
02





Progrès accomplis sur la voie de la réalisation des cibles de Santé 2020

Messages clés

Quelques années seulement après le début de la mise en place de la politique Santé 2020, on constate un accroissement du nombre de pays qui ont entrepris d'adopter et de mettre en œuvre ses principes et approches en vue d'améliorer la santé et le bien-être des citoyens.

La Région européenne de l'OMS est en bonne voie pour atteindre la cible de Santé 2020 relative à une réduction annuelle de 1,5 % d'ici à 2020 de la mortalité prématurée imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète sucré et aux maladies respiratoires chroniques. Les avancées accomplies dans la Région sont dues en grande partie aux améliorations réalisées dans les pays qui présentaient les taux les plus élevés de mortalité prématurée.

La consommation d'alcool, le tabagisme et le surpoids et l'obésité comptent toujours parmi les principaux problèmes de santé publique de la Région. L'Europe enregistre les taux les plus élevés au monde en termes de consommation d'alcool et de tabagisme, et les estimations de l'OMS indiquent que la prévalence du surpoids et de l'obésité s'est accrue dans pratiquement tous les pays entre 2010 et 2014.

Malgré une couverture vaccinale contre la rougeole globalement élevée dans la Région, on constate la persistance de lacunes

immunitaires qui se traduisent par une transmission endémique continue et quelques flambées épidémiques d'ampleur nationale.

En ce qui concerne les indicateurs de Santé 2020 liés aux déterminants sociaux de la santé – mortalité infantile, espérance de vie, scolarisation en cycle primaire et chômage –, les écarts entre les valeurs les plus élevées et les plus basses se sont réduits. Les données préliminaires indiquent que cette tendance favorable se poursuit depuis 2010, bien que les différences absolues entre les pays restent importantes.

La part des dépenses totales de santé à la charge des ménages au niveau régional (24 %) n'a pas évolué depuis 2010. En 2012, cette part n'était inférieure au seuil de 15 %, déterminant pour prévenir des niveaux catastrophiques de dépenses de santé, que dans 12 des 53 pays de la Région.

Introduction

Ce chapitre rend compte des progrès accomplis sur la voie de la réalisation des cibles de Santé 2020 au niveau régional depuis 2010, année de référence retenue. Sa structure reprend celle du cadre de suivi de Santé 2020, élaboré à cette fin (3), qui définit les cibles, les quantifications associées et les indicateurs de base pour les trois principaux domaines de Santé 2020 : charge de morbidité et facteurs de risque ; personnes en bonne santé, bien-être et déterminants ; et processus, gouvernance et systèmes de santé (tableau 1.1). Ce cadre comporte également des indicateurs supplémentaires, que les pays sont encouragés à utiliser afin d'obtenir un suivi plus riche en enseignements au niveau national, mais qui ne mesurent pas les progrès réalisés au niveau régional. En conséquence, ce chapitre décrit les progrès accomplis au niveau régional en vue d'atteindre les cibles de Santé 2020 uniquement au travers des indicateurs de base, mais fait référence, dans certains cas, à des indicateurs supplémentaires afin de dresser un tableau plus précis de la situation.

Comme indiqué à la section du chapitre 1 consacrée aux progrès accomplis sur la voie de la réalisation des cibles de Santé 2020, les cibles et indicateurs figurant déjà dans les politiques-cadres de l'OMS ou autres n'ont pas été repris dans le cadre de suivi de

Santé 2020 (à une exception près). Dans la mesure où il ne traite que des domaines et sujets abordés dans ce cadre de suivi, le présent chapitre n'offre donc pas un panorama complet de l'ensemble des domaines de la santé publique intéressant la Région européenne.

Ce chapitre s'appuie, de préférence, sur des indicateurs issus de sources de l'OMS. Les données sont un instantané de la situation au moment de sa rédaction : les bases de données de l'OMS sont mises à jour régulièrement, de sorte que certaines moyennes régionales et les valeurs minimales et maximales présentées évolueront le moment venu, à mesure que les pays feront rapport à l'OMS. D'autre part, toutes les données correspondant à plusieurs indicateurs de base de Santé 2020 ne sont pas encore disponibles au niveau régional pour les premières années suivant l'année de référence 2010, et il est donc difficile de tirer des conclusions quant aux progrès accomplis en vue de réaliser les cibles de Santé 2020. De plus amples informations concernant les indicateurs et les sources de données utilisés ainsi que les données disponibles figurent à l'annexe 1.

Cible n° 1 : réduire la mortalité prématurée en Europe

Cette cible de Santé 2020 est assortie de trois quantifications se rapportant à la mortalité prématurée imputable aux principales maladies non transmissibles, aux maladies à prévention vaccinale et à des causes externes. Une synthèse des progrès réalisés et une description complète des indicateurs correspondants accompagnent chaque quantification.

Synthèse des progrès accomplis : mortalité prématurée imputable aux maladies non transmissibles

La première quantification correspond à une réduction annuelle moyenne de 1,5 % du taux cumulé de mortalité prématurée liée aux quatre principales maladies non transmissibles d'ici à 2020. Les indicateurs de base associés sont les suivants :

- taux global de mortalité prématurée (de 30 à moins de 70 ans) due aux quatre principales maladies non transmissibles (maladies

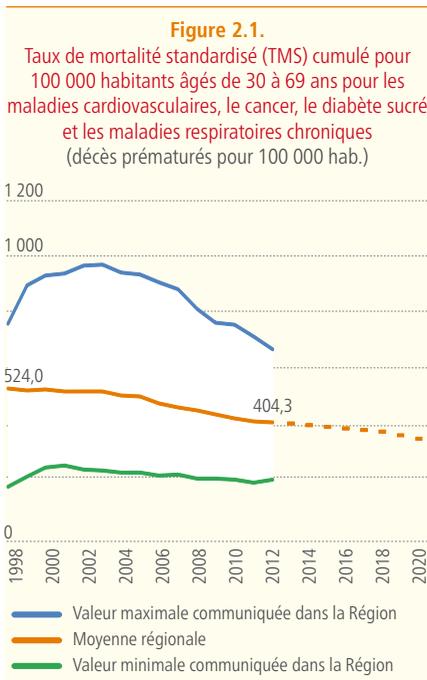
- cardiovasculaires, cancer, diabète sucré et maladies respiratoires chroniques),
- prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes âgées de 18 ans et plus,
 - consommation totale d'alcool par habitant chez les personnes âgées de 15 ans et plus,
 - prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans et plus.

Le taux annuel moyen de réduction de la mortalité prématurée liée aux quatre principales maladies non transmissibles au cours des trois dernières années d'observation (2010-2012) est de 2,0 %. Par conséquent, la Région est actuellement en bonne voie pour atteindre l'objectif. Le nombre de pays de la Région pour lesquels on dispose de données pour 2011 et 2012 est toutefois loin d'être optimal (35 et 28 sur 53 respectivement) ; le taux de réduction depuis 2010 ne doit donc être considéré que comme une estimation préliminaire.

La consommation d'alcool, le tabagisme et le surpoids et l'obésité comptent parmi les principaux problèmes de santé publique de la Région européenne. Au moment de la rédaction du présent rapport, les données communiquées par les pays ne permettaient pas d'évaluer l'évolution de ces facteurs de risque au niveau régional depuis 2010. On a néanmoins observé, durant la période 2005-2010, une baisse de 10 % de la consommation totale d'alcool dans la Région et cette tendance devrait se poursuivre durant plusieurs années. Selon les estimations de l'OMS, entre 2010 et 2012, la prévalence du tabagisme a reculé dans presque tous les pays pour lesquels il existe des données. Cependant, la plupart d'entre eux ne sont pas en bonne voie pour atteindre la cible globale concernant les maladies non transmissibles et portant sur une réduction relative de 30 % de la consommation actuelle de tabac d'ici à 2025 (4). Il est très inquiétant de constater que les estimations de l'OMS concernant la prévalence du surpoids et de l'obésité font état d'une augmentation entre 2010 et 2014 dans les 51 pays de la Région pour lesquels on dispose de données.

L'Europe en bonne voie pour réduire la mortalité prématurée

Les taux de mortalité standardisés (TMS) moyens pour la mortalité prématurée imputable aux quatre principales maladies non transmissibles dans la Région sont passés de 524 à 404 décès pour 100 000 habitants entre 1998 et 2012, soit une réduction annuelle



Notes : codes CIM-10 utilisés (Classification internationale des maladies, dixième révision) : maladies cardiovasculaires : I00-I99, cancer : C00-C97, diabète sucré : E10-E14, maladies respiratoires chroniques : J40-47. La ligne en pointillé représente une tendance à la baisse de 1,5 % par an de la mortalité prématurée d'ici à 2020, conformément à la cible de Santé 2020, calculée à l'aide la formule faisant appel au taux de croissance annuel moyen : $TMS_{\text{temps}2} = TMS_{\text{temps}1} \times (1+i)^n$, où i = taux de croissance de -1,5 % et n = nombre d'années.

Source : base de données détaillée sur la mortalité européenne (7).

moyenne de 1,8 % (figure 2.1). Le rythme de la réduction s'est accéléré durant cette période, passant de 0,8 % en 1998-2005 à 2,6 % en 2006-2012. Pour atteindre la cible de réduction annuelle moyenne de 1,5 % entre 2010, année de référence pour la moyenne régionale, et 2020, le taux de mortalité standardisé devra passer de 420 pour 100 000 habitants à 361 pour 100 000 habitants (évolution représentée par la ligne en pointillé à la figure 2.1). Le taux annuel moyen de réduction pour 2010-2012 est de 2,0 %, ce qui indique que la Région est sur la bonne voie pour atteindre la cible de Santé 2020. Les données n'étant cependant disponibles que pour 35 et 28 pays de la Région pour 2011 et 2012 respectivement, il convient de considérer ce chiffre comme une estimation préliminaire qui devra être réévaluée après réception des données restantes.

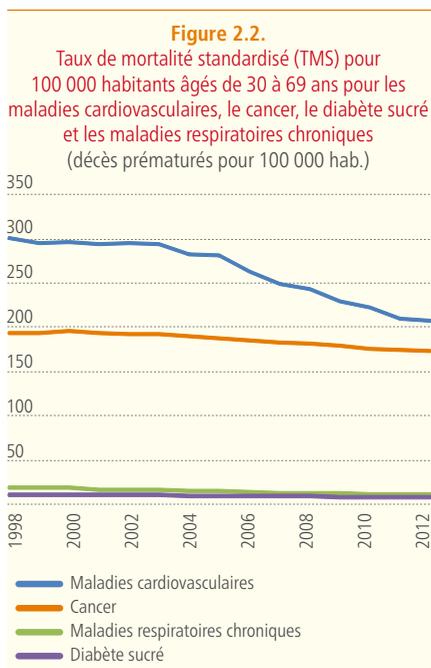
La figure 2.1 montre que le recul de la mortalité prématurée imputable aux quatre principales maladies non transmissibles depuis le milieu des années 2000 est nettement plus rapide dans les pays faisant état des taux de mortalité standardisés les plus élevés que dans ceux où ils sont les plus faibles, dans lesquels il n'a pratiquement pas évolué durant les années 2000. Les progrès constatés concernant la moyenne régionale sont donc dus pour l'essentiel aux améliorations réalisées dans les pays qui présentaient au départ les niveaux les plus élevés de mortalité prématurée. Il convient cependant d'interpréter avec prudence les tendances en matière de taux minimal et maximal de mortalité standardisé, car elles correspondent aux valeurs les plus élevées et les plus faibles communiquées dans la Région pour une année donnée et ne concernent pas nécessairement le même pays chaque année. Dans certains cas, elles peuvent dénoter des lacunes ou des retards dans la notification des données par les pays, en particulier ces dernières années.

Maladies cardiovasculaires et cancer : des causes importantes de mortalité prématurée

Les indicateurs de Santé 2020 concernant la mortalité prématurée sont les décès imputables aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète sucré et aux maladies respiratoires chroniques ; ces maladies non transmissibles sont en grande partie responsables des décès chez les personnes âgées de 30 à 69 ans, et elles sont, dans une large mesure, évitables. Une analyse distincte du poids relatif de chacune de ces causes permet de mieux comprendre la tendance globale en matière de mortalité prématurée (figure 2.2).

Les maladies cardiovasculaires englobent l'ensemble des maladies des systèmes cardiaque et circulatoire, telles que les cardiopathies coronariennes, l'angor aigu, l'infarctus du myocarde, les cardiopathies congénitales et les accidents vasculaires cérébraux. Les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux ont notamment été les principales causes de décès dans la Région en 2010 (8). Plus de la moitié de la mortalité prématurée imputable aux quatre principales maladies non transmissibles est due aux maladies cardiovasculaires. En conséquence, l'accélération de la réduction des décès d'origine cardiovasculaire à partir du milieu des années 2000 explique également la tendance à la baisse de la mortalité prématurée dans l'ensemble de la Région. Cette réduction peut être le fruit d'une efficacité accrue des mesures préventives, comme l'adoption de modes de vie plus sains, et d'une amélioration des interventions permettant de sauver la vie des personnes victimes d'un infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral.

Bien que le taux de mortalité imputable au cancer ait connu une diminution progressive depuis le milieu des années 2000, la proportion de la mortalité prématurée globale liée à cette cause a augmenté, dès lors que l'on assistait à une diminution plus rapide du taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires. En 1998, le cancer représentait à peine plus d'un tiers (37 %) de la mortalité prématurée, et ce pourcentage a augmenté de façon régulière, pour atteindre 43 % en 2012.



Avec une part globale de 6 %, les maladies respiratoires chroniques et le diabète sucré représentent la plus petite cause de décès prématurés. Leur poids sur la mortalité prématurée est resté stable dans le temps (figure 2.2).

Malgré le recul du tabagisme, les pays ne sont pas en voie d'atteindre la cible globale relative aux maladies non transmissibles

Entre 2010 et 2012, la prévalence du tabagisme chez les adultes a diminué dans 39 des 41 pays pour lesquels on dispose d'estimations de l'OMS ; la réduction moyenne¹ a été de 1,8 % (9). Cependant, des analyses supplémentaires effectuées par l'OMS montrent que seuls 11 pays de la Région sont susceptibles de réaliser l'objectif

Note : codes CIM-10 utilisés : maladies respiratoires chroniques : I00-I99, cancer : C00-C97, diabète sucré : E10-E14, maladies respiratoires chroniques : J40-47.

Source : base de données détaillée sur la mortalité européenne (7).

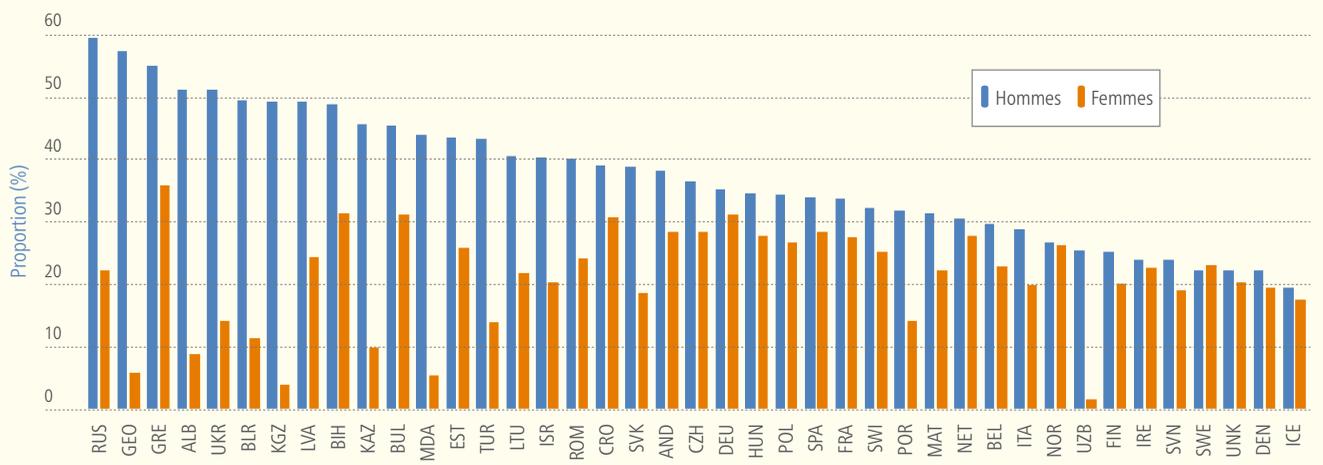
¹ Réduction moyenne non pondérée, calculée sans tenir compte de la taille des populations des pays.

de réduction de 30 % d'ici à 2025 fixé par le cadre mondial de suivi pour la lutte contre les maladies non transmissibles (4). En effet, dans la plupart des pays, le rythme de la baisse est insuffisant pour atteindre cette cible (10).

En 2012, la Région européenne enregistrait le taux moyen régional le plus élevé en termes de tabagisme (30 %), malgré d'importantes disparités entre les pays. C'était aussi la Région qui connaissait le taux moyen régional de consommation de tabac le plus élevé chez les femmes. Les taux nationaux les plus élevés et les plus faibles de consommation des produits du tabac, quels qu'ils soient, étaient compris entre 59 % et 19 % chez les hommes, et 36 % et 1 % chez les femmes (figure 2.3). Il convient de noter que ces données sont des estimations, réalisées par l'OMS pour le Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014 (9). Au moment de la rédaction du présent rapport, il n'existait pas de données récentes communiquées par les pays qui permettent d'évaluer les évolutions depuis l'année de référence 2010 de Santé 2020 ; les données de tendance n'étaient disponibles que pour la période 2000-2008 (11). Ces dernières montrent cependant une nette tendance à la baisse, et les estimations pour 2010 et 2012 donnent à penser que celle-ci se poursuit. Au cours des dernières décennies, ce recul du tabagisme a

Figure 2.3.

Estimations standardisées sur l'âge de la prévalence de la consommation actuelle de produits du tabac, quels qu'ils soient, chez les adultes, 2012



Note : l'OMS utilise des méthodes standard pour calculer les estimations de manière à optimiser la comparabilité des données entre les pays. Ces données peuvent donc être différentes des statistiques officielles des États membres.

Source : Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014 (9).

permis de réduire la mortalité prématurée et d'accroître l'espérance de vie, en particulier chez les hommes (12).

En raison de son taux élevé de tabagisme, la Région européenne enregistre l'une des proportions les plus importantes au monde de décès imputables à la consommation de tabac. Des analyses réalisées par l'OMS en 2012 (sur la base de données de 2004) ont montré qu'elle était de 16 % chez les adultes de plus de 30 ans dans la Région. Ce chiffre contraste avec ceux des Régions africaine et de la Méditerranée orientale, où les pourcentages sont respectivement de 3 % et de 7 %, la moyenne mondiale étant de 12 %. Dans la Région européenne, près d'un décès prématuré sur cinq parmi les personnes âgées de 30 à 44 ans, et un sur trois parmi celles âgées de 45 à 49 ans est imputable au tabagisme. Pour ce qui est des maladies non transmissibles, 85 % des décès provoqués par un cancer de la trachée, des bronches et des poumons, et 16 % des décès causés par des cardiopathies ischémiques sont dus à la consommation de tabac, de même que, pour ce qui est des maladies transmissibles, 26 % des décès liés à la tuberculose et 24 % de l'ensemble des décès par infection des voies respiratoires inférieures (13).

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, entrée en vigueur en février 2005, est le premier traité de santé publique de portée mondiale et a pour objet la lutte contre les conséquences sanitaires, sociales, environnementales et économiques du tabagisme et de l'exposition à la fumée du tabac (14). L'efficacité des mesures prises dans différents domaines d'action a été largement démontrée (15, 16). Par exemple, la littérature scientifique indique que l'on peut observer une baisse de 20 à 40 % des taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde quelques mois seulement après la mise en œuvre d'une législation antitabac (17).

La Région européenne enregistre les niveaux les plus élevés de consommation d'alcool et de méfaits associés

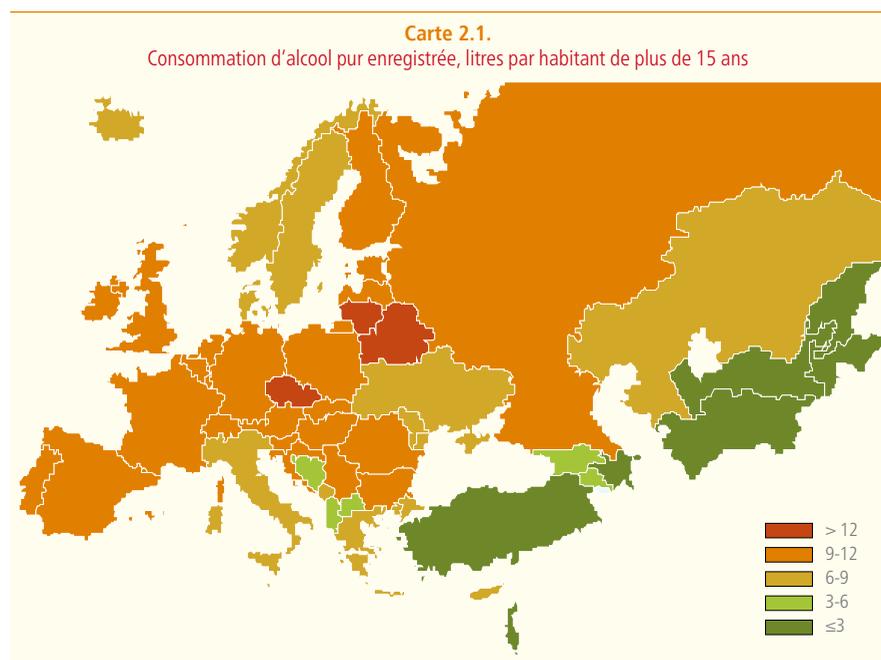
La consommation d'alcool dans la Région européenne est la plus élevée au monde, et la prévalence de la dépendance et des troubles liés à l'alcool y est par conséquent plus forte que dans les autres régions de l'OMS (tableau 2.1). Néanmoins, les taux de consommation d'alcool présentent de fortes variations entre pays, puisqu'ils sont compris entre 0,32 et 14,37 litres par personne et par an (carte 2.1). De même, les niveaux de consommation nocive d'alcool dans la population âgée de 15 ans et plus diffèrent largement

d'un pays à l'autre, les niveaux les plus faibles et les plus élevés de la Région en 2010 étant respectivement de 0,4 % et de 8,3 % (18). Malheureusement, les données régionales sur les tendances en matière de consommation d'alcool depuis 2010 ne sont pas encore disponibles, mais on a observé, durant la période 2005-2010, une

Tableau 2.1.
Consommation d'alcool totale par habitant, prévalence de la dépendance à l'alcool et prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool dans les Régions de l'OMS, 2010.

Région de l'OMS	Consommation totale par habitant (de plus de 15 ans) (litres d'alcool pur)	Prévalence de la dépendance à l'alcool (%)	Prévalence des troubles liés à l'alcool (%)
Afrique	6,0	1,4	3,3
Amériques	8,4	3,4	6,0
Méditerranée orientale	0,7	0,2	0,3
Europe	10,9	4,0	7,5
Asie du Sud-Est	3,5	1,7	2,2
Pacifique occidental	6,8	2,3	4,6
Monde	6,2	2,9	4,1

Source : Système d'information mondial de l'OMS sur l'alcool et la santé (18).



Note : données de la dernière année disponible, 2009-2012.

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (11).

baisse de 10 % de la consommation totale dans la Région européenne et cette tendance devrait se poursuivre durant plusieurs années (19).

L'Europe est aux avant-postes de la lutte contre les méfaits de l'alcool : la Région européenne a été la première à approuver un plan d'action contre l'alcoolisme en 1992, et le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 a été avalisé par les États membres en 2011. Ce plan présente un ensemble d'options politiques fondées sur des bases factuelles en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool (20) (encadré 2.1). De nombreuses bases factuelles attestent de l'efficacité et de la rentabilité de politiques telles que les interventions en vue de réguler les prix de l'alcool, de rendre l'alcool moins facilement accessible et de lutter contre l'alcool au volant (21, 22).

Prévalence alarmante et croissante du surpoids et de l'obésité

En 2014, la prévalence du surpoids (défini par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 25) dans 51 pays de la Région

Encadré 2.1.

Alcool et santé dans la Région européenne

Contexte

Depuis 1990, la Région enregistre une tendance générale à la baisse concernant la consommation d'alcool – un facteur de risque majeur pour la mortalité prématurée –, mais présente toujours le taux le plus élevé de toutes les régions de l'OMS.

Mesures prises

En réponse à cette situation, les États membres ont approuvé en 2011 le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020. Dans le cadre de ce plan, une enquête conjointe de la Commission européenne et de l'OMS a été menée en 2012 afin de faire le point sur les politiques dans l'ensemble des États membres de l'Union européenne (UE), dans les pays en voie d'adhésion et candidats, en Norvège et en Suisse (35 pays au total). Elle cherchait à déterminer si divers domaines d'action avaient été renforcés, fragilisés ou étaient demeurés inchangés au cours des cinq années précédentes. Les résultats présentés ci-dessous font la synthèse des réponses de tous les pays ayant pris part

à l'enquête, à l'exception des cinq pays candidats à l'UE.

Résultats

On relève les avancées les plus intéressantes en ce qui concerne les mesures de sensibilisation (23 pays sur 30), les politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant (22 pays) et le suivi de la situation en matière d'alcool et la recherche dans ce domaine (21 pays). Qui plus est, deux tiers des pays ont fait état d'un renforcement des mesures visant à restreindre l'accès à l'alcool, c'est-à-dire l'une des interventions les plus efficaces recommandées par l'OMS afin de réduire la consommation nocive d'alcool. En 2012, 23 pays disposaient d'une politique nationale relative à l'alcool et, sur les sept pays qui n'en possédaient pas, six avaient entrepris d'en élaborer une. Ceux qui disposaient d'une politique nationale ont indiqué qu'elle était multisectorielle, les secteurs les plus représentés étant la santé, les affaires sociales, le transport/la sécurité routière, l'éducation, la répression des infractions, la justice pénale et les finances/la taxation. Tous

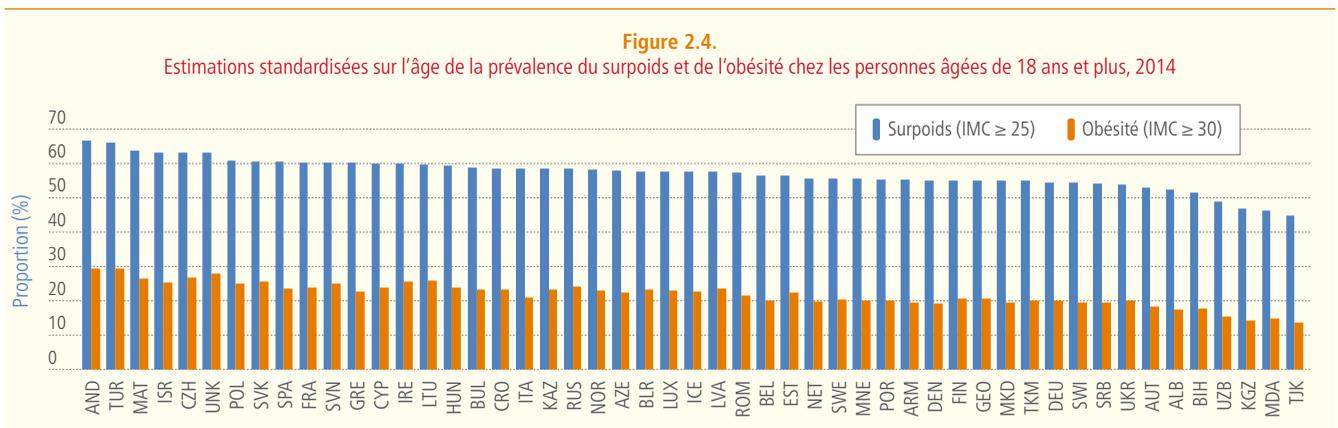
les pays, à l'exception d'un seul, ont fait état d'une activité de sensibilisation nationale sous une forme quelconque au cours des trois années précédentes ; ces mesures portaient sur l'alcool au volant (24 pays), l'alcool et les jeunes (21 pays) et l'alcool et la santé (19 pays).

En 2011, deux pays ont interdit la vente à perte (à un prix inférieur au coût de production), deux ont interdit les remises sur volume, comme les offres de type deux bouteilles achetées, une gratuite, et cinq ont déclaré avoir appliqué une taxe supplémentaire sur certains produits, tels que les alcools et autres mélanges prêts à être consommés. En 2012, un pays a adopté une législation visant à fixer un prix unitaire minimal pour l'alcool en définissant un prix plancher en deçà duquel il est interdit de vendre une quantité donnée d'alcool pur. La tendance à la baisse de la consommation d'alcool constatée dans la Région est encourageante : cette progression des politiques nationales va la renforcer et finir par réduire la mortalité prématurée imputable à la consommation d'alcool (23).

européenne se situait entre 44,9 % et 66,9 %, et celle de l'obésité (IMC supérieur ou égal à 30) entre 13,6 % et 29,5 % (figure 2.4). Les estimations pour 2010 ont également été réalisées par l'OMS pour le Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014 (9) : dans tous les cas, la prévalence pour les 51 pays dans lesquelles elles ont pu être calculées est plus élevée en 2014 qu'en 2010. Des données régulières et récentes, communiquées par les pays, sur le surpoids et l'obésité font défaut au niveau régional.

Si l'on examine la situation au niveau mondial, la prévalence du surpoids et de l'obésité est la plus forte dans la Région des Amériques (61 % de personnes en surpoids et 27 % de personnes obèses pour les deux sexes) et dans la Région européenne (58,6 % en surpoids et 23 % obèses), et la plus faible dans la Région d'Asie du Sud-Est (22 % en surpoids et 5 % obèses). Dans les régions européenne, de la Méditerranée orientale et des Amériques, plus de 50 % des femmes sont en surpoids, dont la moitié environ sont également obèses (25 %, 24 % et 30 % respectivement). Dans la Région européenne, alors que les hommes sont plus susceptibles d'être en surpoids, l'obésité est plus fréquente chez les femmes (9, 24).

L'obésité est l'un des plus grands défis de santé publique au XXI^e siècle. Dans de nombreux pays d'Europe, sa prévalence a triplé depuis les années 1980. Outre divers problèmes psychologiques et



Note : l'OMS utilise des méthodes standard pour calculer les estimations de manière à optimiser la comparabilité des données entre les pays. Ces données peuvent donc être différentes des statistiques officielles des États membres.

Source : Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014 (9).

incapacités physiques, l'excès de poids augmente considérablement le risque de contracter plusieurs maladies non transmissibles, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète sucré (25). Plusieurs programmes du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe s'attaquent à l'épidémie d'obésité dans la Région, notamment ceux qui mettent l'accent non seulement sur l'activité physique et l'alimentation, mais aussi sur les déterminants socioéconomiques, les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré, le cancer et la santé de l'enfant et de l'adolescent.

La Région européenne a été la première à élaborer une stratégie portant spécifiquement sur l'activité physique. Dans la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles (26), outre le Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 (27), les États membres ont plaidé en faveur d'une stratégie visant à encourager l'activité physique au sein de tous les groupes de population, afin de promouvoir le bien-être au travers d'une approche pansociétale et de s'attaquer au fardeau de l'obésité et des maladies non transmissibles. Des estimations de l'OMS pour 2010 publiées récemment, selon lesquelles environ 20 % des hommes et 25 % des femmes de la Région européenne ont une activité physique insuffisante, soulignent la nécessité d'une telle politique (9). La soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe devrait se pencher sur cette stratégie en septembre 2015.

L'OMS appuie également l'action des pouvoirs publics en recueillant des informations sur l'efficacité des interventions qui ciblent le surpoids et l'obésité, par exemple dans les publications du Réseau des bases factuelles en santé (HEN) (28). Les données présentées dans cette section permettent de penser qu'en luttant contre le surpoids et l'obésité on peut réaliser d'importants progrès en termes d'amélioration de la santé et de réduction de la mortalité dans la Région.

Une étude internationale montre que 23 % des enfants de 11 ans sont en surpoids

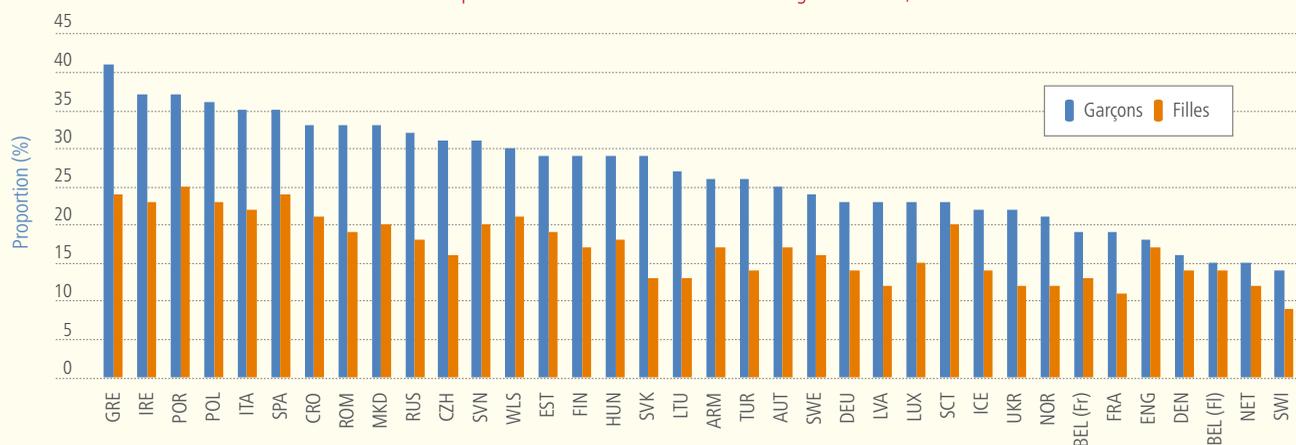
La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents constitue un indicateur supplémentaire pour la quantification de cette cible de Santé 2020. L'Étude sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC), à laquelle

participent 36 pays ou régions sous-nationales d'Europe, les États-Unis d'Amérique et le Canada (29), a montré en 2012, sur la base de données autodéclarées concernant la taille et le poids, que de 11 % à 33 % des enfants de 11 ans étaient en surpoids ou obèses. La prévalence moyenne du surpoids et de l'obésité était de 23 % chez les enfants de 11 ans, de 19 % chez ceux de 13 ans et de 16 % chez ceux de 15 ans. Dans l'ensemble des pays et régions d'Europe ayant pris part à cette enquête, le taux de surpoids et d'obésité était plus élevé chez les garçons que chez les filles, souvent de façon très nette (29) (figure 2.5).

L'étude HBSC s'intéresse aux adolescents. Pour suivre l'évolution du surpoids chez les enfants en âge de fréquenter l'école primaire, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a lancé l'Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile (COSI) (encadré 2.2).

De même que chez les adultes, les deux principaux facteurs de risque de surpoids et d'obésité chez les adolescents sont une mauvaise alimentation et un manque d'activité physique. Selon l'étude HBSC, en 2009-2010, la proportion d'adolescents prenant un petit déjeuner chaque jour d'école et mangeant des fruits tous les jours diminuait avec l'âge, contrairement à la consommation de sodas (33). Elle a également montré que la proportion d'enfants

Figure 2.5.
Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents âgés de 11 ans, 2009-2010



Note : le surpoids et l'obésité ont été définis sur la base des données de référence de l'OMS servant à suivre la croissance des enfants d'âge scolaire et des adolescents âgés de 5 à 19 ans. Les données présentées indiquent les proportions d'enfants et d'adolescents présentant un IMC supérieur de plus d'un écart-type à l'IMC de référence moyen de l'OMS pour l'âge considéré.

Source : Currie et al. (29).

de 11 ans indiquant participer à une activité physique modérée à intense pendant une heure au moins chaque jour était comprise entre 10 % et 43 % pour les garçons, et 7 % et 31 % pour les filles. Les taux d'activité physique étaient encore plus faibles chez les jeunes âgés de 13 à 15 ans interrogés (29).

Ces chiffres laissent entendre que le renforcement de l'activité physique chez les enfants et les adolescents constitue un important domaine d'intervention en vue de lutter contre le surpoids et l'obésité. Une étude réalisée récemment par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a révélé que plus de 90 % des pays déclaraient disposer de politiques fixant le niveau minimal d'heures d'éducation physique dans les écoles et détaillant les équipements requis pour les jardins d'enfants et les écoles dotés d'infrastructures sportives. Toutefois, seuls 20 % des pays ayant répondu indiquaient avoir adopté des politiques exigeant des pistes cyclables pour rejoindre les établissements scolaires, et 35 % à peine faisaient état de mesures destinées à faciliter la marche pour se rendre à l'école. Ces résultats montrent à quel point il est difficile d'élaborer des politiques intersectorielles, qui passent par une coordination des politiques de l'éducation avec celles de l'urbanisme et des transports, en vue d'instaurer des environnements plus favorables et plus sûrs, permettant aux enfants d'être plus actifs sur le plan physique dans toutes les cadres de la vie quotidienne (34).

Encadré 2.2.

Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile

L'Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile (COSI) a été lancée en 2007 afin de suivre l'évolution du surpoids chez les enfants en âge de fréquenter l'école primaire. Les résultats anthropométriques du cycle 2 de COSI (2009-2010) ont permis d'étudier l'évolution de l'IMC et du surpoids chez les enfants à l'intérieur de neuf pays et entre ceux-ci au cours des années scolaires 2007-2008 à 2009-2010. À l'aide d'échantillons représentatifs nationaux transversaux d'enfants âgés de 6 à 9 ans, cette étude a calculé l'IMC, les Z-scores anthropométriques et la prévalence du surpoids à partir du poids et de la taille mesurée. Le système de Z-scores exprime la valeur anthropométrique sous la forme de plusieurs écarts-types, ou valeurs de Z-score, situés au-dessus ou au-dessous de la valeur moyenne ou médiane de référence (30). On a constaté des évolutions importantes entre les cycles. Durant le cycle 2, la prévalence du surpoids et de l'obésité était comprise entre 18 % et 57 % chez les garçons et 18 % et 50 % chez les filles, et celle de l'obésité entre 6 % et 31 % chez les garçons et 5 % et 21 % chez les filles. Les pays d'Europe du Sud enregistraient la plus forte prévalence de surpoids. Entre les cycles de mesure, l'évolution absolue de l'IMC moyen (plage : de -0,4 à +0,3) et des valeurs de Z-score de l'IMC-pour-l'âge (plage : de -0,21 à +0,14) présentait une importante variation statistique d'un pays à l'autre. La baisse significativement la plus forte des valeurs de Z-score de l'IMC-pour-l'âge a été enregistrée dans les pays affichant des valeurs d'IMC absolu plus élevées, et la hausse significativement la plus forte, dans les pays ayant des valeurs d'IMC plus faibles (31, 32).

Synthèse des progrès accomplis : maladies à prévention vaccinale

La deuxième quantification de la cible n° 1 de Santé 2020 concerne l'élimination durable de certaines maladies à prévention vaccinale, pour laquelle l'indicateur de base est le pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole, la poliomyélite et la rubéole. Étant donné que, de nos jours, les vaccins contre la rougeole, les oreillons et la rubéole sont généralement administrés aux enfants de façon combinée, ce chapitre ne traite que de la vaccination contre la rougeole et la poliomyélite.

Dans la Région européenne, la couverture vaccinale moyenne contre la rougeole est passée de 93,4 % en 2010 (année de référence pour Santé 2020) à 93,7 % en 2011, et 94,6 % en 2012. Bien que la couverture globale s'étende régulièrement, on observe une

transmission endémique continue dans plusieurs pays et certains ont connu des flambées épidémiques d'ampleur nationale. Des mesures supplémentaires sont par conséquent nécessaires pour atteindre l'objectif de l'élimination de la rougeole, notamment pour combler les lacunes en matière d'immunité dans la population en améliorant les taux de couverture sous-nationale et pour la seconde dose de vaccin, et en atteignant des groupes de population spécifiques.

La couverture vaccinale moyenne contre la poliomyélite dans la Région était de 94,7 % en 2010, 94,4 % en 2011 et 95,4 % en 2012. Une vigilance constante est requise, car les flambées épidémiques de poliomyélite dans d'autres régions de l'OMS et la couverture vaccinale qui est loin d'être optimale dans certaines zones de la Région européenne constituent toujours une menace.

Augmentation des cas de rougeole malgré une amélioration de la couverture vaccinale globale

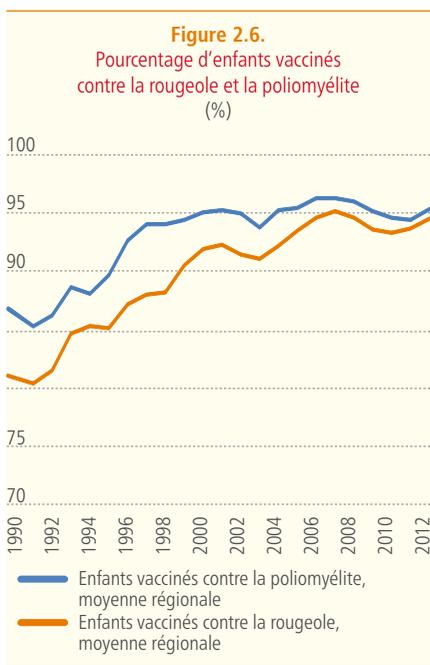
La couverture vaccinale contre la rougeole s'est accrue régulièrement dans la Région européenne, passant de 81 % en 1990 à environ 95 % en 2012 (figure 2.6 et carte 2.2). De 93,4 % en 2010, elle a atteint 93,7 % en 2011 et 94,6 % en 2012. Cependant, après un taux d'incidence historiquement bas en 2007-2009, on assiste à une recrudescence de la rougeole : pour l'année 2013, plus de la moitié des pays de la Région ont signalé des cas, dont le nombre total a atteint 31 685. Neuf pays, de la partie occidentale comme de la partie orientale de la Région, ont déclaré plus de 1 000 cas chacun.

Alors que la couverture pour une première dose de vaccin à valence rougeole et à valence rubéole au niveau national est généralement élevée dans l'ensemble de la Région, la faiblesse des taux de couverture sous-nationale et pour la seconde dose de vaccin demeure inacceptable dans de nombreux pays. La plupart des flambées épidémiques sont survenues dans la population générale ; certaines, cependant, ont touché des groupes spécifiques, tels que des communautés qui refusent la vaccination pour des motifs religieux. En 2013, plus d'un tiers des cas de la Région concernaient des personnes âgées de 20 ans ou plus. Il apparaît ainsi que les adultes qui n'ont pas été vaccinés lors de la mise en œuvre initiale des programmes de vaccination contre la rougeole constituent

un groupe à risque dans de nombreux pays (35). Le Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020 est une déclinaison régionale du Plan d'action mondial pour les vaccins, élaborée en vue de répondre aux besoins particuliers de la Région et de relever les défis qui lui sont spécifiques en matière de vaccination (36).

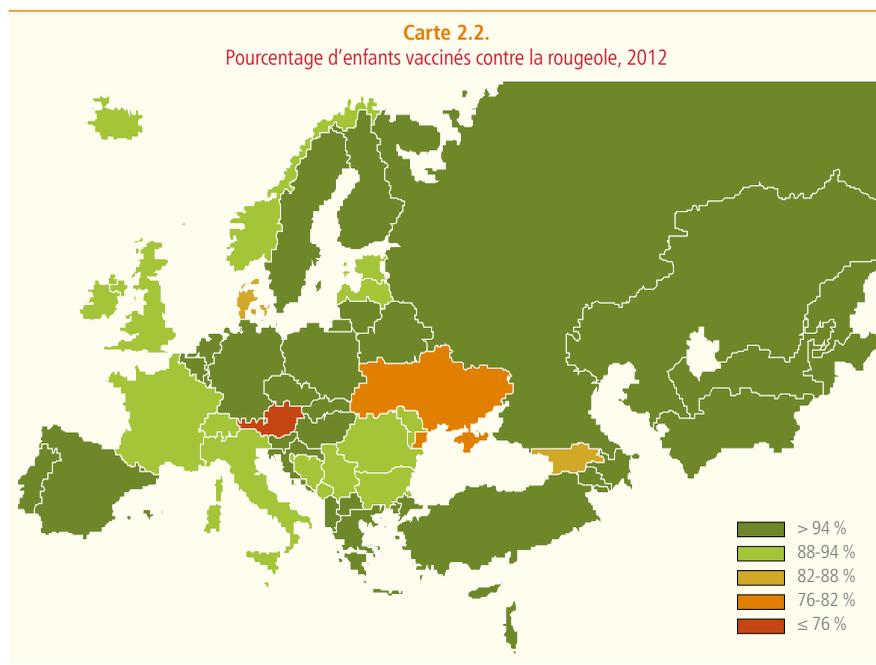
La transmission de la poliomyélite en dehors de l'Europe souligne la nécessité d'une vigilance constante

La couverture vaccinale globale contre la poliomyélite dans la Région est passée de 87 % en 1990 à 94,7 % en 2010, 94,4 % en 2011 et 95,4 % en 2012 (figure 2.6). En juin 2013, la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite a évalué le risque de transmission continue à la suite de l'importation du poliovirus dans chacun des 53 pays de la Région : elle a jugé que 18 pays présentaient un risque intermédiaire, et quatre un risque élevé. De plus, la présence du poliovirus sauvage dans des échantillons environnementaux et sa transmission ont été



Note : indique le pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole (1 dose) avant l'âge de 2 ans et le pourcentage de nourrissons intégralement vaccinés contre la poliomyélite (3 doses) avant l'âge de 1 an au cours de l'année civile indiquée.

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (11).



Note : indique le pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole (1 dose) avant l'âge de 2 ans.

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (11).

détectées dans un pays. La surveillance a été renforcée et, en 2014, après une absence de transmission de six mois, la Commission a établi que la transmission du poliovirus sauvage dans ce pays s'était interrompue. À l'instar des flambées épidémiques constatées dans des zones précédemment considérées comme exemptes de poliomyélite dans d'autres Régions en 2013, ces éléments nouveaux nous rappellent avec force la nécessité de faire preuve en permanence de vigilance pour préserver la Région d'un retour de la poliomyélite (35). Les exercices de simulation de flambées de poliomyélite peuvent être un moyen efficace de mieux se préparer à ces flambées (encadré 2.3).

Encadré 2.3.

Préparation aux flambées épidémiques de poliomyélite dans la Région européenne

Contexte

Des progrès significatifs ont été accomplis depuis le lancement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (37). Le poliovirus sauvage demeure cependant endémique dans trois pays (Afghanistan, Nigeria et Pakistan) et des flambées épidémiques liées à des importations surviennent encore dans des zones exemptes de poliomyélite, la dernière en date dans la République arabe syrienne. Par conséquent, les zones exemptes de poliomyélite dans le monde doivent rester vigilantes. La Région européenne, qui est certifiée exempte de poliomyélite depuis 2002, a connu une flambée liée à une importation en 2010. Bien que le risque de transmission du poliovirus après importation soit faible dans la Région, la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite a constaté que les plans d'action nationaux de lutte contre le poliovirus étaient incomplets ou inexistant dans de nombreux pays et a recommandé que des essais soient effectués afin que ces plans puissent être déclenchés au cas où des flambées se produiraient à l'avenir.

Mesures prises

Pour faire suite à cette recommandation, une série d'exercices de simulation de flambées de poliomyélite a été

réalisée, afin d'étudier les capacités de coordination et de planification des pays en cas de détection d'une telle flambée. Ces exercices se sont déroulés en divers points de la Région en 2012-2013 et avec des participants d'Arménie, d'Azerbaïdjan, de Bosnie-Herzégovine, de Géorgie, du Monténégro, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, de Serbie et d'Ukraine. Ces derniers ont notamment été encouragés à analyser et à actualiser leurs plans d'action nationaux afin d'améliorer le dépistage du poliovirus importé et de renforcer la préparation. Les exercices de préparation ont porté sur des composantes des plans d'action – comme leur coordination, la communication et la collaboration aux niveaux national et international – et aidé les participants à cerner les points forts et les problèmes en vue d'améliorer les interventions de leurs pays.

Résultats

Les exercices de simulation de flambées de poliomyélite ont montré que les pays participants étaient en général préparés à l'introduction potentielle du poliovirus, mais que les niveaux de préparation étaient à améliorer. Les points forts et les faiblesses de chaque pays ont été mis en évidence et des informations pratiques fournies quant à la manière de remédier aux insuffisances. Les rapports remis par les pays à la Commission

régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite en 2013 et 2014 ont montré que de grands progrès avaient été accomplis depuis l'exercice initial. Par exemple, des pédiatres et des épidémiologistes ont défini des stratégies communes en vue de vacciner les groupes de population traditionnellement mal desservis, notamment au travers de la formation de médiateurs au sein de ces groupes, d'une cartographie de leurs implantations et de l'élaboration de supports promotionnels rédigés dans les langues et dialectes locaux. Il a également été prévu d'assurer la formation continue de l'ensemble des professionnels de la santé.

Les exercices de simulation de flambées de poliomyélite ont aidé les pays participants à se familiariser mutuellement avec leurs plans de préparation et favorisé une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre les pays et les organisations internationales. Les expériences et les enseignements qui en ont été tirés sont applicables à d'autres maladies à prévention vaccinale et leur élargissement à d'autres pays et zones sous-nationales a été approuvé par la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite (38).

Synthèse des progrès accomplis : causes externes

La troisième quantification de la cible n° 1 de Santé 2020 porte sur la réduction de la mortalité due à des causes externes, pour laquelle les taux de mortalité standardisés (TMS), toutes causes externes et traumatismes confondus, constituent l'indicateur de base (codes CIM-10 V01 à V99, W00 à W99, X00 à X99 et Y00 à Y98).

Le taux de mortalité, toutes causes externes et traumatismes confondus, est en recul dans la Région depuis 2002. En 2010 (année de référence de Santé 2020), ce taux était de 60,9 pour 100 000 habitants ; en 2011, il était de 60,2 pour 100 000 habitants. Toutefois, la moyenne régionale de 2011 est basée sur des données fournies par un nombre limité de pays et devra être réévaluée lorsque la plupart auront communiqué leurs données de mortalité à l'OMS.

Le taux de mortalité imputable à des causes externes et à des traumatismes est en recul depuis 2002

Le taux de mortalité, toutes causes externes et traumatismes confondus, est en recul constant dans la Région depuis le début des années 2000. Ces dernières années, cette baisse a semblé stagner ; en 2010, le taux était de 60,9 pour 100 000 habitants ; en 2011, de 60,2 pour 100 000 habitants. Il convient cependant de noter que la moyenne régionale de 2011 est basée sur des données fournies par un nombre limité de pays (tableau A.2 à l'annexe 1) et que ce chiffre doit donc être considéré comme un taux préliminaire, qui devra être réévalué lorsque la plupart des pays auront communiqué leurs données de mortalité à l'OMS.

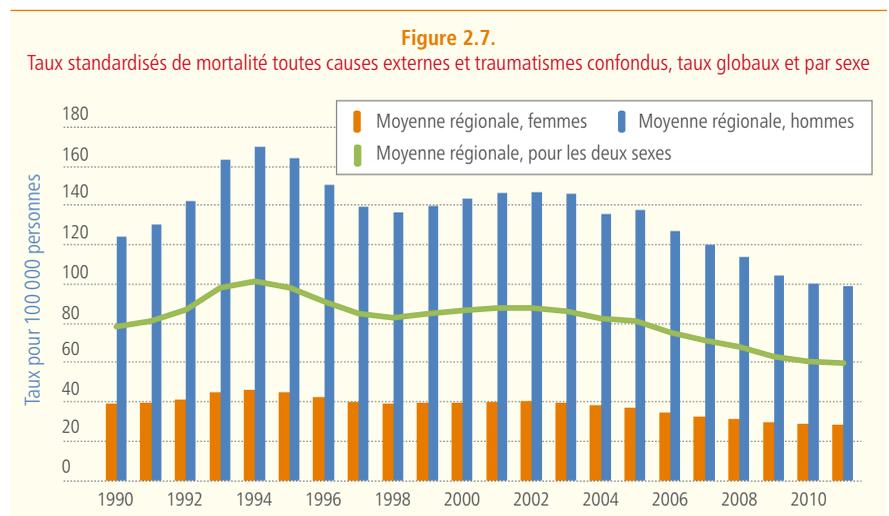
Ces dernières années, on observe en particulier une baisse des taux de mortalité masculine imputable à des causes externes et à des traumatismes, d'où une réduction de l'écart entre les hommes et les femmes, passé de 72,6 en 2010 à 71,9 en 2011. Bien que cette évolution soit positive, l'écart hommes-femmes en termes absolus est toujours considérable (figure 2.7).

Les hommes représentent 75 % des personnes tuées dans des accidents de la route

Un indicateur supplémentaire pour la quantification de cette cible de Santé 2020 consiste à ventiler les taux de mortalité globale par

cause, notamment les accidents de la route impliquant des véhicules à moteur et les suicides. Les données indiquent que les taux de mortalité sont systématiquement plus élevés pour les hommes que pour les femmes, indépendamment des causes externes de décès (tableau 2.2). Parmi les décès liés à des accidents impliquant des véhicules à moteur dans la Région, 75 % concernent des hommes, dont plus de la moitié sont âgés de 15 à 44 ans (54 %) (39). Bien que les traumatismes dus aux accidents de la route entraînent un nombre relativement plus faible de décès parmi les personnes âgées, ce groupe est particulièrement vulnérable : la capacité à faire face aux situations de circulation difficiles décline avec l'âge, tandis que les personnes deviennent plus fragiles sur le plan physique (40).

En 2010, 92 500 personnes sont décédées de traumatismes imputables à un accident de la route, soit 25 % de moins qu'en 2007. Durant cette période, le nombre de véhicules immatriculés a augmenté de 6 %, ce qui donne à penser que les interventions en matière de sécurité routière ont eu des effets modérateurs en dépit d'une exposition accrue (39). La prévention des traumatismes fait partie des préoccupations de nombreux gouvernements : une étude menée en 2013 par l'OMS et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a conclu qu'il existe en Europe de nombreuses politiques fondées sur des bases factuelles dans le domaine de la sécurité routière, mais que leur mise en



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (11).

Tableau 2.2.
Taux standardisés de mortalité imputable à des causes externes pour 100 000 habitants, par sexe

Lieu	Accidents de la route		Chutes accidentelles		Intoxication accidentelle		Intoxication accidentelle due à l'alcool		Suicide et lésions auto-infligées		Homicides et agressions	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Moyenne régionale	4,3	14,4	3,1	7,5	3,0	11,0	0,9	3,9	4,8	21,3	1,8	5,6
Allemagne	1,8	5,7	4,7	7,4	0,3	1,0	0,1	0,2	4,8	14,8	0,5	0,5
Arménie	2,1	11,9	0,1	1,2	0,2	0,6	0,0	0,1	1,2	4,4	0,8	2,7
Autriche	2,7	7,9	3,9	8,9	0,1	0,3	0,0	0,0	6,0	20,6	0,4	0,6
Bélarus	–	–	3,8	19,1	2,7	16,1	–	–	8,5	46,9	3,7	8,0
Belgique	3,4	11,5	6,8	9,7	1,3	2,5	0,1	0,4	9,2	24,9	0,7	1,4
Bosnie-Herzégovine	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Bulgarie	2,7	7,7	1,2	4,5	0,6	1,7	0,2	0,5	3,1	14,6	0,7	1,7
Chypre	2,8	15,3	1,9	3,7	0,4	2,9	0,0	0,0	1,0	6,0	1,4	1,0
Croatie	2,3	15,5	11,7	17,8	1,5	3,8	0,2	0,7	6,1	25,3	0,6	1,7
Danemark	1,5	5,1	4,4	6,6	1,9	6,1	0,2	0,2	4,7	14,6	0,4	1,1
Espagne	1,7	7,0	1,9	3,6	0,6	2,0	0,1	0,1	2,6	9,1	0,4	1,0
Estonie	3,0	11,9	2,4	8,8	6,7	33,6	3,8	15,5	4,5	26,7	1,6	7,9
Ex-République yougoslave de Macédoine	3,1	9,5	3,3	4,1	0,5	1,4	0,0	0,2	3,1	8,3	1,2	3,0
Fédération de Russie	–	–	2,8	10,6	9,3	38,7	–	–	6,6	39,5	5,6	20,5
Finlande	2,2	7,0	7,9	19,5	5,6	19,5	2,5	10,4	7,0	25,0	1,3	2,4
France	2,4	9,5	3,7	6,8	1,5	3,0	0,2	0,8	7,4	22,9	0,4	0,8
Géorgie	0,6	2,5	0,1	0,3	0,3	0,7	0,0	0,3	0,6	4,5	0,2	0,5
Grèce	4,2	17,1	1,4	4,2	0,7	3,7	0,0	0,0	1,3	6,2	0,5	2,5
Hongrie	3,2	10,1	8,2	15,6	0,6	1,7	0,1	0,3	8,2	34,5	1,0	1,7
Irlande	2,1	6,0	3,9	5,5	3,5	8,7	1,6	2,7	4,5	17,3	0,2	1,4
Islande	0,7	6,3	5,4	6,5	1,3	2,0	0,0	0,0	4,6	18,2	0,0	0,6
Israël	2,5	7,4	0,9	2,2	0,0	0,1	0,0	0,0	2,4	9,5	1,0	3,5
Italie	2,5	10,8	1,8	4,0	0,3	1,0	0,0	0,1	2,2	8,9	0,4	1,1
Kazakhstan	–	–	1,7	5,7	7,3	26,1	–	–	7,6	40,8	3,6	16,2
Kirghizistan	9,1	27,8	0,8	4,4	4,4	22,6	2,6	15,5	4,0	17,2	3,0	12,7
Lettonie	4,0	12,7	2,6	12,9	2,9	14,0	1,9	9,5	5,0	36,6	2,8	9,5
Lituanie	3,7	15,7	3,1	14,2	5,9	26,9	3,4	15,5	9,1	51,4	2,7	7,5
Luxembourg	3,5	7,3	4,1	10,2	3,0	3,5	1,5	1,4	5,9	13,1	0,0	0,9
Malte	2,2	6,5	3,0	7,7	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	9,2	1,0	0,0
Monténégro	4,4	10,1	0,3	4,5	0,0	0,3	0,0	0,0	8,5	25,5	1,1	3,1
Norvège	1,4	4,4	4,0	7,3	3,5	8,7	0,3	1,1	5,6	14,1	0,3	0,8
Pays-Bas	1,7	4,7	5,3	7,1	0,4	1,2	0,1	0,1	5,6	12,7	0,6	1,1
Pologne	3,9	15,6	4,9	11,7	1,0	5,6	0,6	4,6	3,4	26,7	0,6	1,4
Portugal	3,5	12,9	1,2	3,0	0,1	0,3	0,0	0,1	3,3	13,0	0,5	1,3
République de Moldova	5,9	18,3	2,0	7,8	4,4	14,3	2,2	8,2	5,4	26,9	3,5	7,8
République tchèque	2,7	9,0	3,1	7,3	2,3	4,9	1,1	2,9	4,3	23,9	0,7	0,9
Roumanie	4,8	16,4	2,1	10,0	2,4	7,2	0,8	3,8	3,7	20,8	1,3	3,1
Royaume-Uni	1,5	4,8	3,4	5,4	1,8	4,3	0,5	0,9	2,9	10,1	0,2	0,4
Serbie	2,7	10,1	1,5	4,2	0,3	0,9	0,1	0,2	6,1	22,3	0,9	2,2
Slovaquie	3,3	11,1	3,4	12,5	1,0	3,5	0,7	2,7	3,0	19,4	0,9	1,3
Slovénie	2,4	10,7	11,5	22,8	1,3	4,5	0,4	1,8	6,1	29,3	0,4	0,4
Suède	1,2	3,8	3,2	6,6	1,9	6,2	0,4	1,8	5,9	16,4	0,6	1,4
Suisse	1,4	5,2	8,1	12,2	1,1	3,1	0,2	0,5	6,2	16,5	0,5	0,5
Turquie	3,0	10,4	4,6	6,6	0,3	0,5	0,0	0,1	0,8	2,5	0,5	2,0
Ukraine	–	–	1,8	8,5	5,0	23,6	–	–	5,7	32,5	2,4	7,3

Note : données de la dernière année disponible, 2009-2012 ; moyennes régionales pour 2011. Les pays pour lesquels il n'existe pas de données pour cette période ne sont pas inclus.

Source : base de données européenne sur la mortalité (41).

œuvre présente d'importantes disparités. Lorsqu'elles sont mises en application avec succès, on constate que ces politiques se traduisent par une réduction notable de la mortalité par accidents de la route (42) (encadré 2.4). Du reste, les différences nationales concernant cette mortalité sont considérables (tableau 2.2), ce qui indique que les possibilités d'amélioration sont encore importantes dans de nombreux pays.

Le suicide demeure un problème de santé important en dépit de tendances à la baisse

On enregistre une tendance à la baisse pour la mortalité par suicide et blessures auto-infligées dans la Région, avec des taux de mortalité passés de 19,8 pour 100 000 habitants en 1994 à 12,6

Encadré 2.4.

Réduction des accidents de la circulation dans la Fédération de Russie

Contexte

Dans la Fédération de Russie, l'évolution de la mortalité liée aux accidents de transport est contrastée au fil du temps, avec des tendances à la hausse ou à la baisse selon les périodes. Cependant, les comparaisons avec d'autres pays de la Région européenne ont montré que l'écart se creusait et que des mesures devaient par conséquent être prises.

Mesures prises

Un programme fédéral ciblé d'amélioration de la sécurité routière pour 2006-2012 a été mis en œuvre en vue de réduire la mortalité liée aux transports. Il s'articulait autour des grandes composantes suivantes :

- amélioration de la formation des conducteurs,
- modernisation de l'infrastructure routière,
- mise en place de mécanismes visant à améliorer le respect de la réglementation routière,
- application plus stricte des mesures légales en cas d'infraction,
- réduction du délai entre l'accident et l'arrivée des services d'urgence sur les lieux,

- intervention médicale plus rapide et mieux coordonnée.

Résultats

Entre 2005, année de lancement du programme, et 2013, les taux de mortalité masculine et féminine ont diminué en moyenne de 26,2 % et 29,4 % respectivement, ce qui indique qu'il a eu un effet positif. Des tendances à la baisse ont été observées dans tous les groupes d'âge. Chez les adultes en âge de travailler, dans la tranche d'âge 20-39 ans, on a constaté une réduction des taux de mortalité de 20,8 % chez les hommes et de 22,2 % chez les femmes. Chez les personnes âgées de 60 ans et plus, la réduction était plus importante, avec 35,5 % pour les hommes et 39,9 % pour les femmes.

Les piétons sont fréquemment victimes d'accidents de transport ; le programme a donc eu également des répercussions significatives sur leur mortalité. En raison d'une réduction de la mortalité de 45,7 % chez les hommes et de 45,2 % chez les femmes, les décès de piétons en proportion de l'ensemble des décès liés aux transports sont passés de 40,1 % à 29,5 % pour les hommes et de 49,2 % à 38,2 % pour les

femmes. Étant donné que les piétons sont souvent des personnes âgées, il y a lieu de penser que le programme a eu un impact plus prononcé sur la mortalité dans ce groupe d'âge.

Les variations sous-nationales de la mortalité liées à la disparité des niveaux de développement des infrastructures et des niveaux d'intensité de la circulation dans différentes régions (oblasts) étaient frappantes. En 2013, cette variation des taux de mortalité allait de 1 à 14 chez les hommes (de 5,8 à 82,2 pour 100 000 habitants) et de 1 à 30 chez les femmes (de 0,9 à 30,3 pour 100 000 habitants) entre les différentes régions. Entre 2005 et 2013, la mortalité liée aux accidents de transport a diminué dans 69 régions sur 82.

Ces premières baisses importantes ont toutefois commencé à marquer le pas après 2010 : durant la période 2010-2013, la mortalité n'a baissé que de 1,1 % chez les femmes, tandis qu'elle augmentait de 3,1 % chez les hommes. Pour pérenniser les évolutions positives obtenues dans la Fédération de Russie, un programme complémentaire a été approuvé pour la période 2013-2020.

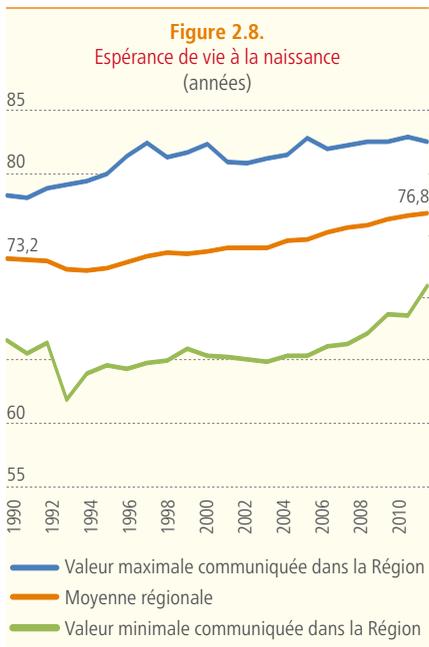
en 2010 et 2011 (11). Néanmoins, il s'agit toujours d'un important problème de santé : 6 des 20 pays affichant les taux de suicide les plus élevés au monde se trouvent dans la Région européenne. Les jeunes adultes sont particulièrement exposés, le suicide représentant 17,6 % de l'ensemble des décès chez les personnes âgées de 15 à 29 ans dans les pays à revenu élevé. Pour ce groupe d'âge, il s'agit de la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation, aussi bien au niveau mondial qu'en Europe (43). Le risque de suicide est également important chez les personnes âgées, et le taux de suicide global dans la Région européenne est plus élevé que dans le reste du monde, ce qui démontre la nécessité d'une prévention active du suicide dans ce groupe d'âge (44, 45). Les taux de mortalité par suicide et lésions auto-infligées tous âges confondus présentent de grandes disparités entre les pays, le taux le plus élevé de la Région chez les hommes atteignant la valeur très inquiétante de 51,4 pour 100 000 personnes (tableau 2.2). Un rapport publié par l'OMS en 2014 propose des orientations pratiques sur les actions stratégiques que peuvent entreprendre les gouvernements en fonction de leurs ressources et des activités existantes de prévention du suicide. Il recommande notamment des interventions basées sur les données factuelles, peu onéreuses et efficaces, y compris dans les environnements disposant de peu de ressources (46).

Cible n° 2 : augmenter l'espérance de vie en Europe

Synthèse des progrès accomplis

La quantification de cette cible de Santé 2020 concerne la poursuite de la hausse de l'espérance de vie au rythme actuel (taux annuel pour la période 2006-2010), associée à une diminution des disparités en termes d'espérance de vie dans la Région. L'indicateur de base retenu est l'espérance de vie à la naissance.

L'espérance de vie moyenne à la naissance s'est accrue dans la Région depuis les années 1990. Au moment de la rédaction du présent rapport, les informations disponibles étaient insuffisantes pour évaluer le rythme d'évolution de l'espérance de vie au niveau régional depuis 2010, année de référence de Santé 2020. Les

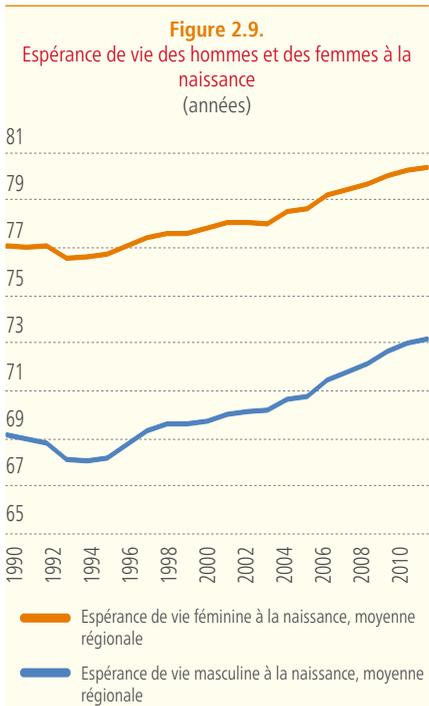


Source : base de données européenne de la Santé pour tous (11).

différences entre pays de la Région et entre hommes et femmes se sont atténuées au fil du temps. Cette tendance positive semble s'être poursuivie durant la période 2010-2011, bien que le peu de données disponibles ne permette pas de tirer des conclusions valables. Les disparités demeurent cependant considérables.

L'écart entre les pays en matière d'espérance de vie à la naissance est toujours supérieur à dix ans

La cible de Santé 2020 stipule que l'espérance de vie doit continuer à augmenter au rythme annuel enregistré de 2006 à 2010. Durant cette période, l'augmentation annuelle moyenne était de 0,26 an, ce qui attestait d'une progression plus rapide que durant la période précédente (1990-2005), où elle n'était que de 0,09 an. L'espérance de vie moyenne à la naissance dans la Région européenne était de 76,6 ans en 2010 et de 76,8 ans en 2011 (figure 2.8). Au moment de la rédaction du présent rapport, il n'était pas encore possible de calculer de façon fiable la moyenne régionale pour 2012, les données correspondantes n'étant disponibles que pour une minorité de pays. Ce calcul sera donc effectué à l'occasion de la publication des indicateurs sanitaires de base de 2015 du Bureau régional. Une évaluation de la tendance à plus long terme montre que l'espérance de vie moyenne dans la Région s'était nettement dégradée en 1993 ; ce phénomène était lié à la crise sociale et économique qui avait suivi le démantèlement de l'URSS (47).



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (11).

Depuis le début des années 1990, l'écart observé entre les chiffres les plus élevés et les plus faibles en termes d'espérance de vie a été de 16 ans en moyenne pour la plupart des années. Cependant, en 2009 et 2010, il est passé à 14 ans environ, puis à 11 ans seulement en 2011. Cet écart est nettement plus faible qu'au cours des années précédentes, mais, dans la mesure où seuls 25 pays avaient communiqué leurs données d'espérance de vie pour 2011 au moment de la rédaction de ce rapport, il doit être interprété avec prudence : les valeurs minimales et maximales seront actualisées une fois que les données des pays restants auront été transmises à l'OMS.

Les moyennes régionales pour l'espérance de vie des hommes et des femmes augmentent à un rythme similaire depuis 1990 (figure 2.9). Une évaluation de l'écart en matière d'espérance de vie par sexe depuis 1990 montre que les femmes vivent systématiquement

environ 8 ans de plus en moyenne que les hommes. La différence la plus importante, de quelque 8,5 ans, est intervenue durant les années 1994 et 1995 ; elle s'explique probablement par les conséquences de la crise qui a suivi le démantèlement de l'URSS (48). Depuis 2002, l'écart a été ramené à 7 ou 8 ans, principalement en raison de hausses plus rapides de l'espérance de vie masculine dans la Communauté des États indépendants (CEI).

La réduction des différences en termes d'espérance de vie moyenne dans la Région entre les pays et entre hommes et femmes constitue un signe positif, mais les écarts demeurent importants.

Espérance de vie supérieure à la moyenne à la naissance et inférieure à la moyenne à 65 ans dans certains pays

Un indicateur supplémentaire pour la quantification de cette cible de Santé 2020 est l'espérance de vie à 1, 15, 45 et 65 ans ; cette sous-section s'intéresse à l'espérance de vie à 65 ans. Dans certains pays, l'espérance de vie masculine et féminine est supérieure à la moyenne régionale à la naissance, mais inférieure à celle-ci à l'âge de 65 ans. Dans d'autres, l'espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance et à 65 ans est inférieure à la moyenne régionale, tandis que, dans d'autres encore, elle n'est inférieure que pour l'un des sexes (tableau 2.3). L'espérance de vie à 65 ans au niveau régional indique une tendance à la hausse, puisqu'elle est passée de 15,7 ans en 1993 à 18,0 en 2011 (11).

Une étude a été réalisée en 2014 sur les causes des augmentations de l'espérance de vie à 60 ans, principalement dans les pays à revenu élevé, et elle a abouti à la conclusion que les améliorations étaient avant tout dues à une baisse du tabagisme (pour les hommes) et de la mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires (pour les hommes et les femmes). Le décalage dans le temps des tendances comportementales en matière de tabagisme chez les hommes et les femmes des pays à revenu élevé (ce que l'on appelle épidémie de tabagisme (49)) explique probablement les différences entre les sexes constatées dans cette étude. L'augmentation de l'obésité et la prévalence du diabète sucré de type II qui en résulte pourrait limiter à l'avenir les taux d'amélioration de la mortalité à des âges avancés, à l'instar de la prévalence accrue de la démence provoquée par le vieillissement de la population (12).

Cible n° 3 : limiter le manque d'équité en matière de santé en Europe

Synthèse des progrès accomplis

La quantification de cette cible de Santé 2020 porte sur une réduction des disparités en matière de santé associées aux déterminants sociaux dans la population européenne. Les indicateurs de base sont les suivants :

Tableau 2.3.
Espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance et à l'âge de 65 ans

Pays	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à l'âge de 65 ans		Pays	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à l'âge de 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Moyenne régionale	73,1	80,3	15,9	19,6	Italie	79,8	85,0	18,7	22,5
Albanie	73,7	78,9	14,9	17,8	Kazakhstan	63,7	73,5	11,9	15,6
Allemagne	78,7	83,4	18,3	21,3	Kirghizistan	65,5	73,7	12,8	15,7
Andorre	77,4	84,2	–	–	Lettonie	68,9	79,0	13,7	18,6
Arménie	71,3	77,8	14,3	17,0	Lituanie	68,0	79,0	13,6	18,5
Autriche	78,4	84,0	18,2	21,8	Luxembourg	79,2	83,9	18,2	21,7
Azerbaïdjan	71,3	76,3	14,5	16,3	Malte	78,8	83,1	17,8	21,1
Bélarus	64,8	76,6	11,8	16,9	Monténégro	73,3	78,0	15,2	17,3
Belgique	77,5	83,0	17,6	21,3	Norvège	79,7	83,6	18,5	21,2
Bosnie-Herzégovine	74,2	79,0	15,6	17,4	Ouzbékistan	68,2	73,0	13,0	15,0
Bulgarie	70,8	77,9	14,0	17,4	Pays-Bas	79,5	83,2	18,2	21,3
Chypre	80,1	83,9	19,0	21,1	Pologne	72,7	81,2	15,5	20,0
Croatie	74,0	80,7	15,0	18,8	Portugal	77,4	83,9	17,9	21,7
Danemark	78,0	82,1	17,5	20,3	République de Moldova	67,2	75,1	12,8	15,8
Espagne	79,4	85,5	18,8	22,9	République tchèque	75,1	81,3	15,8	19,4
Estonie	71,3	81,4	14,8	20,1	Roumanie	70,2	77,6	14,1	17,3
Ex-République yougoslave de Macédoine	73,0	77,3	14,0	16,1	Royaume-Uni	78,8	82,7	18,4	21,0
Fédération de Russie	63,1	75,0	12,0	16,6	Saint-Marin	77,6	84,4	18,3	24,2
Finlande	77,5	84,0	17,9	21,9	Serbie	72,4	77,5	14,1	16,5
France	78,4	85,4	19,0	23,5	Slovaquie	71,8	79,4	14,1	18,1
Géorgie	70,2	79,0	14,5	18,4	Slovénie	76,6	83,2	16,9	21,1
Grèce	78,6	83,2	18,6	20,7	Suède	79,7	83,7	18,4	21,3
Hongrie	71,7	78,8	14,4	18,2	Suisse	80,4	85,0	19,2	22,7
Irlande	78,5	83,0	17,8	21,0	Tadjikistan	71,2	76,3	14,5	17,8
Islande	79,9	83,9	18,7	21,1	Turkménistan	62,5	69,8	12,4	14,9
Israël	80,4	84,1	19,4	21,7	Turquie	74,5	80,0	15,7	19,1
					Ukraine	66,2	76,2	12,8	16,8

Note : données de la dernière année disponible, 2004-2012 (à l'exception de 1998) ; moyennes régionales pour 2011.

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (11).

- mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes,
- proportion d'enfants officiellement en âge de fréquenter l'école primaire mais non scolarisés,
- taux de chômage,
- espérance de vie (décrite à la section consacrée à la cible n° 2),
- politiques nationales et/ou sous-nationales visant à limiter le manque d'équité en matière de santé, établies et attestées.

Depuis 1990, la mortalité infantile baisse dans les pays enregistrant les taux les plus élevés, d'où une réduction de l'écart entre les pays. La couverture des données communiquées pour les années les plus récentes n'est pas suffisante pour que l'on puisse déterminer si cette tendance positive s'est poursuivie depuis 2010.

La différence entre les proportions les plus élevées et les plus faibles d'enfants officiellement en âge de fréquenter l'école primaire mais non scolarisés s'amenuise dans les pays de la Région : elle était de 15,2 % en 2010, 12,7 % en 2011 et 10,6 % en 2012 (la valeur la plus faible en 2012 était de 0,2 %, et la plus élevée de 10,7 %).

Les taux de chômage varient considérablement dans la Région, la valeur la plus élevée et la valeur la plus faible étant respectivement de 31 % et 0,5 % en 2012. Alors que l'écart entre les valeurs les plus élevées et les plus basses dans la Région décroît depuis 2005, ces dernières années, le rythme de la réduction s'est ralenti, cet écart passant de 31,3 % en 2010 à 30,8 % en 2011 et à 30,5 % en 2012.

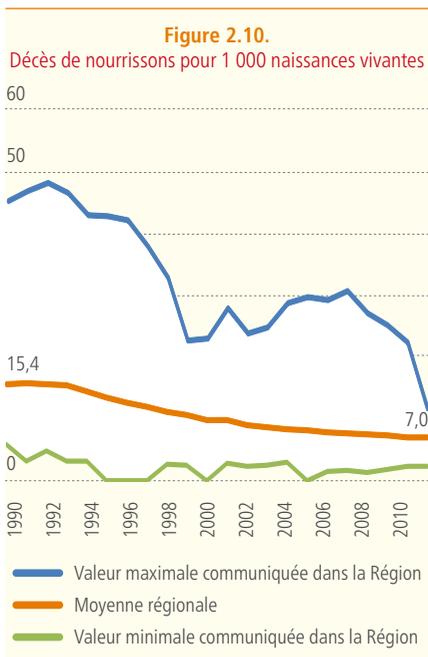
La proportion de pays de la Région ayant adopté une politique spécifique de lutte contre les inégalités de santé est passée de 58 % en 2010 à 67 % en 2013.

L'écart entre les taux de mortalité infantile les plus élevés et les plus bas se resserre

On entend par taux de mortalité infantile le nombre de décès de nourrissons de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes. Les valeurs maximales déclarées dans la Région présentent un schéma irrégulier, tandis que les valeurs minimales sont peu ou prou constantes (figure 2.10). Cela s'explique en grande partie par le fait que la couverture des données concernant les pays est incomplète, en particulier pour ceux qui enregistrent les plus forts taux de mortalité infantile. Les moyennes régionales des premières années

sont fondées sur des données issues de la plupart des pays, alors que seules les données de 27 pays sont incluses dans la moyenne de 2011. Ceux qui n'ont pas encore communiqué d'éléments pour 2011 font également partie des pays où les taux de mortalité infantile sont les plus élevés ; cela peut expliquer la baisse brutale de la valeur la plus élevée communiquée dans la Région en 2011. En général, cependant, il y a lieu de conclure que les taux les plus élevés ont diminué de façon significative au fil du temps, réduisant ainsi l'écart entre les pays. L'écart entre les taux de mortalité infantile les plus forts et les plus faibles en 1990 était de 40 décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes ; dans les années 2000, il se situait dans une fourchette oscillant entre 20 et 30.

Le taux de mortalité infantile régional moyen a diminué de plus de moitié en 22 ans, passant de 15,4 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 7,0 en 2011 (figure 2.10), ce qui représente un recul annuel de 3,7 %. À titre de comparaison, l'objectif du Millénaire pour le développement n° 4 exige une diminution des deux tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans sur une période de 25 ans, ce qui correspond à une baisse moyenne annuelle de 4,4 %. De surcroît, le rythme de la réduction a décru durant la seconde moitié de la période considérée : la réduction annuelle moyenne en 2001-2011 était, au mieux, de 3,3 %, contre 4,5 % en 1998-2000. Il n'est pas possible de mesurer ce rythme de façon fiable à partir de 2010, en raison de retards de déclaration par les pays, mais la tendance donne à penser que la baisse de la mortalité infantile dans la Région va se poursuivre.



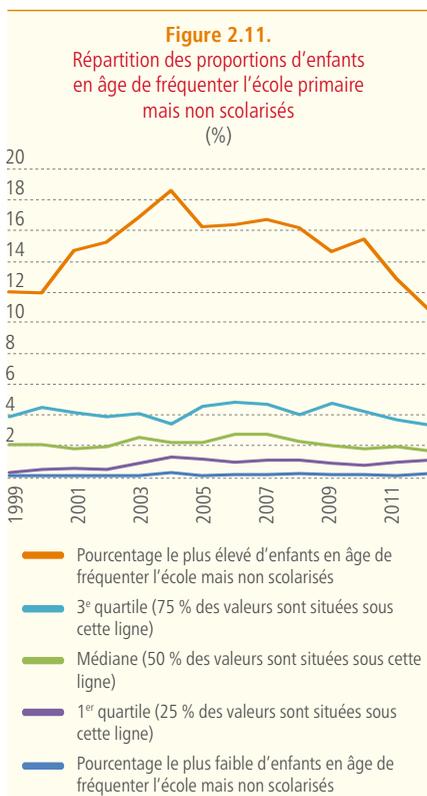
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (11).

L'expérience acquise dans la Région – voire au niveau mondial – montre que des niveaux plus faibles de mortalité infantile sont étroitement associés à une proportion plus importante de décès néonataux (survenant entre 0 et 27 jours révolus) et que la diminution de la mortalité néonatale est plus lente que celle des décès postnéonataux (survenant entre 28 jours et 11 mois) (50). Pour suivre la baisse de la mortalité infantile dans la Région, il est nécessaire de disposer de systèmes d'état civil efficaces, qui recensent avec précision les décès de nourrissons, en particulier pendant les premiers jours suivant la naissance. Si le niveau de mortalité infantile est sans doute sous-estimé en raison soit d'une classification erronée des décès néonataux précoces en tant que mortinaissances, soit de la non-inscription, dans les systèmes d'état civil, des décès survenant durant les premières heures ou les premiers jours de vie (51), on estime que le biais déclaratif est pour l'essentiel constant. Il est

par conséquent probable que la direction et l'ampleur prises par l'évolution présentée ci-dessus sont le reflet de la réalité. L'annexe 1 fournit de plus amples informations sur les questions et problèmes de qualité liés aux données de mortalité infantile.

Des disparités importantes dans les proportions d'enfants non scolarisés en cycle primaire

L'écart entre les proportions les plus élevées et les plus faibles d'enfants officiellement en âge de fréquenter l'école primaire mais non scolarisés s'amenuise dans la Région : il était de 15,2 % en 2010, 12,7 % en 2011 et 10,5 % en 2012. Les différences entre les pays restent néanmoins importantes, puisqu'en 2012 ces proportions se situaient entre 10,7 % et 0,2 %. La répartition à l'intérieur de la Région traduit des déséquilibres : la proportion était inférieure à 3,3 % dans 75 % des pays, et comprise entre 3,3 % et 10,7 % dans 25 % d'entre eux (figure 2.11).



Source : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Institut de statistique (52).

Le caractère positif de la relation entre éducation et santé est largement admis. Il semble qu'il soit réciproque : une meilleure éducation se traduit par une meilleure santé (grâce à de meilleurs emplois, un revenu plus élevé et davantage de connaissances en matière de santé), tandis qu'une meilleure santé permet aux gens de consacrer davantage de temps, d'argent et d'énergie à l'éducation (53). S'attaquer au manque d'équité dans le domaine de l'éducation est par conséquent indispensable pour lutter contre le manque d'équité en santé. L'Initiative mondiale en faveur des enfants non scolarisés lancée par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Institut de statistique de l'UNESCO a fait état de la rareté des analyses systématiques visant à identifier les obstacles à l'instauration d'une éducation primaire pour tous, notamment en raison de l'absence d'outils et de méthodologies permettant de recenser les enfants non scolarisés et de suivre les progrès accomplis. Cette initiative a collaboré avec plusieurs pays de la Région européenne en vue d'améliorer les taux de scolarisation (54) (encadré 2.5).

Les différences en matière de taux de chômage s'atténuent, mais les évolutions récentes sont faibles

Les taux de chômage varient considérablement au sein de la Région : en 2012, la valeur la plus basse était de 0,5 % et la plus élevée

Encadré 2.5.

Des mesures de grande ampleur afin d'améliorer le taux de scolarisation dans le primaire en Turquie

Contexte

D'après l'enquête démographique et sanitaire menée en 2008 en Turquie, 7,5 % des enfants âgés de 6 à 10 ans et 4,63 % des enfants âgés de 11 à 13 ans n'étaient pas scolarisés. La Turquie est l'un des 25 pays dans lesquels l'UNICEF et l'Institut de statistique de l'UNESCO ont lancé, en 2010, l'initiative mondiale visant à accélérer la réduction du nombre d'enfants non scolarisés et à renforcer les systèmes de suivi de ces enfants.

Mesures prises

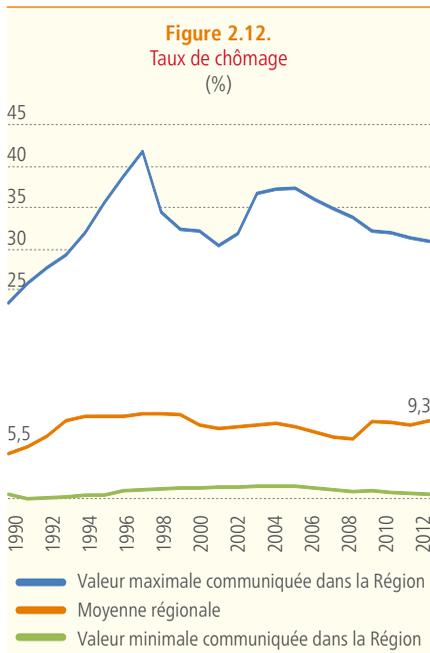
Pour lever les obstacles et goulets d'étranglement qui se traduisent par une exclusion de l'éducation, le gouvernement turc a mis en œuvre plusieurs politiques et programmes sociaux, comme la distribution de manuels gratuits et des repas gratuits pour les enfants vivant en zone rurale, loin des écoles. Il a également commencé à fournir une assistance en matière de logement, de transport et d'internat aux

étudiants ; des matériels pédagogiques ; des bourses pour les enfants issus de ménages à faible revenu et/ou ruraux ; des transports gratuits pour les enfants en situation de handicap ; et des allocations mensuelles pour la prise en charge des enfants handicapés. L'éducation préprimaire a été étendue afin de toucher un plus grand nombre d'enfants et le secteur de l'éducation a commencé à utiliser le système d'information de gestion e-School et à adopter un système de gestion et d'établissement du budget basé sur les performances. D'autres stratégies ont également été mises en œuvre afin d'augmenter le taux de scolarisation, telles qu'un projet visant à améliorer les conditions de travail et de vie sociale des travailleurs agricoles saisonniers et des actions ciblant les enfants ayant besoin d'être protégés.

Résultats

Des centaines de milliers d'enfants ont bénéficié de repas gratuits, de bourses

pour faire face au coût du logement, de services de bus gratuits et de bien d'autres prestations ayant pour objectif d'accroître la scolarisation. Selon les statistiques nationales en matière d'éducation, le taux de scolarisation net pour l'année scolaire 2013-2014 était de 99,5 % dans l'enseignement primaire. Pour les enfants âgés de 10 à 13 ans, le taux de scolarisation net dans le premier cycle de l'enseignement secondaire – après ajustement, par exemple pour tenir compte des enfants qui appartiennent à ce groupe d'âge mais fréquentent l'école primaire à la suite de redoublements – était de 99,9 %. En Turquie, la proportion d'enfants qui bénéficient d'une éducation préprimaire et acquièrent une éducation de base a considérablement augmenté, ce que l'on peut attribuer aux réformes et mesures de grande ampleur qui ont été adoptées afin de relever les défis en matière d'éducation (55, 56).



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (11).

de 31 %. Alors que l'écart entre les valeurs les plus élevées et les plus basses dans la Région décroît depuis 2005, ces dernières années, le rythme de la réduction s'est ralenti, cet écart passant de 31,3 % en 2010 à 30,8 % en 2011 et à 30,5 % en 2012 (figure 2.12). En 2012, selon le Département de statistique de l'Organisation internationale du travail (ILOSTAT), les écarts entre les hommes et les femmes dans les économies développées et les pays de l'UE étaient faibles (taux de chômage masculin de 8,6 % et féminin de 8,5 %). Dans les pays d'Europe centrale et du Sud-Est (n'appartenant pas à l'UE) et dans la CEI, les taux étaient plus élevés pour les hommes que pour les femmes (8,2 % contre 7,7 %) (57).

Les jeunes sont affectés de manière disproportionnée par les effets de la crise économique sur le marché du travail. ILOSTAT estime qu'en 2012 les taux de chômage des jeunes étaient de 18 % dans les économies développées et les pays de l'UE, et de 17,5 % dans les pays d'Europe centrale et du Sud-Est (hors UE) et de la CEI. Selon ces projections, les taux seront respectivement de 16 % et de 18 % en 2018, ce qui semble indiquer qu'il ne faut s'attendre à aucune amélioration majeure de la situation au cours des

prochaines années. Qui plus est, dans les pays pour lesquels on dispose d'informations, la proportion de jeunes sans emploi et non scolarisés ou ne suivant pas une formation a continué à augmenter rapidement, prolongeant la tendance enregistrée depuis le début de la crise (57). Ces taux élevés et/ou en hausse constituent un sujet de préoccupation majeur pour les responsables politiques, dans la mesure où ce groupe n'est pas inséré dans la vie professionnelle et ne développe pas ses compétences.

Le chômage a sur la santé une incidence directe (il s'accompagne d'un risque de mortalité accru et de comportements à risque, au nombre desquels une alcoolisation abusive), et une incidence indirecte, au travers des conséquences financières de la privation d'emploi, qui sont à l'origine d'une souffrance psychologique et d'une augmentation des troubles mentaux (58). Il ressort des bases factuelles que l'emploi a un effet bénéfique sur la santé, bien que la relation entre les deux soit complexe. Il a notamment un effet protecteur contre la dépression et sur la santé mentale en général (59). L'emploi joue un rôle important dans les stratégies visant à favoriser le vieillissement en bonne santé ; augmenter le taux d'emploi des personnes âgées de 50 ans et plus est, par conséquent, un objectif important de nombreux gouvernements européens. Les taux d'emploi actuels dans l'UE sont compris entre 47,5 % et 82,0 % chez les personnes âgées de 55 à 59 ans, entre 13,9 % et 64,2 % chez celles âgées de 60 à 64 ans, et entre 3,8 % et 27,0 % chez celles âgées de 65 à 69 ans (60). Ces chiffres démontrent que des mesures d'envergure sont nécessaires pour atteindre des niveaux d'emploi corrects chez les personnes âgées et favoriser ainsi un vieillissement actif et en bonne santé.

Des politiques visant à lutter contre le manque d'équité étaient en place dans 31 pays en 2013

Les pays sont toujours plus nombreux à adopter des politiques spécifiques visant à réduire les inégalités de santé (figure 2.13). Sur les 36 pays ayant communiqué des données en 2013, 31 (86 %) disposaient d'une politique ou d'une stratégie portant sur le manque d'équité et/ou les déterminants sociaux, et 77 % de ces politiques concernaient la santé.

Globalement, les éléments le plus fréquemment cités en 2010 en vue de réduire les inégalités de santé concernaient principalement

Encadré 2.6.

Questionnaire de l'OMS sur les indicateurs qualitatifs

Contexte

Lors de la soixante-troisième session du Comité régional en 2013, les États membres ont adopté un ensemble de cibles et d'indicateurs et un processus de suivi pour la politique Santé 2020, et ils ont retenu 2010 comme année de référence. Certains indicateurs du cadre de suivi de Santé 2020 ont trait à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques nationales, un domaine dans lequel il n'existe aucun processus de recueil systématique des données. En avril 2014, l'OMS a réalisé dans cette optique une enquête auprès des pays en vue d'obtenir des informations sur ces indicateurs qualitatifs.

Mesures prises

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a conçu un système Web, en anglais et en russe, dans lequel les pays ont saisi les données correspondant aux trois indicateurs suivants :

- politiques nationales et/ou sous-nationales visant à limiter le manque d'équité en matière de santé, établies et attestées,
- mise en place d'un processus attesté de définition de cibles,
- bases factuelles attestant :
 - a) de l'adoption de politiques de santé nationales alignées sur Santé 2020,
 - b) d'un plan de mise en œuvre,
 - c) d'un mécanisme de responsabilisation.

Cette enquête exigeait que soient présentés des documents attestant des réponses données, tels qu'un document d'orientation, un document de stratégie ou un décret parlementaire.

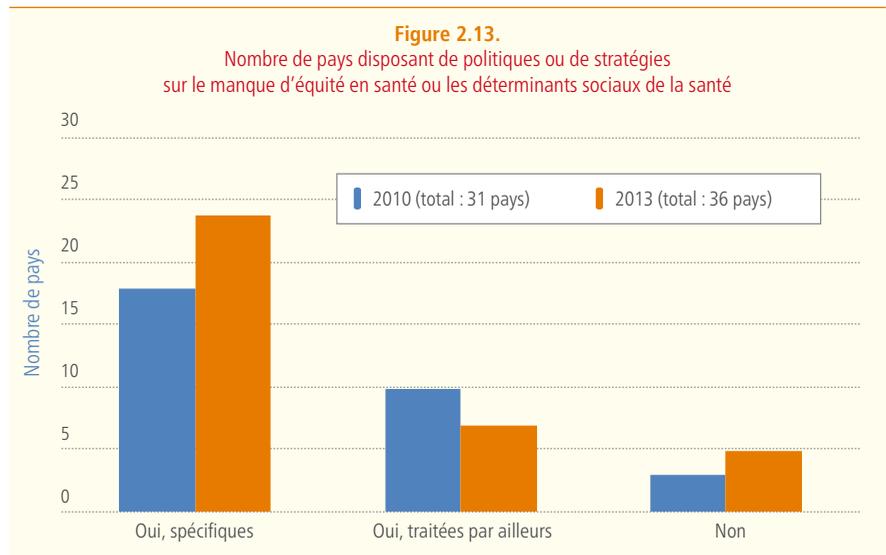
Résultats

Des réponses ont été reçues de 37 pays (70 % des pays de la Région), représentant différentes sous-régions géographiques, langues et tailles de population. Un pays a communiqué des données pour 2010 mais pas pour 2013, six en ont communiqué pour 2013 mais pas pour 2010, et 30 ont répondu pour les deux années. Quatre pays n'ont répondu qu'au questionnaire ; 33 ont également présenté des documents attestant de leurs politiques. Tous les pays ont répondu à la totalité du questionnaire (61).

l'intégration des groupes défavorisés et l'amélioration de leur santé, et l'importance de commencer sa vie en bonne santé (87 % et 77 % des réponses respectivement). En 2013, les groupes défavorisés et le début de vie en bonne santé comptaient toujours au nombre des priorités (86 % et 75 % respectivement), mais celles-ci s'étaient diversifiées et une place de plus en plus grande était accordée à la lutte contre la pauvreté (81 %), à l'amélioration de l'environnement physique (81 %) et à la promotion des droits humains (75 %). Cet élargissement des thèmes au centre des politiques par rapport à la conception plus traditionnelle qui avait cours en 2010 est encourageant. Il donne à entendre que la mise en œuvre de Santé 2020 s'accélère et suscite de nouvelles initiatives aux niveaux national et sous-national (61). Les données utilisées pour cet indicateur ont été recueillies dans le cadre d'une enquête menée auprès des pays par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (encadré 2.6).

Autres indicateurs de base associés à cette cible

Les indicateurs de base relatifs à l'espérance de vie à la naissance et au coefficient de Gini (répartition des revenus) sont également liés à cette cible. L'indicateur concernant l'espérance de vie est présenté à la section consacrée à la cible n° 2 ; le coefficient de Gini n'est pas



Source : Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).

décrit dans ce rapport faute de données suffisantes (voir l'annexe 1 pour plus d'informations).

Cible n° 4 : améliorer le bien-être des populations de la Région européenne

Synthèse des progrès accomplis

Les indicateurs de base de Santé 2020 liés à cette cible concernent le bien-être subjectif et objectif. L'indicateur relatif au bien-être subjectif est la satisfaction par rapport à la vie, et ceux qui ont trait au bien-être objectif sont :

- l'existence d'un soutien social,
- le pourcentage de la population disposant d'installations d'assainissement améliorées,
- le taux de chômage (présenté à la section consacrée à la cible n° 3),
- la proportion d'enfants officiellement en âge de fréquenter l'école primaire mais non scolarisés (présentée à la section consacrée à la cible n° 3).

Le score moyen autodéclaré de satisfaction par rapport à la vie – mesuré sur une échelle de 0 à 10, 10 correspondant à la meilleure vie possible – est compris entre 7,8 et 4,2 dans les pays de la Région européenne. D'autres travaux de recherche-développement sont toutefois nécessaires pour comprendre et interpréter ces données relatives au bien-être subjectif.

La proportion de personnes de la Région âgées de plus de 50 ans qui estiment disposer d'un soutien social s'échelonne entre 43 % et 95 %.

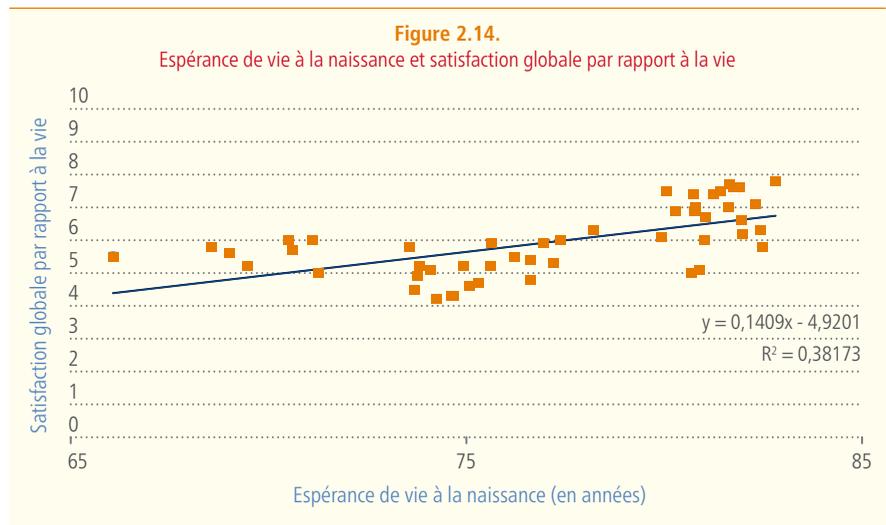
Une proportion considérable de la population des zones rurales de la Région n'a toujours pas accès à des installations d'assainissement améliorées et à l'eau courante à domicile. Dans neuf pays, moins de 50 % de cette population était raccordée à l'eau courante en 2012.

Les scores de satisfaction par rapport à la vie varient : d'autres travaux sont nécessaires pour comprendre ces différences

Le score moyen autodéclaré de satisfaction par rapport à la vie dans les pays de la Région européenne est compris entre 7,8 et 4,2. Sur les

50 pays pour lesquels il existe des données, 23 ont un score moyen supérieur à 5,9, et les 27 autres, un score inférieur ou égal à cette valeur (figure 2.14). La satisfaction par rapport à la vie a été notée de 0 à 10 sur l'échelle de Cantril, 10 correspondant à la meilleure vie possible pour les personnes interrogées, et 0 à la pire.

La satisfaction par rapport à la vie est considérée comme une mesure du bien-être subjectif, qui rend compte de ce que les personnes ressentent et déclarent elles-mêmes. D'autres composantes fréquemment citées du bien-être subjectif sont le bien-être émotionnel (comme les affects positifs et négatifs) et le fonctionnement positif (tel que le sentiment d'avoir un but dans l'existence). Le cadre de suivi de Santé 2020 ne comporte pas actuellement d'indicateurs portant sur ces aspects, mais les groupes d'experts de l'OMS sur l'élaboration d'indicateurs et la mesure du bien-être pour Santé 2020 ont recommandé l'adoption d'indicateurs supplémentaires en vue d'en rendre compte (62). De telles mesures du bien-être subjectif sont difficiles à comprendre et à interpréter :



Notes : chaque point représente un pays de la Région européenne. Le sondage Gallup World Poll pose la question de l'échelle de Cantril de la manière suivante (65). « Imaginez une échelle, avec des barreaux numérotés de 0 (en bas) à 10 (en haut). Supposons que le haut de l'échelle représente la meilleure vie possible et que le bas de l'échelle représente la pire vie que vous puissiez imaginer. Sur quel barreau de l'échelle avez-vous le sentiment de vous tenir en ce moment (en supposant que plus le barreau est haut, plus vous êtes satisfait de votre vie, et plus le barreau est bas, moins vous êtes satisfait de votre vie) ? Quel barreau correspond le mieux à ce que vous ressentez ? » Un modèle de régression linéaire simple a été appliqué aux données : l'équation du graphique décrit la droite de régression obtenue. Plus le modèle de régression linéaire est adapté, plus R^2 est proche de 1. Les données concernant la satisfaction par rapport à la vie correspondent à la dernière année disponible, entre 2007 et 2012 ; les données concernant l'espérance de vie correspondent à la dernière année disponible, entre 2004 et 2012 (à l'exception de 1998).

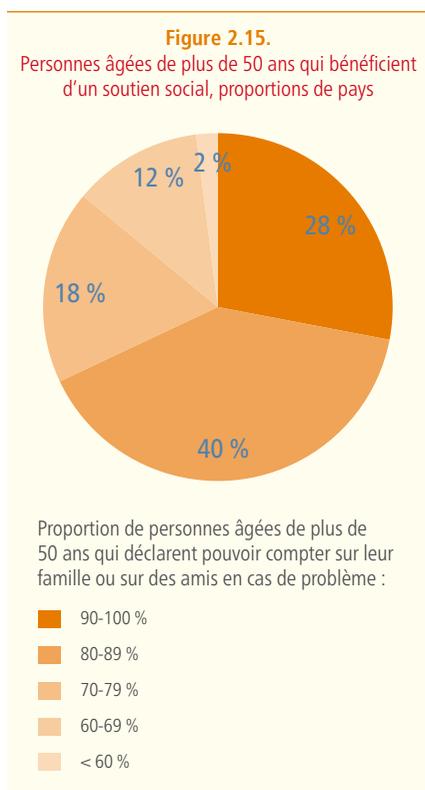
Sources : satisfaction par rapport à la vie : Gallup World Poll (par l'intermédiaire du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)) (65, 66) ; espérance de vie : base de données européenne de la Santé pour tous (11).

les perspectives offertes et les pièges à éviter sont abordés en détail au chapitre 3. La relation entre la satisfaction par rapport à la vie et les indicateurs sanitaires tels que la mortalité et l'espérance de vie a cependant été décrite à maintes reprises (63, 64) (figure 2.14).

Les données relatives à la satisfaction par rapport à la vie qui figurent dans le présent rapport ont été recueillies par Gallup World Poll et publiées par le PNUD dans le cadre de son *Rapport sur le développement humain 2014* (65, 66). Elles ne sont pas standardisées sur l'âge, ce qui en limite la comparabilité en raison de disparités dans la structure des âges des populations des différents pays.

Le taux le plus élevé de personnes âgées bénéficiant d'un soutien social est plus de deux fois supérieur au taux le plus bas

La proportion de personnes âgées de plus de 50 ans dans les pays de la Région européenne qui déclarent pouvoir compter sur leur famille ou sur des amis en cas de problème s'échelonne entre 43 % et 95 %. Elle est supérieure ou égale à 80 % dans 68 % des pays, et inférieure à 70 % dans 14 % d'entre eux (figure 2.15).



Les liens sociaux sont une mesure du bien-être objectif. Leur importance pour la santé et le bien-être est reconnue : on retrouve par conséquent cet élément dans différents cadres existants relatifs au bien-être (62). Des travaux de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montrent l'influence de l'éducation et du statut économique sur le soutien du réseau social : les personnes ayant un niveau d'études secondaires ou tertiaires peuvent plus fréquemment compter sur une assistance en cas d'urgence que celles qui n'ont reçu qu'un enseignement primaire. On observe des différences similaires entre les quintiles de revenus supérieur et inférieur (68). Les données sur les liens sociaux qui figurent dans le présent rapport ont été recueillies par Gallup World Poll et publiées par HelpAge International dans le cadre de son *Global AgeWatch Index 2014* (65, 67).

Dans les zones rurales, de nombreux foyers n'ont toujours pas accès à l'eau courante et à des installations d'assainissement améliorées

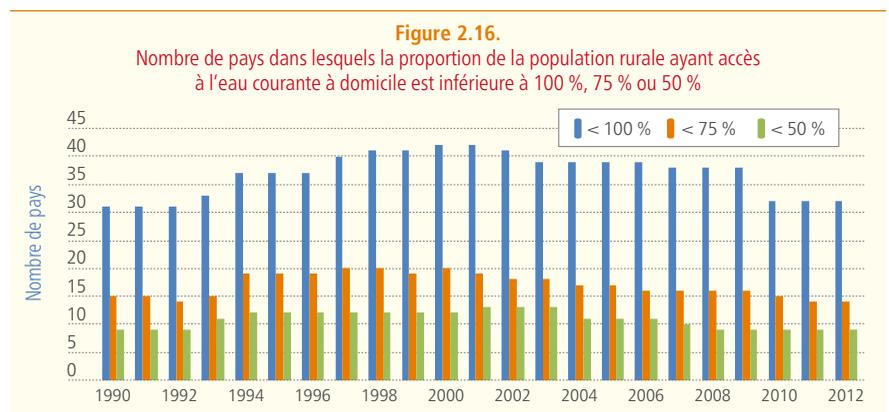
On observe d'importantes disparités entre les zones rurales et urbaines de la Région européenne concernant l'accès à l'eau courante

Note : données de 2013 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles.

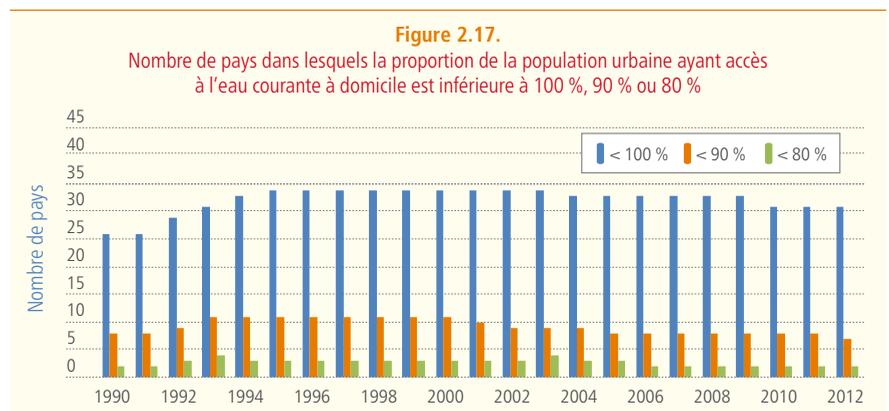
Source : Gallup World Poll (par l'intermédiaire de HelpAge International) (65, 67).

à domicile et les installations d'assainissement améliorées. En 2012, la proportion de la population des zones rurales ayant accès à l'eau courante à domicile était inférieure à 75 % dans 14 pays et à 50 % dans neuf autres. Dans les zones urbaines, cette proportion était inférieure à 90 % dans sept pays et à 80 % dans deux autres (figures 2.16 et 2.17). La proportion régionale totale de population disposant d'eau courante à domicile est restée pratiquement stable depuis 2010, année de référence de Santé 2020. Dans les zones rurales, ce chiffre était de 71 % en 2010, 2011 et 2012 ; dans les zones urbaines, il était de 96 % en 2010 et 97 % en 2011 et 2012 (69).

En 2012, la proportion de la population rurale ayant accès à des installations d'assainissement améliorées (toilettes avec chasse

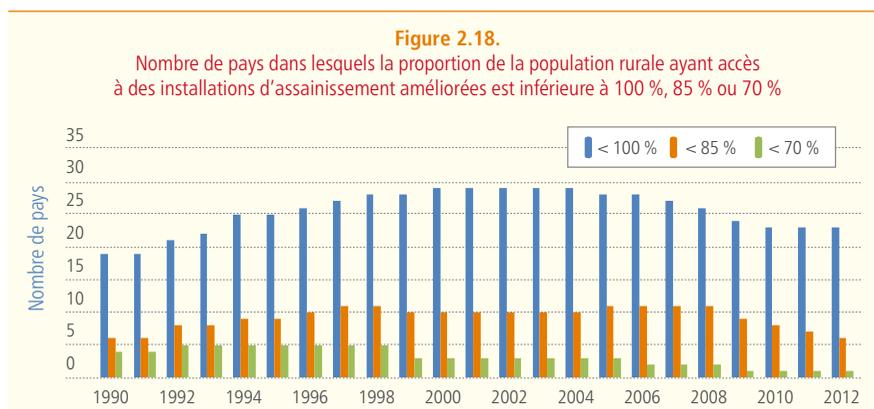


Note : le nombre total de pays pour lesquels il existe des données peut varier d'une année sur l'autre.
 Source : Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement (69).



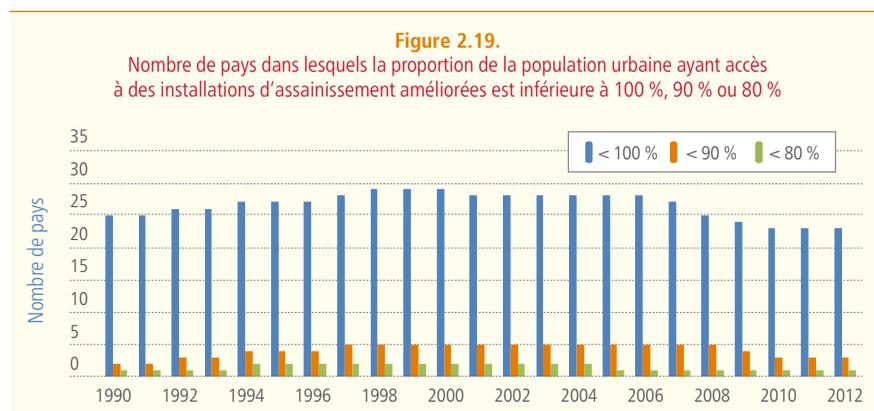
Note : le nombre total de pays pour lesquels il existe des données peut varier d'une année sur l'autre.
 Source : Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement (69).

mécanique ou manuelle reliées à un système d'égout avec canalisation, fosses septiques ou latrines à fosse, latrines à fosse ventilée, latrines à fosse avec dalle et toilettes à compost) était inférieure à 85 % dans six pays et à 70 % dans un autre. Dans les zones urbaines, ce pourcentage était inférieur à 90 % dans trois pays et à 80 % dans un autre (figures 2.18 et 2.19). Comme dans le cas de l'eau courante, la proportion totale de population régionale ayant accès à des installations d'assainissement améliorées n'a pratiquement pas évolué depuis 2010, année de référence. Dans les zones urbaines, ce chiffre était de 94 % en 2010, 2011 et 2012 ; dans les zones rurales, il était de 88 % en 2010 et 89 % en 2011 et 2012 (69).



Note : le nombre total de pays pour lesquels il existe des données peut varier d'une année sur l'autre.

Source : Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement (69).



Note : le nombre total de pays pour lesquels il existe des données peut varier d'une année sur l'autre.

Source : Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement (69).

Globalement, plus de 90 % de la population de la Région européenne avait accès à des sources d'eau potable et à des installations d'assainissement améliorées, telles qu'elles sont définies par le Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement. Cependant, 67 millions de personnes ne disposent pas d'installations d'assainissement de base sous la forme de toilettes en bon état de marche et de moyens sûrs d'éliminer les matières fécales d'origine humaine. De plus, environ 100 millions de personnes n'ont pas accès à un réseau de distribution d'eau potable à domicile, et plus de 6 millions doivent encore utiliser l'eau de surface comme principale source d'approvisionnement en eau, ce qui implique de graves risques sanitaires. Comme l'illustrent les figures 2.16 à 2.19, les habitants des zones rurales sont les plus défavorisés à cet égard. Il en va de même pour les personnes les plus pauvres. Les données montrent que les progrès stagnent ; de fait, dans certains pays, la proportion de la population ayant accès à l'eau courante à domicile a diminué, et la Région n'est pas en bonne voie pour réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement n° 7c relatif à l'assainissement (34).

Les maladies liées à des conditions inadéquates en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène constituent un fardeau important pour la santé, principalement en raison de la diarrhée. Dans les pays à revenus faible et intermédiaire de la Région, ces conditions sont à l'origine de 10 décès par diarrhée chaque jour. Les enfants de moins de 5 ans sont particulièrement exposés au risque de diarrhée, qui représente une cause importante de malnutrition et de décès. Une eau non salubre, un assainissement insuffisant et une mauvaise hygiène provoquent également d'autres maladies, comme la légionellose et les infestations intestinales par des helminthes. Qui plus est, la présence de substances chimiques dans l'eau potable – comme l'arsenic, le fluorure, le plomb et les nitrates – peut entraîner des maladies non transmissibles (34). Un approvisionnement en eau et des moyens d'assainissement sûrs et durables sont indispensables à une bonne santé, tandis qu'un environnement propre et sûr est important pour le bien-être. Manifestement, des mesures doivent encore être prises pour assurer ces services de base dans la Région, afin de garantir un environnement sain pour tous.

Autres indicateurs de base associés à cette cible

Les indicateurs de base relatifs au coefficient de Gini (répartition des revenus), au taux de chômage et à la proportion d'enfants officiellement en âge de fréquenter l'école primaire mais non scolarisés sont également liés à cette cible. Le coefficient de Gini n'est pas décrit dans ce rapport faute de données suffisantes (voir l'annexe 1 pour plus d'informations). Les deux autres indicateurs sont présentés à la section consacrée à la cible n° 3.

Expérience d'un pays en matière de suivi du bien-être

L'Islande est un pays qui possède une grande expérience en matière de mesure du bien-être. Un module consacré au bien-être et incluant l'Indice (en cinq points) de bien-être de l'OMS et l'Échelle de satisfaction de vie (70, 71) y a par exemple été élaboré et intégré à l'enquête par entretien sur la santé que réalise régulièrement ce pays (encadré 2.7).

Encadré 2.7.

Articulation des mesures de la santé et du bien-être et des résultats des politiques publiques en Islande

Contexte

L'Islande a fait partie des pays de l'OCDE qui sont entrés en récession à la suite de l'effondrement du système bancaire en 2008, avec une croissance négative de son produit intérieur brut (PIB). En 2007-2009, les taux de chômage sont passés de 2 % à 7 % (11), l'indice de PIB a connu une baisse considérable et la devise nationale a perdu plus de la moitié de sa valeur. Cet effondrement a conduit le pays à réexaminer ses valeurs nationales et à accorder un intérêt accru à l'adoption d'indicateurs non seulement économiques mais aussi sociaux et de bien-être pour ses politiques publiques.

Mesures prises

Une série de mesures a été prise en vue de limiter les conséquences négatives de la crise économique sur la santé et le bien-être. En 2009, une politique volontariste, appelée « Islande 2020 », a été créée en vue

d'améliorer le bien-être à l'horizon 2020. Une autre initiative – le « Welfare Watch », ou observatoire de la protection sociale – assure un suivi systématique des conséquences sociales et économiques de la crise pour les familles et les individus du pays et propose des solutions. Des indicateurs sociaux ont été élaborés, au nombre desquels des facteurs de santé et de bien-être. En 2014, un nouveau comité ministériel de santé publique, présidé par le Premier Ministre, a été instauré ; y participent les ministres de la Santé, de l'Éducation et de la Culture, et des Affaires sociales et du Logement. D'autres ministres interviennent également en fonction des besoins.

Résultats

Avec l'élaboration de la politique et du plan d'action en santé publique, une large place est faite à l'intégration de la santé et du bien-être dans toutes

les politiques et à la création d'une évaluation de leur impact sur la santé et le bien-être. L'une de principales activités consiste à apporter un soutien aux pouvoirs publics locaux, dans l'ensemble du pays, afin de les aider à promouvoir la santé au sein de leurs populations, en les encourageant à surveiller régulièrement la santé et le bien-être et à faire le lien entre ces mesures et leurs politiques. Des évaluations des conséquences de la crise économique réalisées récemment ont montré que les mesures du bien-être chez les adultes indiquaient de nouveau une hausse, après la légère baisse qui avait suivi de près l'effondrement. Chez les adolescents, on avait observé une augmentation du bien-être entre 2000 et 2010, car ces derniers passaient davantage de temps avec leurs parents, auprès de qui ils estimaient plus facile de trouver un soutien émotionnel après la crise (72-75).

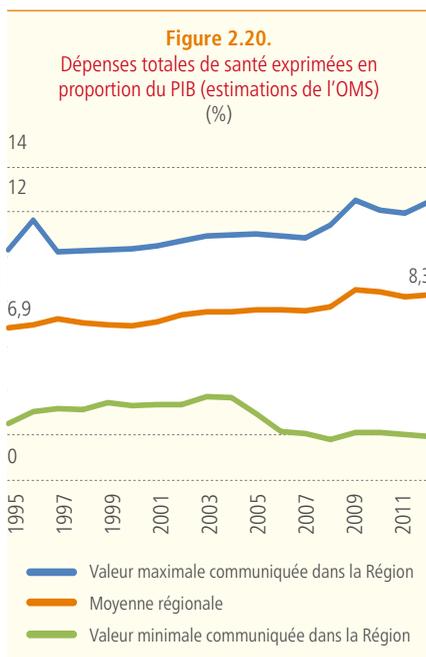
Cible n° 5 : couverture sanitaire universelle et droit à la santé

Synthèse des progrès accomplis

La quantification de cette cible de Santé 2020 concerne les progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle². Les indicateurs de base sont les suivants :

- dépenses totales de santé en pourcentage du PIB,
- part des dépenses totales de santé à la charge des ménages,
- pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole, la poliomyélite et la rubéole (présenté à la section consacrée à la cible n° 1).

Si les dépenses totales moyennes de santé exprimées en pourcentage du PIB au niveau régional sont demeurées stables, à 8,3 % environ, depuis 2010, année de référence de Santé 2020, les dépenses publiques ont diminué dans de nombreux pays. Les niveaux de financement public des systèmes de santé doivent être suffisants pour favoriser la protection financière et la stabilité des revenus en vue de préserver la qualité et l'accessibilité des services.



Avec un taux de 24 % environ, la part moyenne des dépenses totales de santé à la charge des ménages au niveau régional n'a pas non plus évolué depuis 2010. En 2012, son niveau n'était inférieur au seuil de 15 %, déterminant pour prévenir des niveaux catastrophiques de dépenses de santé, que dans 12 des 53 pays de la Région.

La mise en œuvre progressive d'une couverture sanitaire universelle exige encore de nombreux efforts

Les dépenses de santé totales exprimées en proportion du PIB – l'un des indicateurs de base de Santé 2020 adoptés par les États membres – varient considérablement d'un pays à l'autre de la Région européenne, puisqu'elles s'échelonnaient entre 2,0 % et 12,4 % en 2012. La moyenne régionale est cependant demeurée peu ou prou stable, à 8,3 % environ, depuis l'année de référence 2010 (figure 2.20).

² L'OMS définit la couverture universelle (76) comme l'accès équitable à des services nécessaires et efficaces, sans que cela représente une charge financière.

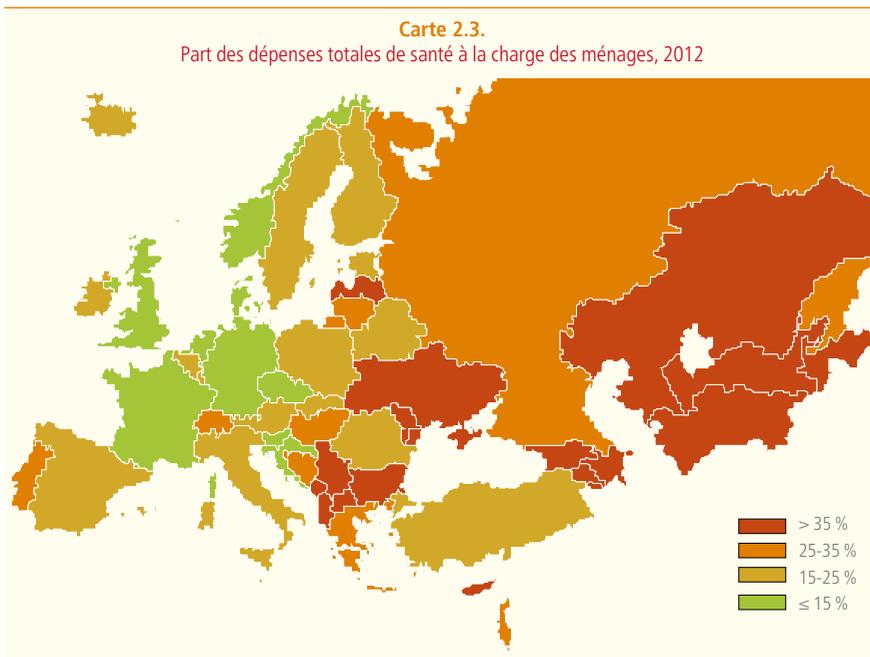
Lorsque l'on évalue les progrès accomplis sur la voie de la réalisation de la couverture sanitaire universelle, il est important d'examiner les dépenses publiques en matière de santé : les niveaux de financement public des systèmes de santé doivent être suffisants pour favoriser la protection financière et la stabilité des revenus en vue de préserver la qualité et l'accessibilité des services. Dans les années qui ont suivi la crise économique et financière, la plupart des pays ont enregistré une certaine fluctuation des dépenses publiques, en particulier en 2009, 2010 et 2012. Les dépenses publiques de santé ont diminué entre 2010 et 2013 dans de nombreux pays, à la fois en part du PIB et par personne ; pour certains d'entre eux, il s'agissait là de la poursuite d'une tendance entamée depuis longtemps. Dans l'ensemble, la plupart des réductions ont été faibles, mais quelques pays ont connu des baisses importantes ou prolongées, de sorte que leurs niveaux de dépenses publiques de santé par personne étaient inférieurs en 2012 et 2013 à ceux de 2007 (77).

Un niveau adéquat de financement public du système de santé – par les recettes fiscales générales et/ou des taxes affectées à la santé – est indispensable pour progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle. De nombreux pays de la Région qui, de tout temps, ont largement eu recours aux prélèvements assis sur les salaires pour financer les soins de santé comprennent désormais que la diversification de la base des recettes publiques est plus apte à assurer des niveaux de couverture élevés sans peser outre mesure sur le marché du travail (77, 78).

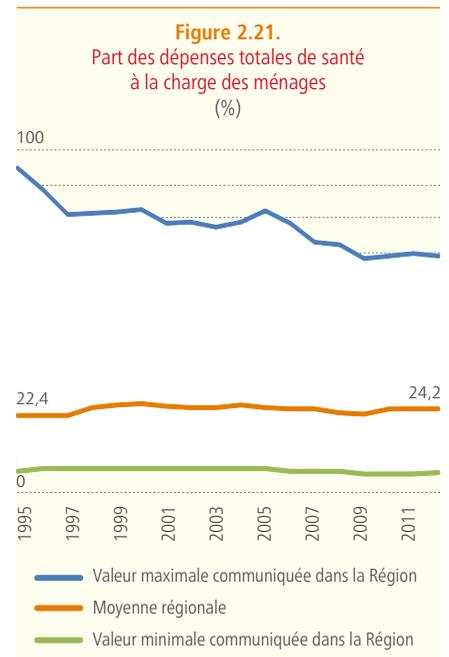
De faibles niveaux de dépenses publiques en santé se traduisent généralement par des niveaux élevés de paiements à la charge des ménages. La proportion de ces paiements dans les dépenses totales de santé constitue donc un important indicateur indirect de la protection financière. Une analyse internationale indique que, lorsque cette proportion passe au-dessous de 15 % des dépenses totales de santé, très peu de ménages connaissent des niveaux catastrophiques ou appauvrissants de dépenses de santé (79). En 2010 et 2011, seuls 13 des 53 pays de la Région enregistraient une part de paiements à la charge des ménages inférieure à 15 % ; en 2012, seuls 12 pays se trouvaient en deçà de ce seuil (carte 2.3) et un pays affichait une valeur légèrement supérieure à ce pourcentage. Entre 2010 et 2012, cette part a augmenté dans 22 pays, bien que dans une proportion généralement faible (11). En moyenne, la part des dépenses totales

de santé à la charge des ménages dans la Région est restée stable depuis 2010, à 24 % environ (figure 2.21).

Ces chiffres attestent de la nécessité de prendre des mesures en vue de réduire les paiements à la charge des ménages dans la plupart des pays. Une telle diminution exige une approche globale, qui veille à la cohérence de l'ensemble des volets de la politique de financement de la santé – collecte des recettes, mise en commun des fonds, achats et décisions concernant la couverture –, afin de renforcer la protection financière, l'équité et l'efficacité (l'encadré 2.8 présente un exemple d'initiative mise en place en Géorgie). Généralement, les paiements à la charge des ménages concernent avant tout les médicaments, qui sont une source de dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes. La faiblesse des politiques pharmaceutiques et l'utilisation inappropriée des médicaments sont également des causes importantes d'inefficacité dans de nombreux systèmes de santé. Des politiques pharmaceutiques plus énergiques peuvent par conséquent garantir un accès rapide et équitable aux médicaments et améliorer la protection financière, tout en favorisant une utilisation plus efficace des ressources (79).



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (11).



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (11).

Autres indicateurs de base associés à cette cible

L'indicateur de base relatif au pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole, la poliomyélite et la rubéole est également lié à cette cible ; il est présenté à la section consacrée à la deuxième quantification pour la cible n° 1.

La mortalité maternelle présente toujours d'importantes disparités, en dépit d'un recul général

Les décès maternels pour 100 000 naissances vivantes sont un indicateur supplémentaire pour la quantification de cette cible de Santé 2020. Le recul constant de la mortalité maternelle dans la Région est impressionnant : les décès maternels pour 100 000 naissances vivantes ont diminué de 59 % entre 1990 et 2013. Plusieurs pays de la Région ont accompli des progrès remarquables en vue de réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement

Encadré 2.8.

De grands progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle en Géorgie

Mesures prises et progrès réalisés jusqu'à présent

En 2013, en Géorgie, la couverture – financée par les pouvoirs publics – des soins primaires, des soins d'urgence et de certains services non urgents aux malades hospitalisés a été étendue aux personnes qui n'étaient pas assurées jusque-là. Avant cette réforme, seule la moitié de la population avait accès à des prestations faisant l'objet d'un financement public. Pour financer cet élargissement significatif, le gouvernement a multiplié par deux les dépenses publiques de santé en termes absolus entre 2012 et 2013, portant la part de la santé dans son budget de 5,2 % en 2012 à 6,7 % en 2013 (80). Il a également repris la fonction d'achat, qui était assurée par des compagnies d'assurance privées : son programme de couverture sanitaire universelle est actuellement géré par l'agence des Services sociaux du ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales. Ce programme concerne 89 % de la population ; les 11 % restants sont couverts par une assurance de santé privée et volontaire. Une enquête récente a mis en évidence de hauts niveaux

de satisfaction chez les bénéficiaires du programme et les prestataires de soins de santé. Une analyse préliminaire semble également indiquer une augmentation encourageante de l'utilisation des services de santé et une réduction des paiements à la charge des ménages.

Défis pour l'avenir

Le gouvernement doit à présent faire face à la difficulté de maintenir ce niveau accru de dépenses publiques de santé et de veiller à ce que les ressources publiques soient utilisées avec la plus grande efficacité possible, afin de répondre aux besoins non encore satisfaits et de renforcer la protection financière. Il lui faudra probablement agir à plusieurs niveaux, au travers notamment :

- de méthodes plus efficaces de paiement des prestataires et d'un meilleur suivi de leurs performances afin d'améliorer le contenu et la qualité des soins primaires et d'éviter les hospitalisations,
- de mesures destinées à améliorer l'accès équitable à des médicaments efficaces pour un coût moindre – en particulier

les médicaments indispensables à des maladies chroniques qui ne sont pas encore inclus dans le programme de prestations lié à la couverture sanitaire universelle,

- d'une stratégie visant à garantir que les frais à la charge de l'utilisateur n'empêchent pas les gens de bénéficier des prestations du programme et à harmoniser les droits au sein de la population.

Le rôle important de l'information en santé

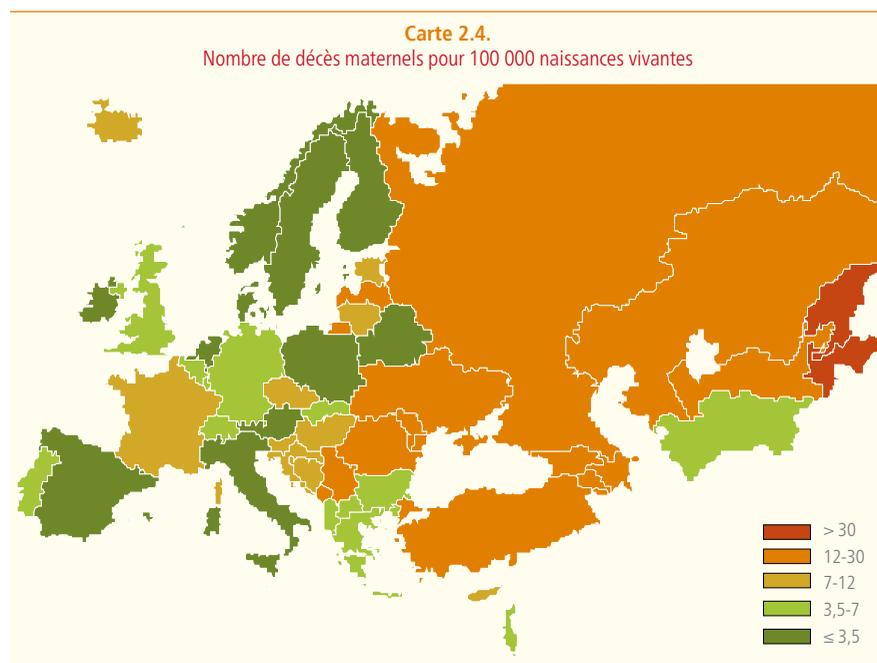
Au cours de ces cinq dernières années, la Géorgie a investi afin de développer l'information en santé par le biais de comptes nationaux de la santé, d'un suivi de la protection financière, de deux enquêtes sur les dépenses de santé et l'utilisation des services de santé et d'une évaluation des performances du système de santé. La poursuite de la production de données et l'amélioration des systèmes habituels d'information sanitaire joueront un rôle important s'agissant d'élaborer des politiques efficaces en vue d'inscrire dans la durée les résultats remarquables obtenus récemment par la Géorgie.

correspondant : durant cette même période, le Bélarus est parvenu à réduire son taux de mortalité maternelle de 96 %, Israël de 84 %, la Pologne de 81 %, la Roumanie de 80 %, la Bulgarie de 78 %, l'Estonie de 78 % et la Lettonie de 77 % (81). Cependant, les écarts entre les pays de la Région demeurent importants (carte 2.4). Cela sous-entend qu'il reste nécessaire d'agir pour améliorer les performances des systèmes de santé dans le domaine de la santé maternelle – particulièrement afin de réduire les inégalités existantes.

Cible n° 6 : les États membres fixent des cibles ou des buts nationaux

Synthèse des progrès accomplis

La quantification de cette cible de Santé 2020 concerne la mise en place de processus visant à définir des buts nationaux (s'il n'en existe



Note : cette carte représente la valeur moyenne par pays calculée à partir des trois années les plus récentes pour lesquelles il existe des données. Pour plus de précisions sur les données employées pour établir cette carte, voir le tableau A.4 à l'annexe 1.

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (11).

pas déjà). Les indicateurs de base liés à cette quantification sont les suivants :

- mise en place d'un processus attesté de définition de cibles,
- bases factuelles attestant : a) de l'adoption de politiques nationales alignées sur Santé 2020 ; b) d'un plan de mise en œuvre ; c) d'un mécanisme de responsabilisation.

En 2010, près de 40 % des pays de la Région avaient défini des cibles visant à suivre les progrès réalisés en matière de santé et de bien-être ; en 2013, ce taux était passé à 56 %.

La proportion de pays ayant adopté des politiques alignées sur Santé 2020 est passée de 58 % en 2010 à 75 % en 2013. En 2010, 26 % des pays avaient adopté un plan de mise en œuvre des politiques ; en 2013, ce chiffre était de 50 %. Enfin, 45 % des pays ont fait état d'un mécanisme de responsabilisation en 2010, une proportion passée à 72 % en 2013. Ces résultats montrent que la mise en œuvre de Santé 2020 s'est rapidement accélérée dans la Région européenne.

Définition de buts et de cibles en matière de santé et de bien-être dans plus de 50 % des pays

Les pays sont de plus en plus nombreux à définir des buts, cibles et indicateurs spécifiques nationaux afin de suivre les progrès accomplis en matière de santé et de bien-être. En 2010, près de 40 % d'entre eux avaient défini des cibles et 35 % des indicateurs sans cibles spécifiques ; en 2013, la proportion de pays disposant de cibles était passée à 56 %. Le nombre de pays envisageant de définir des cibles et des indicateurs a également augmenté entre 2010 et 2013 (figure 2.22) (61). Cette tendance croissante confirme que la Région progresse sur la voie de la mise en œuvre de la vision de Santé 2020 (l'encadré 2.9 contient un excellent exemple de définition de cibles nationales en Autriche).

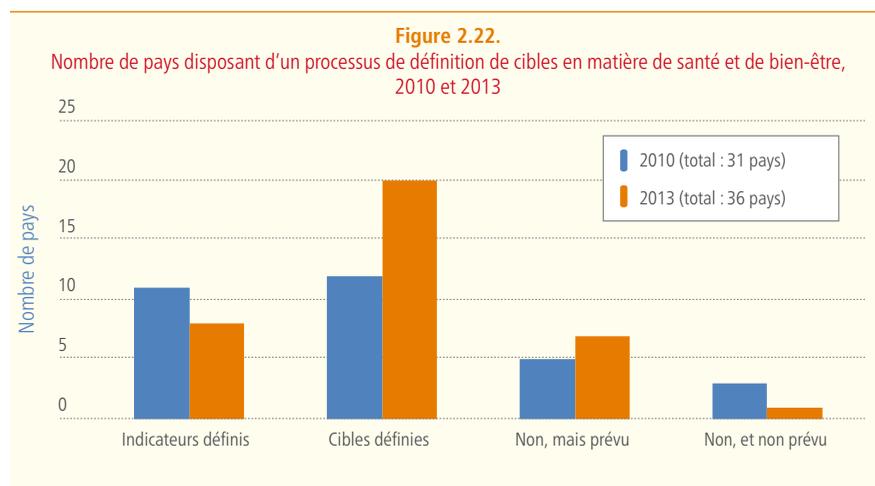
De plus en plus de politiques de santé alignées sur Santé 2020 sont mises en œuvre

Les pays sont de plus en plus nombreux à réaliser les trois étapes fondamentales du processus de création de politiques nationales alignées sur la vision de Santé 2020 : l'élaboration de politiques, leur

mise en œuvre et l'adoption de mécanismes de responsabilisation. L'élaboration de politiques s'accélère dans la Région : en 2010, 58 % des pays déclaraient disposer de politiques alignées sur Santé 2020, parmi lesquelles 67 % étaient des politiques globales portant sur la santé. En 2013, un an après l'adoption de Santé 2020, la proportion de pays dotés de politiques alignées atteignait 75 %, dont 85 % de politiques globales et portant sur la santé (figure 2.23). On considère qu'une politique est alignée sur Santé 2020 si elle inclut une politique de santé ou autre stratégie nationale globale visant à améliorer la couverture sanitaire universelle, à réduire les principales causes de la charge de morbidité, à agir sur les grands déterminants de la santé et du bien-être et à renforcer les systèmes de santé.

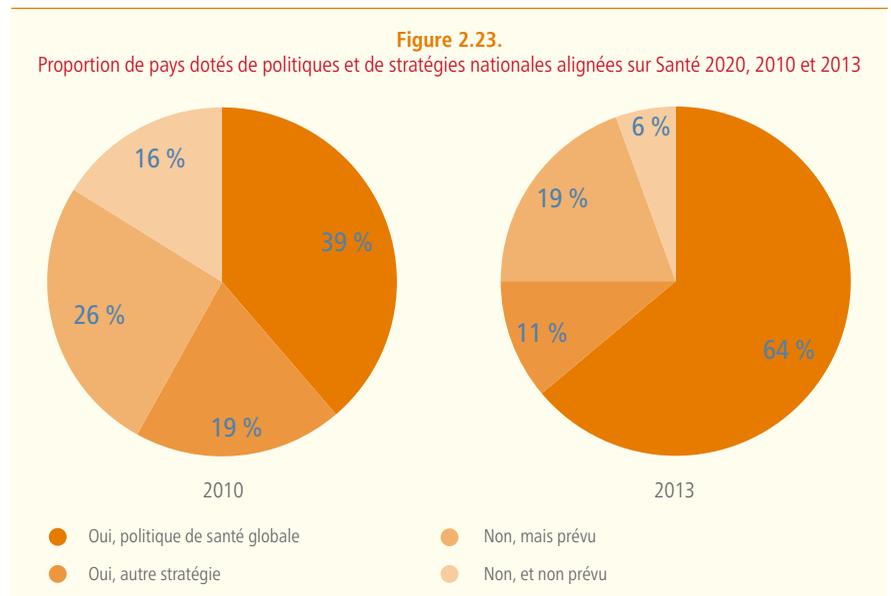
L'élaboration croissante de politiques nationales en matière de santé et de bien-être s'accompagne de la définition de plans de mise en œuvre de ces politiques dans l'ensemble de la Région. En 2010, 45 % des pays de la Région disposaient d'un plan de mise en œuvre ou avaient entrepris d'en élaborer un, et un peu plus de la moitié d'entre eux avaient été adoptés. En 2013, 50 % des pays avaient adopté un plan de mise en œuvre et 22 % s'y préparaient (figure 2.24).

En 2010, 45 % des pays faisaient état d'un mécanisme de responsabilisation relatif aux politiques ; ce mécanisme avait



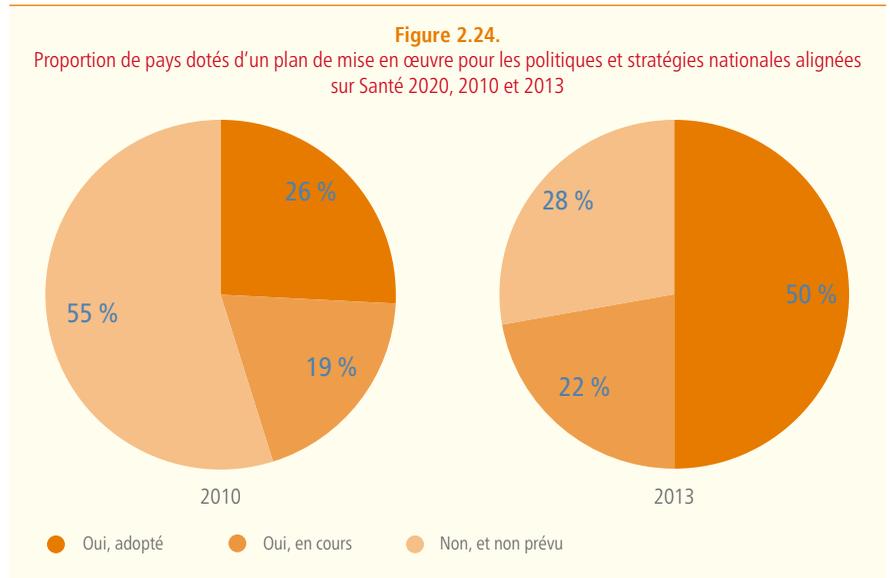
Source : Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).

été adopté dans 19 % des pays ayant communiqué des données, tandis que ce processus était en cours dans 26 % d'entre eux. En 2013, la proportion de pays disposant d'un mécanisme était passée à 72 % (figure 2.25). Les mécanismes de responsabilisation incluent la définition de cibles, la présentation de rapports d'avancement au parlement ou la réalisation d'une évaluation indépendante de la mise en œuvre des politiques (61). Ces étapes de l'élaboration des politiques constituent une avancée encourageante sur la voie de la réalisation de la vision de Santé 2020, qui entend améliorer la santé et le bien-être dans la Région. Les données utilisées pour ces indicateurs relatifs aux politiques nationales ont été recueillies dans le cadre d'une enquête menée auprès des pays (encadré 2.6).



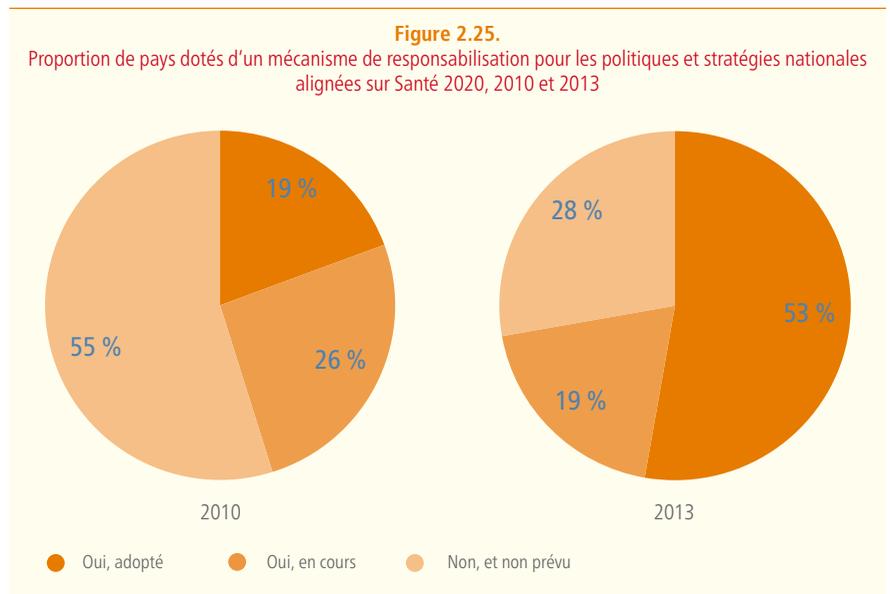
Note : 31 pays ont répondu en 2010 et 36 en 2013.

Source : Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).



Note : 31 pays ont répondu en 2010 et 36 en 2013.

Source : Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).



Note : 31 pays ont répondu en 2010 et 36 en 2013.

Source : Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).

Encadré 2.9.**Mise en œuvre de cibles de santé nationales en Autriche****Contexte**

Le ministère fédéral de la Santé a mené un vaste processus visant à élaborer 10 cibles de santé pour l'Autriche. Une commission comprenant des représentants de près de quarante administrations publiques aux niveaux fédéral, régional et local, des partenaires sociaux et des représentants du système de protection sociale, des représentants de patients, d'enfants et d'adolescents, de personnes âgées et de personnes socioéconomiquement défavorisées a été mise sur pied et chargée de les définir. Ces 10 cibles, qui couvrent des domaines très diversifiés (conditions de vie et de travail favorables à la santé, équité en santé, connaissances en matière de santé, santé de l'enfant, activité physique, nutrition, santé psychosociale, environnement sain et soins de santé), ont été officiellement approuvées par la Commission fédérale de la Santé et le Conseil des ministres autrichien à l'été 2012. La seconde phase du processus a alors été lancée ; elle a pour objet de définir des cibles

plus spécifiques ainsi que des mesures pour leur mise en œuvre.

Progrès accomplis et perspectives

Un groupe de travail intersectoriel sera créé pour chacune des cibles de santé. Cinq groupes de travail sont en place ; quatre ont déjà présenté un projet de rapport final assorti de cibles spécifiques et de plans de mise en œuvre contraignants et visant notamment à :

- garantir des conditions de vie et de travail favorables à la santé pour tous les groupes de la population grâce à la coopération entre tous les domaines sociétaux et politiques ;
- promouvoir l'égalité des chances en santé, quels que soient le sexe, le groupe socioéconomique, l'origine ethnique et l'âge ;
- améliorer les connaissances en matière de santé de la population ;
- garantir des conditions dans lesquelles les enfants et les jeunes puissent grandir

en connaissant le meilleur état de santé possible.

Le groupe de travail sur la cible relative à la promotion d'une activité physique et d'exercices sains et sûrs au quotidien grâce à l'instauration d'environnements appropriés poursuit sa tâche. La commission de développement se réunit régulièrement afin d'examiner les principales avancées, les étapes importantes et les résultats.

La mise en œuvre des cibles de santé sera surveillée à différents niveaux. Dans la mesure où elles englobent un grand nombre de déterminants de la santé, le concept retenu pour le suivi a été élaboré en conséquence et comprend des indicateurs d'avancement et de résultats. Les progrès accomplis dans la mise en œuvre font l'objet d'un suivi en vue d'assurer un haut niveau de transparence, de faciliter la coopération et de permettre les adaptations nécessaires à la poursuite de ce processus.