. Malheureusement, un terme a été mis à plusieurs activités d'information sanitaire de longue durée, notamment au niveau de l'UE. Elles ont cependant produit des outils, des méthodes et des normes utiles ; il importe d'ailleurs de ne pas les abandonner, mais d'en poursuivre l'utilisation.
- Procéder à l'échange des connaissances et des compétences avec les pays qui sont à la traîne : par exemple, les connaissances sur l'organisation d'enquêtes fait défaut dans certains pays d'Europe orientale. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour accroître la participation des pays de toutes les régions d'Europe.
- Mettre en exergue les avantages d'un système commun d'information sanitaire qui permettra de réduire les charges administratives des États membres et d'améliorer la qualité et l'interprétation des données.

Dans le cadre des efforts consentis à l'amélioration du suivi et de la communication des données, l'OMS/Europe continuera d'encourager les États membres à faire part de leur expérience dans la réalisation de chacune des cibles de Santé 2020, notamment les meilleures pratiques et les exemples de réussite, et à expliquer comment les méthodes et les approches ont donné des résultats probants dans des contextes particuliers.

En outre, le Bureau régional collabore avec les États membres et les partenaires afin d'améliorer l'utilisation des nouvelles technologies et des innovations, en

particulier dans le domaine de la cybersanté. Il importe de soutenir l'échange d'informations sûres et utiles dans le contexte européen, tout en respectant la législation relative à la protection des données, les droits des patients et la responsabilisation.

Les informations et les bases factuelles ne sont valables et pertinentes que si elles sont bien utilisées par les responsables politiques. Le Bureau régional soutient les nouvelles initiatives visant à traduire les bases factuelles en politiques, notamment EVIPNet, le Réseau de l'OMS pour des politiques inspirées de bases factuelles (108). Cette plate-forme, qui s'est avérée efficace dans les autres Régions de l'OMS, propose des ateliers et des outils pour que les pays puissent formuler des questions politiques et y répondre en utilisant les meilleurs éléments de preuve disponibles. Le Bureau régional a lancé officiellement EVIPNet Europe avec quatre États membres d'Asie centrale en octobre 2012. Il a bénéficié du soutien massif de participants et de partenaires, notamment de divers organismes des Nations Unies et agences donatrices (108).

L'OMS/Europe aura fini de mettre au point, d'ici ces prochains mois, les indicateurs pour les cibles de Santé 2020, dont ceux relatifs au bien-être, grâce au travail de ses groupes d'experts et en étroite collaboration avec les États membres. La tenue d'une consultation nationale en ligne et de discussions approfondies avec les organes directeurs précéderont la présentation des propositions définitives lors de la session du Comité régional de septembre 2013.

*Le Rapport sur la santé en Europe 2012* n'est que le point de départ du périple qu'entreprendront les États membres de la Région européenne. Il constitue une plate-forme de discussion, tout en permettant la responsabilisation et l'évaluation des avancées accomplies au niveau régional dans la mise en œuvre de Santé 2020. *Le Rapport sur la santé en Europe 2012* facilite le suivi de l'impact de Santé 2020 sur la santé et le bien-être en Europe ; les prochains rapports s'en serviront comme base de référence pour mesurer les progrès réalisés.



---

## Références

1. *Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être*. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/170263/RC62wd09-Fre.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170263/RC62wd09-Fre.pdf), consulté le 17 janvier 2014).
2. *Rapport sur la santé en Europe 2009 : santé et systèmes de santé*. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/117463/E94076.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/117463/E94076.pdf), consulté le 17 janvier 2014).
3. *La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : version actualisée de 2005*. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2005 (Série européenne de la Santé pour tous n° 7 ; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98388/E88126.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98388/E88126.pdf), consulté le 20 janvier 2014).
4. *SANTÉ21 – La Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle. Introduction*. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 1999 (Série européenne de la Santé pour tous n° 5 ; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/88591/EHFA5-F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/88591/EHFA5-F.pdf), consulté le 20 janvier 2014).
5. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 1948 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>, consulté le 20 janvier 2014).
6. Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (<http://data.euro.who.int/hfad/>, consulté le 20 janvier 2014).
7. World Population Prospects, the 2008 revision [online database]. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2008 (<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/trends/population-prospects.shtml>, accessed 4 July 2014).
8. *Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020*. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/175545/RC62wd10Rev1-Fre.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/175545/RC62wd10Rev1-Fre.pdf), consulté le 20 janvier 2014).

9. World Urbanization Prospects, the 2009 revision [online database]. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2009 (<http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>, accessed 27 June 2011).
10. *Statistiques sanitaires mondiales 2010*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 ([http://www.who.int/whosis/whostat/FR\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS10_Full.pdf), consulté le 20 janvier 2014).
11. Base de données européenne sur la mortalité [base de données en ligne]. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (<http://data.euro.who.int/hfamdb/>, consulté le 20 janvier 2014).
12. OMD 4 : réduire la mortalité de l'enfant [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011 ([http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/child\\_mortality/fr/index.html](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/fr/index.html), consulté le 20 janvier 2014).
13. OMD 5 : améliorer la santé maternelle [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011 ([http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/maternal\\_health/fr/index.html](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/fr/index.html), consulté le 20 janvier 2014).
14. *Millennium Development Goals in the WHO European Region: a situational analysis at the eve of the five-year countdown*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/95595/E93723.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/95595/E93723.pdf), accessed 21 June 2011).
15. *Rapport mondial sur le handicap*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2001 ([http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report/fr/index.html](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/fr/index.html), consulté le 20 janvier 2014).
16. Base de données détaillée sur la mortalité européenne [base de données en ligne]. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (<http://data.euro.who.int/dmdb/>, consulté le 20 janvier 2014).
17. Lawes C, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*, 2008, 371(9623):1513–1518.

18. Ferlay J et al. GLOBOCAN 2008 v2.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [web site]. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2010 (<http://globocan.iarc.fr>, accessed 8 November 2012).
19. Verdecchia A et al. Survival trends in European cancer patients diagnosed from 1988 to 1999. *European Journal of Cancer (Oxford, England)*, 2009, 45(6):1042–1066.
20. Atlas interactifs [système d'information en ligne]. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health/interactive-atlases>, consulté le 20 janvier 2014).
21. Anderson P, Møller L, Galea G, eds. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/e96457.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf), accessed 10 November 2012).
22. Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care*, 2006, 29(5):1007–1011.
23. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf), accessed 10 November 2012).
24. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf), accessed 10 November 2012).
25. *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 : le programme MPOWER*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2008 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596281\\_fre.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596281_fre.pdf?ua=1), consulté le 20 janvier 2014).
26. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242591017.pdf?ua=1>, consulté le 20 janvier 2014).

27. Rehm J et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 2009, 373(9682):2223-2233.
28. Ruidavets JB et al. Patterns of alcohol consumption and ischaemic heart disease in culturally divergent countries: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME). *BMJ*, 2010, 341:c6077.
29. Britton A, McKee M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:328-332.
30. Leon D et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet*, 2007, 369:2001-2009.
31. Herttua K, Mäkelä P, Martikainen P. An evaluation of the impact of a large reduction in alcohol prices on alcohol-related and all-cause mortality: time series analysis of a population-based natural experiment. *International Journal of Epidemiology*, 2011, 40(2):441-454.
32. *Lignes directrices OMS relatives à la qualité de l'air : particules, ozone, dioxyde d'azote et dioxyde de soufre : mise à jour mondiale 2005 : synthèse de l'évaluation des risques*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2006 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO\\_SDE\\_PHE\\_OEH\\_06.02\\_fre.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_SDE_PHE_OEH_06.02_fre.pdf?ua=1), consulté le 20 janvier 2014).
33. *Air quality guidelines for Europe, second edition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/74732/E71922.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74732/E71922.pdf), accessed 11 November 2012).
34. *Air quality in Europe – 2012 report*. Copenhagen, European Environment Agency, 2012 (EEA Report No. 4/2012; <http://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2012>, accessed 11 November 2012).
35. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 1992, 22(3):429-445.

36. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf), accessed 11 November 2012).
37. *Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: executive summary.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/171337/RC62BD05-Executivesummary-Report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/171337/RC62BD05-Executivesummary-Report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region.pdf), accessed 11 November 2012).
38. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and social organization*. London, Routledge, 1996:71–93.
39. Inequalities in health system performance and social determinants in Europe [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health>, accessed 12 November 2012).
40. Currie C et al., eds. *Social determinants of health and wellbeing among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf), accessed 12 November 2012).
41. Stuckler D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374(9686):315–323.
42. Table A2.4: DALYs attributable to environmental factors, by disease and mortality stratum for WHO regions in 2004. In: Prüss-Üstün A, Corvalán C. *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease.* Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/ebddalys20044.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/ebddalys20044.pdf), accessed 12 November 2012).

43. *Environmental health inequalities in Europe: assessment report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/157969/e96194.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf), accessed 12 November 2012).
44. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*, 2010, 340:c3311.
45. *Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/fr/index.html>, consulté le 20 janvier 2014).
46. Ritsatakis A. Experience in setting targets for health in Europe. *European Journal of Public Health*, 2000, 10(4):7–10.
47. *Setting targets for Health 2020*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (document EUR/RC61/Inf.Doc./7; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/149282/RC61\\_InfDoc7.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/149282/RC61_InfDoc7.pdf), accessed 13 December 2012).
48. *Stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 1981 (Série Santé pour tous, n° 3).
49. Kaprio LA. *Forty years of WHO in Europe: the development of a common health policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991 (WHO Regional Publications, European Series, No. 40; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/131690/WA\\_540\\_MW6.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/131690/WA_540_MW6.pdf), accessed 13 November 2012).
50. *Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (European Health for All Series, No. 1).
51. *Jo Eirik Asvall's memorial guide 1931–2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/121387/E94246.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/121387/E94246.pdf), accessed 13 November 2012).
52. McKee M, Fulop N. On target for health? Health targets may be valuable, but context is all important. *BMJ*, 2000, 320(7231):327–328.

53. *Rapport de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe*. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (<http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/sixty-second-session/documentation/report-of-the-sixty-second-session-of-the-who-regional-committee-for-europe>, consulté le 20 janvier 2014).
54. Paasi M. Collective benchmarking of policies: an instrument for policy learning in adaptive research and innovation policy. *Science and Public Policy*, 2005, 32(1):17–27.
55. Arbeit im Plenum. Rahmengesundheitsziele [web site]. Wien, Bundesministerium für Gesundheit, 2012 (<http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/arbeit-im-plenum/1-plenumsitzung-oktober-2011>, accessed 13 December 2012).
56. *Developing indicators for the Health 2020 targets. First meeting of the expert group, Utrecht, the Netherlands, 18–19 June 2012*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/172509/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/172509/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Eng.pdf), accessed 14 November 2012).
57. Murray CJ, Lopez AD. On the comparable quantification of health risks: lessons from the Global Burden of Disease Study. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 1999, 10(5):594–605.
58. Harbers MM et al. *Dare to compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI)*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2008 (RIVM report no. 270051011; <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270051011.pdf>, accessed 15 November 2012).
59. *Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. First meeting of the expert group, Copenhagen, Denmark, 8–9 February 2012*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/167402/Well-being-experts-meeting-16-6-2012-again.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/167402/Well-being-experts-meeting-16-6-2012-again.pdf), accessed 15 November 2012).

60. *Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. Second meeting of the expert group, Paris, France, 25–26 June 2012.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>, accessed 31 January 2013).
61. Commission sur la mesure de la performance économique et du progrès social [site Web]. Paris : Commission sur la mesure de la performance économique et du progrès social ; 2009 (<http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/fr/index.htm>, consulté le 20 janvier 2014).
62. Sen A. *Development as freedom*, Oxford, Oxford University Press, 2000.
63. Nussbaum MC. *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2011.
64. Fleurbaey M. Capabilities, functionings and refined functionings. *Journal of Human Development*, 2006, 7(3):299–310.
65. *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. Paris, OECD Publishing, 2013 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>).
66. Stoll L, Michaelson J, Seaford C. *Well-being evidence for policy: a review*. London, New Economics Foundation, 2012 ([http://www.neweconomics.org/sites/neweconomics.org/files/Wellbeing\\_Evidence\\_for\\_Policy\\_final.pdf](http://www.neweconomics.org/sites/neweconomics.org/files/Wellbeing_Evidence_for_Policy_final.pdf), accessed 15 November 2012).
67. Graham C, Higuera L, Lora E. Which health conditions cause the most unhappiness? *Health Economics*, 2011, 20(12):1431–1447.
68. Howell RT, Kern ML, Lyubomirsky S. Health benefits: metaanalytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 2007, 1(1):83–136.
69. Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective wellbeing contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2011, 3(1):1–43.
70. Huppert FA, Baylis N, Keverne B, eds. *The science of well-being*. Oxford, Oxford University Press, 2005.

71. Stewart-Brown S. Measuring the parts most measures do not reach: a necessity for evaluation in mental health promotion. *Journal of Mental Health Promotion*, 2002, 1(2):4–9.
72. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits, deuxième édition*. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2003 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98439/E82519.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf), consulté le 20 janvier 2014).
73. Huppert FA. Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Wellbeing*, 2009, 1(2):137–164.
74. WHO-Five Well-being Index (WHO-5) [web site]. Hillerød, Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand, 2012 (<http://www.who-5.org/>, accessed 15 November 2012).
75. Diener E et al. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985, 49:71–75.
76. Cohen S, Kamarck X, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, 24(4):385–396.
77. Stewart-Brown S et al. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2009, 7:15 (doi: 1510.1186/1477-7525-7-15).
78. Steger MF, Samman E. Assessing meaning in life on an international scale: psychometric evidence for the Meaning in Life Questionnaire-Short Form among Chilean households. *International Journal of Well-being*, 2012, 2(3):182–195.
79. Huppert FA, So TTC. Flourishing across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 2011, doi: 10.1007/s11205-011-9966-7.
80. Gudmundsdottir DG. The impact of economic crisis on happiness. *Social Indicators Research*, 2011, doi: 10.1007/s11205-011-9973-8.
81. *Iceland 2020 – governmental policy statement for the economy and community*. Reykjavik, Prime Minister's Office, 2011 (<http://eng.forsaetisraduneyti.is/iceland2020>, accessed 15 November 2012).

82. Australian Unity Wellbeing Index [web site]. Melbourne, Australian Centre on Quality of Life at Deakin University, 2010 (<http://www.deakin.edu.au/research/acqol/auwbi/index.php>, accessed 16 November 2012).
83. *Measuring national well-being: summary of proposed domains and measures, July 2012*. London, Office for National Statistics, 2012 ([http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766\\_272242.pdf](http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_272242.pdf), accessed 17 November 2012).
84. Beaumont J, Thomas J. *Measuring national well-being – health*. London, Office for National Statistics, 2012 ([http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766\\_271762.pdf](http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_271762.pdf), accessed 17 November 2012).
85. General Health Questionnaire (GHQ-12) [web site]. Liverpool, NorthWest Public Health Observatory, 2012 (<http://www.nwph.net/lifestylesurvey/userfiles/mental/things/GHQ12.pdf>, accessed 17 November 2012).
86. *First ONS annual experimental subjective well-being results*. London, Office for National Statistics, 2012 ([http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766\\_272294.pdf](http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_272294.pdf), accessed 17 November 2012).
87. *Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen – Le PIB et au-delà : mesurer le progrès dans un monde en mutation*. Bruxelles : Commission européenne ; 2009 (COM(2009) 433 final ; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52009DC0433:FR:NOT>, consulté le 20 janvier 2014).
88. G20: Previous Leaders' Summits [web site]. Mexico City, G20, 2012 (<http://www.g20.org/index.php/en/previous-leaders-summits>, accessed 19 November 2012).
89. *Conclusions de la RCM 2010. Conseil au niveau des Ministres, 27-28 mai 2010*. Paris : OCDE ; 2010 (C/MIN(2010)6/FINAL ; [http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=c/min\(2010\)6/final&doclanguage=fr](http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=c/min(2010)6/final&doclanguage=fr), consulté le 20 janvier 2014).
90. *Comment va la vie ? Mesurer le bien-être*. Paris : Éditions OCDE ; 2011 (<http://www.oecd.org/fr/statistiques/commentvalavie.htm>, consulté le 20 janvier 2014).

91. *Mesurer le bien-être et le progrès : comprendre les enjeux*. Paris, Éditions OCDE, 2012 (<http://www.oecd.org/fr/statistiques/mesurerlebien-etre-etleprogrescomprendrelesenjeux.htm>, consulté le 20 janvier 2014).
92. Gallup World Poll [web site]. Washington DC, Gallup, 2012 (<http://www.gallup.com/strategicconsulting/worldpoll.aspx>, accessed 19 November 2012).
93. Boarini R et al. *What makes for a better life? The determinants of subjective well-being in OECD countries – evidence from the Gallup World Poll*. Paris, OECD Publishing, 2012 (OECD Statistics Working Papers, 2012/03; <http://dx.doi.org/10.1787/5k9b9ltjm937-en>, accessed 19 November 2012).
94. WHO Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/index.html>, accessed 19 November 2012).
95. Helliwell J, Layard R, Sachs J, eds. *World happiness report*. New York, The Earth Institute, Columbia University, 2012 (<http://www.earth.columbia.edu/sitefiles/file/Sachs%20Writing/2012/World%20Happiness%20Report.pdf>, accessed 19 November 2012).
96. *Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies 65/309. Le bonheur : vers une approche globale du développement*. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2011 ([http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/65/309&Lang=F](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/309&Lang=F), consulté le 20 janvier 2014).
97. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/classifications/icf/en>, accessed 24 January 2012).
98. *Résolution 60.26 de l'Assemblée mondiale de la santé : Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs*. Genève : Assemblée mondiale de la santé ; 2007 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA60/A60\\_R26-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-fr.pdf), consulté le 20 janvier 2014).
99. Figueras J, McKee M. *Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems*. Maidenhead, Open University Press, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/164383/e96159.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf), accessed 19 November 2012).

100. Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press, 2009 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences,-challenges-and-prospects>, accessed 19 November 2012).
101. Boarini R, Exton C. *Can well-being indicators inform government policy making and how?* Paris, OECD, 2012 (unpublished).
102. UNICEF. *La pauvreté des enfants en perspective : vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches*. Florence, Centre de recherche Innocenti, UNICEF, 2007 (Bilan Innocenti 7 ; [http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7\\_fre.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_fre.pdf), consulté le 20 janvier 2014).
103. The integration of disabled students in public and private primary and lower secondary schools [web site]. Rome, ISTAT, 2011 (<http://www.istat.it/en/archive/12549>, accessed 20 November 2012).
104. Del Boca D, Mancini AL. Child poverty and child well-being in Italy in a comparative framework. In: Moreno Mínguez A, ed. *Family well-being: European perspectives*. Dordrecht, Springer, 2013 (Springer Social Indicators Research Series, 49:55–72).
105. Règlement sanitaire international (2005) [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013 (<http://www.who.int/ihr/fr/index.html>, consulté le 20 janvier 2014).
106. Système européen d'informations sur l'environnement et la santé (ENHIS) [site Web]. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/environment-and-health-information-system-enhis>, consulté le 20 janvier 2014).
107. European Health Examination Survey [web site]. Helsinki, National Institute for Health and Welfare, 2013 (<http://www.ehes.info/>, accessed 13 January 2013).
108. *EVIPNet : intégrer les données probantes aux politiques*. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/countries/kyrgyzstan/news/news/2012/10/evipnet-putting-evidence-into-policy>, consulté le 20 janvier 2014).





# Annexe

---

Notes techniques pour  
le profil démographique  
et épidémiologique

## Sources des données et méthodologie

Ce rapport s'appuie notamment sur les données démographiques des World Population Prospects 2008 (révision de 2008) et World Urbanization Prospects (révision de 2009) des Nations Unies, ainsi que sur les informations sanitaires de la base de données européenne de la Santé pour tous de l'OMS (révision de janvier 2012), de la base de données GLOBOCAN (2008) et du rapport intitulé *The global burden of disease: 2004 update (1-5)*.

La base de données européenne de la Santé pour tous (3) constitue en fait la principale source de données. Elle contient plus de 600 indicateurs dans les domaines suivants (avec ventilation par sexe et par groupe d'âge, le cas échéant) : démographie, socioéconomie, mortalité, morbidité et sorties d'hôpital, mode de vie, environnement, ressources des soins de santé, utilisation et dépenses des soins de santé, et santé maternelle et infantile. Si les séries chronologiques de certains indicateurs vont de 1970 à 2011, la plupart des données utilisées vont de 1980/1990 à 2009/2010. Bien que le nombre de pays de la Région européenne de l'OMS ait presque doublé après 1990, les statistiques correspondent aux données communiquées annuellement à l'OMS/Europe par ses 53 États membres actuels, contribuant ainsi aux efforts de surveillance sanitaire entrepris par le Bureau régional.

Les moyennes régionales européennes sont pondérées selon la population (totale, de moins de 65 ans ou plus) ou le nombre de naissances vivantes, pour les deux sexes ou pour les hommes ou les femmes seulement, le cas échéant. Dans la plupart des cas, les indicateurs de mortalité représentent le taux de mortalité standardisé selon l'âge et le sexe, calculé moyennant la méthode directe sur la base de la population européenne standard (3). Certaines des estimations et projections ont été réalisées par l'OMS, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et la Division de la population des Nations Unies.

Le rapport *The global burden of disease: 2004 update (5)* répartit les pays de la Région européenne en deux groupes :

- pays à revenu élevé : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Saint-Marin, Slovénie, Suède et Suisse ;
- pays à revenus faible et intermédiaire : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Estonie, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Géorgie, Hongrie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Ouzbékistan, Pologne,

République de Moldova, République tchèque, Roumanie, Serbie et Monténégro (un seul État en 2004), Slovaquie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie et Ukraine.

En revanche, le chapitre 2 de ce rapport illustre l'élaboration des cibles et objectifs à l'aide des traditionnels sous-groupes de pays, tels qu'utilisés dans la base de données européenne de la Santé pour tous (3) :

- UE<sub>15</sub> : les 15 pays membres de l'UE avant l'élargissement du 1er mai 2004 – Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et Suède ;
- UE<sub>12</sub> : les 12 nouveaux États membres ayant adhéré à l'UE en mai 2004 ou en janvier 2007 – Bulgarie, Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovaquie et Slovénie ;
- CEI (jusqu'en 2006) : Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan et Ukraine.

Les pays de la Région européenne n'appartenant à aucun de ces groupes sont les suivants : Albanie, Andorre, Bosnie-Herzégovine, Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Islande, Israël, Monaco, Monténégro, Norvège, Saint-Marin, Serbie, Suisse et Turquie.

L'un des défis recensés dans ce rapport réside dans la manière de regrouper l'ensemble des 53 États membres dans des agrégats sous-européens logiques, par exemple pour illustrer les tendances sous-régionales dans un contexte contemporain.

---

## Références

1. World Population Prospects, the 2008 revision [online database]. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2008 (<http://esa.un.org/unpd/wpp>, accessed 1 September 2011).
2. World Urbanization Prospects, the 2009 revision [online database]. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2009 (<http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>, accessed 27 June 2011).
3. Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (<http://data.euro.who.int/hfad/>, consulté le 20 janvier 2014).

4. Ferlay J et al. GLOBOCAN 2008 v2. 0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [web site]. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2010 (<http://globocan.iarc.fr>, accessed 8 November 2012).
5. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf), accessed 11 October 2012).

## Le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe

L’Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l’Europe est l’un des six bureaux régionaux de l’OMS répartis dans le monde. Chacun d’entre eux a son programme propre, dont l’orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu’il dessert.

### États membres

Albanie	Finlande	Ouzbékistan
Allemagne	France	Pays-Bas
Andorre	Géorgie	Pologne
Arménie	Grèce	Portugal
Autriche	Hongrie	République de Moldova
Azerbaïdjan	Irlande	République tchèque
Bélarus	Islande	Roumanie
Belgique	Israël	Royaume-Uni
Bosnie-Herzégovine	Italie	Saint-Marin
Bulgarie	Kazakhstan	Serbie
Chypre	Kirghizistan	Slovaquie
Croatie	Lettonie	Slovénie
Danemark	Lituanie	Suède
Espagne	Luxembourg	Suisse
Estonie	Malte	Tadjikistan
Ex-République yougoslave de Macédoine	Monaco	Turkménistan
Fédération de Russie	Monténégro	Turquie
	Norvège	Ukraine

**Organisation mondiale de la santé  
Bureau régional de l'Europe**

UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark  
Tél. : +45 45 33 70 00  
Fax : +45 45 33 70 01  
Courriel : [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)  
Site Web : [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

Comme les rapports précédents, le *Rapport sur la santé en Europe 2012* décrit à la fois les améliorations générales apportées à la santé dans la Région européenne de l'OMS ainsi que leur répartition inégale entre les pays et dans chacun d'eux. Il innove cependant dans la mesure où il aide à définir le bien-être, un objectif de la nouvelle politique européenne de la santé, et la voie à suivre pour y parvenir.

Selon le rapport, si le recul de certaines causes de décès, les progrès réalisés dans l'action sur les facteurs de risque et l'amélioration du contexte socioéconomique et des conditions de vie ont eu des retombées positives sur le plan sanitaire, de nombreuses régions d'Europe connaissent des inégalités de santé, qui s'aggravent même dans certains cas, et doivent faire face à leurs déterminants. Les inégalités évitables, auxquelles l'état actuel de nos connaissances nous permet d'ailleurs de remédier, constituent en fait un manque d'équité en santé. Pour remédier à cette situation, les pays de la Région ont adopté en 2012 la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020, son objectif étant d'améliorer la santé et

le bien-être des populations, de réduire le manque d'équité en santé et de mettre en place des systèmes de santé durables et centrés sur la personne.

Par sa description de la santé en Europe, ce rapport présente aux responsables politiques et aux professionnels de la santé publique les bases factuelles épidémiologiques sous-tendant Santé 2020 et ses six grands buts ou cibles générales. En outre, il s'emploie à intégrer le bien-être dans Santé 2020 en quantifiant un objectif européen et les indicateurs y afférents. Le rapport décrit le travail réalisé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe conjointement avec ses partenaires et les experts afin d'élaborer une méthode et un concept communs relatifs au bien-être qui permettront d'effectuer des mesures correctes tout en apportant des informations utiles pour les responsables politiques et l'évaluation des programmes. Il évoque l'approche convenue pour suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre de Santé 2020 ainsi que les efforts de collaboration en vue de relever les défis à venir. Il préconise également la mesure du bien-être comme indicateur du progrès dans le domaine de la santé.

