

La **santé en France et en Europe :** convergences et contrastes

Collection
Avis et Rapports

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Haut Conseil de la santé publique

La **santé en France** **et en Europe :** convergences et contrastes

Mars 2012

Sommaire

	Editorial	5
INTRODUCTION	Contexte	7
	Équipe projet	8
	Remerciements	9
SYNTHÈSE	L'intérêt des comparaisons internationales	11
	Le système d'indicateurs ECHI, <i>European Community Health Indicators</i> (liste courte)	13
	Principes de la présentation des fiches	13
	Les sources de données	14
	Difficultés rencontrées et limites	14
	Eléments de synthèse	15
	Contexte démographique et social	15
	État de santé de la population	16
	– Sur l'espérance de vie	17
	– Sur la mortalité infantile	17
	– Pourquoi un taux de mortalité élevée ?	17
	– Sur les causes de décès	18
	Déterminants de la santé	19
	– Alcool, tabagisme et drogues	20
	– Activités physiques, déterminants physiologiques	20
	– Fruits et légumes et déterminants environnementaux	21
	Ressources et utilisations du système de santé	21
– Equipement et personnels	21	
– Vaccinations et dépistages	22	
– Utilisation du système de santé	22	
– Éléments d'efficacité	22	
– Dépenses de santé	23	
– Éléments de discussion	23	
FICHES PAR INDICATEURS	I. Facteurs démographiques et socio- économiques	
	1 - Population	25
	2 - Taux de natalité	28
	3 - L'âge des mères à la naissance	30
	4 - Indicateur conjoncturel de fécondité	33
	5 - Projections démographiques	35
	6 - Niveau d'éducation de la population	37
	7 - Niveau de qualification de la population active	41
	8 - Chômage	43
	9 - Pauvreté et inégalités de revenus	45
	II. État de santé	
	10 - Espérance de vie	49
	11 - Mortalité infantile	52
	12 - Mortalité périnatale	54

	13 - Mortalité par pathologies spécifiques	57
	14 - Décès liés à la drogue	65
	15 - Décès liés au tabac	67
	16 - Décès liés à l'alcool	69
	17 - Surmortalité liée à la canicule	71
	18 - Maladies transmissibles	73
	19 - Mortalité liée au sida	73
	20 - Incidence des cancers	77
	21 - Diabète	82
	22 - Démences	84
	23 - Dépression	86
	24 - Cardiopathies ischémiques	88
	25 - Maladies cérébro-vasculaires	92
	26 - Asthme	95
	27 - Broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO)	98
	28 - Petits poids de naissance	101
	29 - Accidents de la vie courante	104
	30 - Traumatismes par accident de la route	106
	31 - Accidents du travail	108
	32 - Suicide	111
	33 - Etat de santé perçu	114
	34 - Morbidité chronique	117
	35 - Restriction d'activité	120
	36 - Limitations fonctionnelles	123
	37 - Douleurs musculo-squelettiques	130
	38 - Détresse psychologique	130
	39 - Bien-être psychologique	132
	40 - Espérance de vie sans incapacité	134
	41 - Autres indicateurs d'espérance de santé	138
III. Déterminants de la santé		
	42 - Surpoids et obésité	143
	43 - Hypertension artérielle	145
	44 - Tabagisme	148
	45 - Tabagisme des femmes enceintes	153
	46 - Consommation d'alcool	156
	47 - Consommation d'alcool à risque	159
	48 - Usage de drogues illicites	161
	49 et 50 - Consommation de fruits et de légumes	164
	51 - Allaitement	166
	52 - Activité physique	168
	53 - Travail et risques pour la santé	172
	54 - Soutien social	177
	55 - Pollution atmosphérique	179
IV. Systèmes de santé		
	56 - Vaccination des enfants	181
	57 - Vaccination antigrippale des seniors	184
	58 - Dépistage du cancer du sein	186
	59 - Dépistage du cancer du col de l'utérus	189
	60 - Dépistage du cancer colorectal	192
	61 - Première visite prénatale	195
	62 - Lits d'hôpitaux	198
	63 - Médecins en activité	201
	64 - Personnel infirmier en activité	204
	65 - Mobilité des professionnels	206

	66 - Equipement en imagerie médicale	207
	67 - Hospitalisation complète	209
68 et 69	- Hospitalisation de jour	214
	70 - Durée de séjour à l'hôpital	217
	71 - Recours aux médecins généralistes	222
	72 - Autres recours à des professionnels de santé	224
	73 - Actes chirurgicaux	224
	74 - Consommation de médicaments	228
	75 - Mobilité des patients en Europe	232
	76 - Couverture des dépenses de santé	234
	77 - Dépenses de santé	236
	78 - Taux de survie au cancer	239
	79 - Mortalité à trente jours, infarctus du myocarde et AVC	245
	80 - Besoins de soins médicaux non satisfaits	248
	81 - Délai d'attente pour la chirurgie non urgente	251
	82 - Infections du site opératoire (ISO)	252
	83 - Qualité de traitement du cancer	255
	84 - Contrôle de la maladie diabétique	255
V. Interventions en santé : promotion de la santé	85 - Politiques sur le tabagisme passif	256
	86 - Politiques sur la nutrition	260
	87 - Politiques et pratiques en matière de modes de vie sains	260
	88 - Programmes intégrés dans des établissements, dont les lieux de travail, écoles, hôpitaux	260
CONCLUSION	Vers de meilleures données européennes pour les comparaisons internationales	261
	Glossaire	264

Editorial

Par Roger Salamon

Président du Haut Conseil de la santé publique

Ce rapport qui, à partir des indicateurs de santé ECHI (*European Community Health Indicators*), permet de positionner la France dans le concert européen est à mon sens d'une très grande importance. Il doit être perçu comme une sorte de boussole indispensable pour ceux qui, en France, ont des responsabilités en matière de santé publique.

La clarté de la présentation, l'intérêt des résultats, l'attrance quasi ludique que nous avons tous pour les classements ne doivent pas, néanmoins, nous conduire à trop facilement méconnaître les écueils d'une lecture trop simpliste de ce travail. Quels sont-ils ?

– Si l'ensemble des indicateurs ECHI est clairement défini au niveau de la Communauté européenne, les systèmes d'information qui permettent de les renseigner dans chacun des États ne sont pas standardisés ni exempts de biais. Il faut donc savoir lire les résultats avec un minimum de prudence, sans exagérer la signification précise d'un classement.

Aujourd'hui, grâce à ces repères, il est utile et crédible de savoir que la France est en moyenne position en ce qui concerne le taux d'incidence du cancer du poumon et en très bonne position sur les traumatismes liés aux accidents de la route, plutôt que de se focaliser sur une place européenne de quatorzième et deuxième respectivement.

– S'il semble très pertinent, voire indispensable de se comparer et de se positionner à l'échelle européenne, il serait en revanche peu acceptable de se satisfaire d'une bonne position, avec le risque de ne pas chercher encore à s'améliorer quand cela est possible et soutenable. A mes yeux, ce palmarès doit surtout nous interpeller lorsque nous sommes parmi les derniers du classement.

– Il faut également faire attention aux erreurs possibles en matière d'interprétation : ainsi une situation qui pourrait paraître défavorable au vu d'une mauvaise

position française fondée sur des chiffres élevés d'incidence du cancer peut traduire en réalité l'excellente qualité d'un dépistage.

Enfin, il ne faudrait pas que les décideurs, volontiers attirés par des résultats globaux et nationaux, oublient l'énorme variabilité territoriale et les inégalités qui existent en France.

Au moment de l'installation des Agences régionales de santé (ARS), il est indispensable de réussir à mettre en place un ensemble d'indicateurs de ce type au niveau des régions de manière à conduire entre régions françaises des analyses comparatives comme celles qui sont ici réalisées entre pays au niveau de l'Europe.

Ces quelques remarques qui ne sont évidemment pas des critiques ne doivent pas faire méconnaître l'intérêt majeur de cette comparaison internationale et l'énorme travail qui a été réalisé par une équipe que je souhaite chaleureusement féliciter. Qu'il me soit permis de remercier particulièrement Gérard Badéyan, responsable technique de cette équipe.

Un dernier mot encore : la lecture passionnante de ce rapport favorise la nécessaire prise de conscience que nous ne sommes ni seuls au monde ni les plus privilégiés. En matière de santé, la France est aujourd'hui un pays « moyen », parfois meilleur que certains autres mais pas toujours.

Contexte

Dans le cadre du programme communautaire de surveillance de la santé puis du volet sur l'information et la connaissance en santé des programmes communautaires sur la santé publique, il a été développé un système européen d'indicateurs sur la santé *European Community Health Indicators* se donnant comme objectif de décrire de façon homogène entre les Etats membres de l'Union européenne l'état de santé et ses principaux déterminants, le système de santé et son utilisation. Ceci correspond au besoin sans cesse plus affirmé de comparaisons internationales dans les processus de définition des politiques de santé au niveau communautaire comme de chaque Etat membre. Les Etats membres sont incités à prendre en compte cet instrument communautaire dans leurs travaux nationaux.

Les collègues hollandais de l'Institut national pour la santé publique et l'environnement des Pays-Bas (RIVM), fortement impliqués dans les projets ECHI successifs, ont conduit un exercice de faisabilité sur la base du dernier rapport du projet ECHI. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), conformément à ses missions d'expertise des politiques de santé mises en œuvre ainsi qu'à celles d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer, a estimé utile de se livrer à un exercice comparable pour la France. Pour ce faire il a été mis en place une équipe projet constituée d'experts du Haut Conseil et d'experts extérieurs avec un responsable technique, agent du secrétariat général du HCSP. La responsabilité de la réalisation des fiches relatives à chaque indicateur a été partagée entre les membres de l'équipe projet, et la majorité d'entre elles a été relue par un expert extérieur du domaine considéré. L'extraction des données, les graphiques et la première version des textes ont été réalisés par la société Metis-Partners.

Équipe projet

Gérard Badéyan (Responsable technique)

Direction générale de la santé
Secrétariat général du HCSP

Yves Charpak

Directeur des études et de la prospective
Etablissement français du sang

Sandrine Danet

Chargée de mission, sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Michel Depinoy

Délégué général, chargé de la programmation et des partenariats
Institut de veille sanitaire (InVS)

Alain Fontaine

Direction générale de la santé
Mission stratégie et recherche

Eric Jougla

Directeur du centre d'épidémiologie sur les causes de décès (Inserm - CépiDc)
Membre du HCSP

Catherine Sermet

Directrice adjointe
Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
Membre du HCSP

Anne-Catherine Viso

Chargée de mission Europe
Institut de veille sanitaire (InVS)

Remerciements

L'équipe projet remercie les experts qui ont relu et concouru à l'amélioration des fiches :

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)

• Philippe Ricordeau, • Philippe Tuppin, • Alain Weill

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares)

• Elisabeth Algava

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

• François Guillaumat-Taillet, • Malik Koubi, • Christelle Minodier,
• Marie-Claude Mouquet, • Philippe Oberlin, • Denis Raynaud,
• Daniel Sicart

Institut national du Cancer

• Philippe-Jean Bousquet, • Martine Le Quellec-Nathan,
• N. Rassimimanana

Institut national d'études démographiques (INED)

• Emmanuelle Cambois

Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité

• Bernard Laumon

Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)

• Olivier Chardon, • Anne Pla, • Hélène Thélot

Institut national de la santé et de la recherche médicale

• Albertine Aouba, • Jean-Marie Robine, • Grégoire Rey,
• Jennifer Zeitlin

Institut de veille sanitaire (InVS)

• Aurélien Bélot, • Françoise Cazein, • Christine Chan-Chee,
• Bruno Coignard, • Arlette Danzon, • Carole Dufouil,
• Anne Fagot-Campagna, • Katia Castetbon, • Daniel Lévy-Bruhl,
• Klervi Leuraud, • Florence Lot, • Emmanuelle Salines,
• Christine Saura, • Christine de Peretti, • Caroline Semaille,
• Bertrand Thélot, • Jean-Michel Thiollet

Institut national de la prévention et de l'éducation sanitaire (Inpes)

• François Beck • Romain Guignard

Institut de la recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

• Florence Jusot, • Laure Com-Ruelle,
• Philippe Lefur, • Marc Peronnin

Ligue nationale contre le cancer

• Albert Hirsch

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

• Jean-Michel Costes, • Hélène Martineau

L'intérêt des comparaisons internationales

L'intérêt et la nécessité des comparaisons internationales pour juger de la situation de son propre pays, définir des priorités de santé publique et plus généralement d'organisation des systèmes de santé font désormais consensus. En France, le Haut Comité de la santé publique, qui a donné naissance avec le Conseil supérieur d'hygiène publique de France au Haut Conseil de la santé publique (HCSP), a joué son rôle dans ce cheminement puisque les objectifs proposés dans son premier rapport sur l'état de santé en France de 1994 étaient déjà aussi souvent que possible replacés dans le cadre de comparaisons européennes. La situation comparée de la France par rapport aux autres pays européens a ensuite été systématiquement utilisée pour la définition des objectifs de la loi de santé publique de 2004. Le groupe de travail sur la définition des indicateurs de suivi de ces objectifs s'est efforcé de prendre en compte les indicateurs d'ores et déjà définis au niveau international pour assurer la comparabilité internationale la meilleure dans la présentation des données relatives à ces objectifs. C'est en particulier le cas pour l'ensemble des indicateurs transversaux de contexte sociodémographique.

Au niveau international, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a dès le départ intégré à ses missions un rôle de collecte et de diffusion de l'information en santé au niveau mondial comme à celui de son bureau régional pour l'Europe. La base de données « *la santé pour tous* » développée par ce bureau est rapidement devenue une référence qui reste très utilisée. Ce fut également le cas de l'OCDE pour les Etats membres de cette institution à travers la base Eco-Santé à partir du milieu des années 1980 avec un accent particulier sur l'organisation et le financement des systèmes de santé. Au niveau de l'Union européenne, l'établissement d'une base juridique pour l'intervention communautaire dans le domaine de la santé par l'article 152 du traité de Maastricht a conduit à l'engagement de travaux dans le domaine de l'information en santé par la direction générale directement en charge de ce secteur : la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs (DG Sanco) et par Eurostat (Direction générale de la Commission européenne en charge des statistiques communautaires). Si l'organisation des systèmes de santé demeure de la

responsabilité des Etats membres, dans la limite du respect des principes généraux de fonctionnement du marché intérieur, avec en particulier les conséquences en termes de mobilité des patients et des professionnels, l'établissement de statistiques comparables ne peut être réalisé qu'au niveau communautaire, ce qui constitue un bon exemple d'application du principe de subsidiarité.

Les développements européens dans le domaine de l'information en santé ont fait l'objet d'un dossier de la revue *Actualité et dossier en santé publique* du Haut Conseil de la santé publique (n° 42 mars 2003) qui demeure pour l'essentiel valable pour comprendre le fonctionnement institutionnel complexe selon lequel les systèmes d'information se mettent en place au niveau européen. De façon simplifiée, on peut dire que, sur les différents thèmes, des projets sont financés dans le cadre des programmes de santé publique successifs pour identifier et recenser les sources de données existantes dans les Etats membres, proposer des indicateurs sur le thème et réaliser des collectes pilotes pour tester ces propositions. De sorte à établir une cohérence globale, plusieurs projets centrés sur les indicateurs dans leur ensemble (ECHI, soit *European Community Health Indicators*) ont été financés et ont abouti, dans un premier temps, à la présentation d'une liste longue de 400 indicateurs correspondant aux propositions des différents projets puis, dans un but plus opérationnel, à une liste courte de 88 indicateurs sélectionnés par une procédure de type Delphi au sein d'un réseau d'experts impliqués dans ces travaux européens.

Cette liste a été formellement adoptée par la Commission européenne comme prioritaire pour l'établissement de statistiques comparatives, mais sans contrainte de caractère réglementaire pour l'instant. Eurostat pour sa part travaille au développement de systèmes de collecte de données pérennes en tenant compte des besoins exprimés par les autres directions générales – donc particulièrement la DG Sanco – et veille à ce que les opérations mises en place concourent au renseignement des indicateurs de la liste courte ECHI.

Les collègues hollandais du RIVM, fortement impliqués dans les projets ECHI successifs, ont conduit un exercice de faisabilité sur la base du dernier rapport du projet ECHI. Le HCSP a estimé utile de se livrer à un exercice comparable pour la France. Pour ce faire il a été mis en place une équipe projet constituée d'experts du Haut Conseil et d'experts extérieurs avec un responsable technique, agent du secrétariat général du HCSP. La responsabilité de la réalisation des fiches relatives à chaque indicateur a été partagée entre les membres de l'équipe projet et la majorité d'entre elles a été relue par un expert extérieur du domaine considéré. L'extraction des données, les graphiques et la première version des textes ont été réalisés par la société Metis-Partners.

Les collègues hollandais nous ont donné toute latitude pour utiliser l'expérience de leur propre rapport. L'équipe projet les en remercie chaleureusement.

Le système d'indicateurs ECHI, *European Community Health Indicators* (liste courte)

La liste courte du système d'indicateurs ECHI comprend dans sa version actuelle 88 indicateurs répartis selon le modèle conceptuel habituel entre différentes sections : démographie et facteurs socio-économiques (9 indicateurs), état de santé (32 indicateurs), déterminants de la santé (14 indicateurs), ressources et utilisation du système de santé (29 indicateurs), politiques de santé (4 indicateurs).

La liste a pour objet de couvrir un champ très vaste de la santé publique aidant à la définition des politiques de santé européennes et nationales par l'analyse des tendances et des comparaisons internationales. Les indicateurs retenus sont de nature diverse, depuis les indicateurs synthétiques classiques tels que l'espérance de vie ou la mortalité infantile à des indicateurs permettant de suivre un thème entier tel que la mortalité ou la morbidité hospitalière qui utilisent les listes de codes résumées utilisées dans les bases internationales. Dans ce cas, dans le cadre d'un tel rapport, des choix sont à faire pour la présentation et l'analyse. Certains thèmes sont abordés par des indicateurs traceurs. Les indicateurs relatifs aux individus sont systématiquement déclinés par sexe et, selon les cas, par âge. L'objectif à terme est de désagréger aussi en fonction des variables socio-économiques (niveau d'éducation et de qualification) ce qui sera obtenu pour beaucoup d'indicateurs par l'enquête santé européenne par interview qui n'était pas encore à notre disposition dans le cadre de ce rapport (voir *infra*). Enfin les indicateurs sont ventilés régionalement si cela a du sens, mais l'analyse régionale n'était pas l'objet de ce rapport.

Dans le rapport, chaque indicateur donne lieu à une fiche.

Principes de la présentation des fiches

Pour chaque indicateur la présentation est la suivante :

- Une introduction initiale présentant l'indicateur et des éléments succincts sur les problèmes méthodologiques et/ou de sources de données existants et les solutions retenues.
- Un encadré récapitulatif des données relatives à la France, si possible par sexe, avec le classement relatif au sein de l'Union européenne, l'ordre retenu croissant ou décroissant dépendant de la nature du phénomène observé de sorte à classer en premier la situation la plus favorable (par exemple la mortalité la plus basse ou au contraire la bonne santé perçue la plus élevée).
- La description de la situation relative de la France en Europe avec des graphiques d'évolution présentant les courbes de la France, les moyennes de l'UE27 et de l'UE15 si possible, ainsi que les valeurs extrêmes relevées pour les pays de l'UE27, sans se préoccuper des dates d'adhésion des Etats membres.
- Des éléments succincts sur la méthodologie, les sources et leur comparabilité.
- Des éléments succincts de bibliographie.

Les sources de données

Le principe du système d'indicateurs ECHI est d'être renseigné à terme en routine à travers les bases de données internationales. Eurostat est par nature en première ligne et est étroitement associé aux travaux de l'équipe projet ECHIM (*ECHI monitoring*) qui assure le développement et la mise en œuvre concrète du système d'indicateurs. Certaines données sont à recueillir dans les bases de l'OMS ou de l'OCDE, sachant que les trois institutions s'efforcent d'harmoniser leurs collectes de données pour alléger la charge reposant sur les Etats. Les données correspondant à certains thèmes particuliers figurent dans les bases d'agences spécialisées de l'Union européenne : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Centre européen de prévention et contrôle des maladies), relevant de l'OMS : Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) ou dans les rapports ou bases de données réalisés par des projets spécifiques, par exemple le projet Peristat sur la périnatalité.

Difficultés rencontrées et limites

Toute une série d'indicateurs portant sur des pathologies particulières ont vocation à être renseignés par l'enquête santé européenne par interview dont le volet français est l'enquête Handicap santé conduite par l'Insee en 2008. Les résultats n'étaient pas à disposition de l'équipe projet lors de la production de ce rapport. Dans ces conditions les fiches correspondantes ont été renseignées au moyen de données issues d'études particulières (cas de la démence, du diabète et de la dépression) ou par des indicateurs pouvant présenter des biais importants de signification. Ainsi, pour les fiches sur l'asthme et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), les seules données comparatives exploitables étaient les taux d'hospitalisation. Or pour ces pathologies cet indicateur est ambivalent puisque, si une augmentation de la prévalence de la maladie a tendance à induire une augmentation des hospitalisations, une amélioration de la prise en charge en soins primaires conduira au contraire à les diminuer. La loi de santé publique de 2004 comporte ainsi comme objectif la réduction de la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation. Pour d'autres indicateurs (surcharge pondérale, hypertension), l'enquête santé par interview sera utilisée dans cette première phase par défaut en attendant la mise en place d'une enquête santé par examen qui existe dans certains pays mais dont la généralisation au niveau européen se situe encore en phase pilote.

L'utilisation, à défaut des résultats de l'enquête santé européenne par interview, d'études anciennes (Monica pour l'hypertension) ou de sources disparates (base OMS pour la surcharge pondérale) a comme contrepartie positive l'utilisation de résultats d'enquêtes par examen pour la France et certains autres pays.

Une autre conséquence notable de la non disponibilité des résultats de l'enquête santé par interview pour la confection de ce rapport est l'absence d'étude des inégalités sociales de santé dont on connaît par ailleurs l'importance en France.

De façon générale, le groupe projet ECHIM continue à travailler sur la définition concrète de certains indicateurs qui ont été retenus pour leur intérêt thématique mais qui sont difficiles à opérationnaliser (tentatives de suicide, mobilité des profes-

sionnels...). Pour certains indicateurs, l'expérience conduit à chercher d'autres solutions que celles présentées dans le rapport final du projet précédent présenté en décembre 2008 et qui a constitué notre base de travail (démence, allaitement maternel, consommation de fruits et légumes, consommation de médicaments, mobilité des patients, contrôle du diabète). Pour d'autres, la mise en place de collectes de données en routine au niveau européen ne semble pas un objectif accessible dans un avenir proche (tabagisme des femmes enceintes, délai pour la première visite prénatale, délai d'attente pour la chirurgie non urgente, délais de traitement du cancer). C'est ainsi que les fiches concernant la périnatalité ont été renseignées à partir des données collectées dans le cadre du projet Peristat qui a inspiré ces indicateurs mais dont l'actualisation n'est pas assurée dans l'avenir.

Il pourra être envisagé de réaliser, en fonction des possibilités, des mises à jour prenant en compte les dernières données publiées dans les bases internationales et en particulier les résultats de l'enquête européenne sur la santé par interview.

Eléments de synthèse

Contexte démographique et social

La fécondité élevée assure pratiquement le renouvellement des générations et le poids démographique de la France va s'accroître au sein de l'UE
 Le taux de chômage est au niveau des moyennes européennes
 La France présente une situation moyenne concernant les niveaux d'éducation et de qualification

La principale considération concernant le contexte démographique est le bon niveau de la fécondité en France qui assure pratiquement le renouvellement des générations avec un indicateur conjoncturel de fécondité de 2,0 en 2009, en deuxième position juste après l'Irlande. Le taux de natalité se situe en troisième position après l'Irlande et le Royaume-Uni. L'âge moyen à la maternité s'élève comme dans l'ensemble des pays de l'UE et situe la France dans la moyenne européenne avec légèrement plus de naissances pour les mères de 25 à 29 ans contrairement à l'ensemble de l'UE pour laquelle il s'agit de la tranche d'âge de 30 à 34 ans.

Une conséquence de cette fécondité élevée est que la France bénéficie d'un taux de croissance de sa population supérieur à la moyenne de l'Union européenne. Cette croissance se distingue par un accroissement naturel élevé, contrairement à Chypre et au Luxembourg qui présentent une croissance globale plus importante mais en raison des migrations. Les projections de population dans la variante centrale présentent les conséquences à terme de cette situation avec le passage de la France devant l'Allemagne, en termes de taille de population, mais derrière le Royaume-Uni.

La France se situe légèrement au-dessus de la moyenne européenne en termes de chômage en 2010 et légèrement en dessous en termes de risque de pauvreté. Elle évite les situations particulièrement difficiles qu'affrontent l'Espagne et les pays Baltes pour le chômage mais se situe nettement au-dessus de l'Autriche et des Pays-Bas et, à un degré moindre, de l'Allemagne et du Royaume-Uni. De même la France se

situé très en dessous des taux très élevés mesurés dans les pays Baltes, la Roumanie et la Bulgarie pour le risque de pauvreté mais au-dessus de celui de la République tchèque, des Pays-Bas et de la Slovaquie, ce résultat étant lié à l'inégalité dans la distribution des revenus.

Concernant les niveaux d'éducation et de qualification, la France présente une situation moyenne en se situant au treizième rang par ordre décroissant pour la proportion de personnes d'âge actif bénéficiant d'une éducation supérieure parmi les 27 pays de l'UE et se situe par contre au 22^e rang par ordre croissant pour la proportion de personnes bénéficiant d'un niveau inférieur ou égal au premier degré du secondaire. De même, concernant le niveau de qualification de la population d'âge actif, la France se situe au 12^e rang par ordre décroissant pour la proportion de personnes d'âge actif classées comme qualifiées et au dixième par ordre décroissant pour celle de personnes classées semi-qualifiées. Il est intéressant de noter que, concernant le niveau d'éducation, à l'exception de Malte, les nouveaux Etats membres présentent en moyenne une situation équivalente ou meilleure à celle des Etats de l'UE à 15.

État de santé de la population

Éléments positifs	Éléments négatifs
L'espérance de vie à la naissance des femmes est la plus élevée de l'ensemble des pays de l'UE27 de même que l'espérance de vie à 65 ans pour les hommes comme pour les femmes.	La mortalité prématurée est importante surtout pour les hommes
La France se caractérise par son excellente situation concernant la mortalité par maladies cardio-vasculaires et une situation également favorable pour les affections respiratoires chroniques.	La France se classe très défavorablement en termes d'incidence des cancers en particulier chez les hommes.
La situation est également favorable pour la sécurité routière.	La France se classe très défavorablement pour les accidents de travail parmi l'ensemble des pays de l'UE15.
	Le taux de mortinatalité est extrêmement élevé.
	La mortalité par suicide classe la France dans la moyenne haute européenne.
	Malgré les progrès réalisés la France demeure un pays fortement touché par l'infection à VIH.
	Les données disponibles concernant la mortalité infantile indiquent une dégradation de la situation relative de la France dans les dernières années mais il est possible que des changements dans les pratiques de déclaration interfèrent dans la mesure.

Sur l'espérance de vie Si l'on se réfère aux principaux indicateurs synthétiques de l'état de santé, la situation de la France apparaît contrastée. L'espérance de vie à la naissance des femmes est la plus élevée de l'ensemble des pays de l'UE27 de même que l'espérance de vie à 65 ans pour les deux sexes. L'espérance de vie à la naissance des hommes présente également un rang favorable mais moindre (sixième position), l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes étant supérieur à la moyenne européenne. Pour les hommes, le contraste entre la position de l'espérance de vie à la naissance et celle à 65 ans est dû en grande partie au poids des décès prématurés.

Comme dans l'ensemble des pays européens, les femmes vivent plus longtemps que les hommes mais avec une part relative plus importante d'années vécues avec des incapacités. Cette situation est particulièrement marquée en France, ce qui conduit à un classement analogue pour les deux sexes aux 7^e et 8^e rangs en termes d'espérance de vie sans incapacités alors que les femmes se situent au premier rang pour l'espérance de vie totale.

Lorsque l'on se base sur les autres indicateurs synthétiques d'espérance de vie calculés sur la base des déclarations des individus, la situation relative de la France devient par contre moyenne pour les deux sexes, que ce soit pour l'espérance de vie à 16 ans déclarée en bonne santé perçue ou déclarée sans maladie chronique.

Sur la mortalité infantile Si l'on considère la mortalité infantile, autre indicateur classiquement utilisé dans les comparaisons internationales, le classement de la France s'est dégradé dans les dernières années et la situe désormais au 17^e rang sur 27 en 2009, car le taux stagne depuis 6 ans à 3,9 décès pour 1 000 naissances vivantes, alors que de nombreux pays ont réussi à descendre aux alentours de 3 pour 1 000. La France se situe ainsi désormais près de la borne supérieure de la fourchette de taux correspondant aux pays développés même si l'écart reste important avec les pays les plus mal classés (Roumanie: 10,1/1000, Bulgarie: 9,0/1000). Cependant, il faut prendre en compte l'hypothèse que les changements de législation concernant l'enregistrement des mort-nés (voir ci-après) ont également pu avoir comme conséquence une modification de pratique qui conduise à déclarer vivants des nouveau-nés qui décéderont dans la journée.

Pourquoi un taux de mortinatalité élevé ? Une grande difficulté d'interprétation apparaît concernant la mortalité périnatale pour laquelle la France est la plus mal classée de tous les pays de l'Union européenne en raison d'un taux de mortinatalité extrêmement élevé alors que l'autre composante de la mortalité périnatale, le taux de mortalité néonatale précoce, est proche, voire plus bas que celui des autres pays européens. Des changements successifs de réglementation concernant l'enregistrement des mort-nés expliquent pour partie cette situation et ont en particulier comme conséquence l'impossibilité actuelle pour la France de mesurer de façon précise le nombre de mort-nés et de répondre aux exigences du nouveau règlement statistique d'Eurostat concernant les causes de décès. Au-delà de cet aspect réglementaire, les diverses sources disponibles (registres des malformations congénitales, registre des interruptions médicales de grossesse) laissent penser que la plupart de l'excès s'explique par une politique active de dépistage des anomalies congénitales et une pratique d'interruptions médicales de grossesse

relativement tardives. Cependant une partie de l'excès pourrait être due à d'autres facteurs. En tout état de cause, il est urgent à la fois de solutionner le problème de l'enregistrement pour pouvoir répondre aux exigences de données internationales et de mener les études nécessaires pour éclaircir la question du taux très élevé de mortalité.

Sur les causes de décès

Les taux standardisés de mortalité toutes maladies sont relativement favorables en France, surtout pour les femmes. Par contre, la mortalité prématurée est élevée en France, surtout pour les hommes et de façon plus générale la surmortalité des hommes par rapport aux femmes est particulièrement élevée en France.

Lorsque l'on en vient aux causes spécifiques de décès, la France se caractérise par une excellente situation relative pour les maladies cardio-vasculaires pour lesquelles elle affiche les taux les plus bas pour les deux sexes. La mortalité par affections respiratoires chroniques est également largement en dessous des moyennes européennes et la France se situe parmi les pays de l'Union européenne où la mortalité directement liée à l'usage de drogue est la moins élevée. Concernant le cancer, qui constitue la première cause de mortalité en France, la France présente une situation relative qui reste favorable pour les femmes mais dans la moyenne pour les hommes. Les taux standardisés de mortalité par accident sont légèrement inférieurs aux taux moyens européens. Par contre la mortalité par suicide situe la France dans la moyenne haute européenne.

Si l'on considère la mortalité induite par les deux importants facteurs de risque que sont l'alcool et le tabac, en suivant les indicateurs de l'OMS qui consistent en une simple agrégation de causes pour lesquelles ces facteurs sont impliqués sans tenir compte des parts attribuables, la situation de la France apparaît moyenne pour les deux sexes pour l'alcool et bonne pour le tabac. Pour ce dernier facteur de risque, l'indicateur de l'OMS est particulièrement peu spécifique puisqu'il inclut la mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires particulièrement basse en France et en forte diminution expliquée en grande partie par d'autres facteurs tels que l'amélioration des traitements. De fait, des études cherchant à prendre en compte les risques attribuables conduisent à une situation relative simplement moyenne pour les hommes et même légèrement supérieure à la moyenne en termes de mortalité prématurée. Par contre, la situation des femmes en France reste favorable par rapport aux autres pays. Ce mode de calcul sera seul utilisé à l'avenir, par contre les discussions méthodologiques ne sont pas achevées au sein du groupe projet ECHIM concernant l'alcool.

Concernant la morbidité, la France se classe très défavorablement en termes d'incidence des cancers en particulier chez les hommes pour lesquels elle présente les taux standardisés les plus élevés de l'ensemble des 27 pays de l'UE et à un degré moindre chez les femmes (21^e rang sur 27 pour l'ensemble des localisations mais le 25^e sur 27 pour le cancer du sein).

Comme il est indiqué ci-dessus une série de pathologies seront renseignées au moyen de l'enquête santé par interview. En l'absence de ses résultats, l'utilisation des taux d'hospitalisation fournit les éléments suivants : les taux d'hospitalisation français sont faibles pour les maladies cérébro-vasculaires (6^e rang sur 27) à mettre

en relation avec la faiblesse de la mortalité ; ils sont dans la moyenne pour l'asthme et faibles pour les BPCO. Dans ce cas ils sont plus à mettre en relation avec l'efficacité du système de soins puisque la prévalence de la BPCO augmente alors que les taux d'hospitalisation diminuent. Concernant le diabète, les études disponibles situent la France dans la moyenne haute des dix pays comparés.

La France se classe très défavorablement pour les accidents de travail parmi les pays de l'UE15 (seules données disponibles). La situation pour les accidents de la route est au contraire favorable même si le classement fourni par les bases internationales concernant les blessés (2^e rang sur 19 pays) est à relativiser du fait d'un sous-enregistrement des blessés légers. Les accidents domestiques posent des difficultés de mesure non résolues pour l'instant pour les accidents non mortels.

Malgré les progrès réalisés, la France demeure un pays fortement touché par l'infection à VIH, que ce soit en termes d'incidence de nouveaux diagnostics d'infection à VIH et d'incidence du sida que de mortalité.

Les données sur la santé mentale soulèvent des questions méthodologiques complexes en termes de mesure amplifiées pour les comparaisons internationales. Plusieurs indicateurs la concernant sont encore au stade du développement, notamment les tentatives de suicide.

Plusieurs projets européens ont cherché à synthétiser les diverses estimations de prévalence de la démence en Europe. La France se situe dans la moyenne haute sur la base de ces études. La dépression sera renseignée à l'avenir par les données déclarées par les individus dans l'enquête santé européenne. En attendant, un projet conduit dans six pays de l'Europe de l'Ouest fait apparaître la France avec des prévalences nettement plus élevées. Deux indicateurs sur le bien-être et la détresse psychologiques ont été renseignés au moyen d'instruments classiques (modules de l'échelle de qualité de vie du SF36). La France y apparaît globalement dans la moyenne européenne dans un contexte d'opposition entre pays du Nord (sauf les pays Baltes) aux résultats positifs et pays de l'Est et du Sud aux résultats parfois très négatifs. Cependant, les données sont issues d'échantillons de faible taille et donc sujets à des incertitudes d'échantillonnage importantes.

Déterminants de la santé

Éléments positifs	Éléments négatifs
La problématique de la surcharge pondérale, bien qu'en progression, est moins préoccupante en France que dans la majorité des autres pays européens.	La consommation d'alcool en France reste élevée.
	Le tabagisme augmente fortement chez les femmes avec en particulier une situation négative chez les femmes enceintes.
	La consommation de drogues illicites est élevée.
	L'activité physique reste insuffisante malgré des progrès récents.

Alcool, tabagisme et drogues

Pendant longtemps la France a affiché la consommation d'alcool (en litre d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus) la plus importante d'Europe. Ce n'est plus le cas et désormais la France se situe derrière l'Estonie, la République tchèque et l'Irlande. Pour autant, cette consommation reste élevée. La dangerosité de l'alcool dépend également des modes de consommation mais la mise en place de l'indicateur sur les consommations à risque, qui est complexe, n'a pas encore abouti.

Concernant le tabagisme, la situation est contrastée avec un pourcentage de fumeurs quotidiens stabilisé chez les hommes depuis 2005 à un niveau relatif assez élevé et un pourcentage de fumeuses quotidiennes en hausse, contrairement aux autres pays européens dont les données sont disponibles à l'exception de la Grèce.

Une conséquence particulièrement négative du tabagisme féminin se retrouve chez les femmes enceintes, avec une proportion de celles-ci qui continuent à fumer au troisième trimestre de leur grossesse qui a fortement augmenté jusqu'en 1995, est restée stable jusqu'en 1998 puis a montré une tendance à la baisse de 25% en 1998 à 17% en 2010, date de la dernière enquête périnatale disponible, ce qui situe la France au plus haut des douze pays que le projet Peristat a pu comparer.

La France se caractérise par une consommation parmi les plus élevée de cannabis même si elle a connu un déclin marqué au cours des années 1990 comme dans la plupart des pays européens. Le classement de la France est également élevé, quoique à un niveau moindre, pour la cocaïne, deuxième substance illicite la plus utilisée après le cannabis.

Activités physiques, déterminants physiologiques

La France se trouve également mal classée pour le déterminant comportemental important que constitue l'activité physique selon une étude conduite en décembre 2002 sur les 15 pays de l'Union européenne précédant l'élargissement. La France s'y situe dans les derniers rangs pour les différentes variables étudiées (activité physique suffisante, marche régulière, temps passé assis) et même au dernier pour la sédentarité. Cependant cette enquête est ancienne et des études récentes conduisent à une appréciation plus positive.

Concernant les déterminants physiologiques (surcharge pondérale, hypertension), il n'a pu être établi de classement du fait de problèmes méthodologiques multiples (variabilité des périodes d'enquêtes et des modes de recueil des données, études localisées et trop anciennes pour l'hypertension). On peut cependant estimer que la problématique de la surcharge pondérale, bien qu'en progression, est moins préoccupante en France que dans la majorité des autres pays européens. Pour l'hypertension, une diminution de la prévalence est notée récemment en France et dans la majorité des autres pays européens à la fin du siècle dernier. L'enquête santé européenne par interview en cours d'exploitation va fournir prochainement des données comparables, mais sur une base déclarative, donc avec des biais potentiels de connaissance pour l'hypertension et de sous-déclaration pour la surcharge pondérale.

Fruits et légumes et déterminants environnementaux

L'indicateur sur la consommation de fruits et légumes appréciée à travers des statistiques de quantités disponibles montre des niveaux inférieurs en France aux moyennes européennes mais en rattrapage. Cette consommation sera elle aussi à l'avenir estimée à travers les déclarations des individus.

L'examen des déterminants environnementaux et sociaux montre des situations contrastées : la France se situe un peu en dessous du niveau d'exposition moyen européen en ce qui concerne l'exposition à la pollution de l'air par les particules fines. La France fait partie des pays où les travailleurs se déclarent le moins menacés par leurs conditions de travail pour leur santé et leur sécurité mais cette donnée déclarative est à relativiser par celle des accidents du travail dénombrés (voir ci-dessus) et par d'autres variables de la même enquête qui fournissent d'autres tendances. Cet indicateur donne encore lieu à discussion au sein du groupe projet ECHIM. Par contre, en termes d'environnement social, la France se caractérise par un niveau de soutien social faible.

Ressources et utilisations du système de santé

La France se situe dans la moyenne haute de l'Union européenne en termes de lits d'hôpitaux par habitants.

Les effectifs de médecins en activité rapportés au nombre d'habitants sont légèrement au-dessus de la moyenne européenne.

Le taux d'équipement en imagerie médicale s'est accru en France mais reste relativement faible.

La situation de la France est favorable en termes de vaccination sauf pour le ROR.

La situation est favorable pour le dépistage des cancers féminins.

Le ratio d'hospitalisations de jour sur les séjours en hospitalisation complète est un des plus élevés de l'Union européenne.

La durée moyenne d'un séjour hospitalier en France est généralement relativement faible.

La consommation de médicaments est globalement la plus élevée en France.

La France fait partie des pays à forte pratique de chirurgie de la cataracte et de pose de prothèse de hanche.

La France présente de bons résultats en termes de survie à cinq ans pour le cancer et de mortalité à l'hôpital dans les trente jours suite à un infarctus du myocarde. Par contre la mortalité à l'hôpital dans les trente jours due à un accident vasculaire cérébral est relativement élevée.

La France est le pays dont le poids des dépenses de santé dans le PIB est le plus élevé ; elle se situe au sixième rang pour les dépenses de santé par habitant.

Équipement et personnels

La France se situe dans la moyenne haute de l'Union européenne en termes de lits d'hôpitaux par habitant tout en présentant une tendance marquée à la diminution au même rythme que les moyennes de l'UE15 et de l'UE27.

Les effectifs de médecins en activité rapportés au nombre d'habitants sont légèrement au-dessus de la moyenne européenne et ont considérablement augmenté durant les trois dernières décennies comme dans la plupart des autres pays. On

constate toutefois que cette croissance a été moindre que celle de la moyenne de l'UE15 proche du taux français ces dernières années.

Les écarts de taux entre pays sont plus importants pour le personnel infirmier que pour les médecins. La France se situe entre les moyennes européennes, légèrement au-dessus de celle de l'UE27 et en dessous de celle de l'UE15.

L'indicateur retenu pour les technologies médicales concerne l'équipement en scanners et IRM. Comme dans l'ensemble des pays européens, le taux d'équipement s'est accru en France mais reste relativement faible même en tenant compte du fait que les données transmises ne comprennent pas les équipements installés en ambulatoire.

Vaccinations et dépistages

Concernant les indicateurs retenus pour suivre la vaccination (vaccinations infantiles et vaccination antigrippale pour les seniors), la situation de la France est favorable sauf pour la vaccination par le ROR qui reste inférieure aux taux jugés nécessaires.

La situation est également favorable pour le niveau du dépistage des cancers féminins. Les programmes de dépistage du cancer colorectal sont en phase de mise en place et les premières données comparatives sur leur diffusion seront bientôt disponibles au moyen de l'enquête santé européenne par interview.

Utilisation du système de santé

En termes de mode d'utilisation des services hospitaliers, le ratio d'hospitalisation de jour sur les séjours en hospitalisation complète est un des plus élevés de l'Union européenne.

La durée moyenne d'un séjour hospitalier en France est généralement relativement faible, à l'exception des hospitalisations liées à un cancer du poumon ou à une complication de grossesse, un accouchement et une suite de couche.

La consommation de médicaments est globalement la plus élevée en France même si ce n'est pas le cas pour toutes les classes thérapeutiques.

La France fait partie des pays à forte pratique de chirurgie de la cataracte et de pose de prothèse de hanche.

Éléments d'efficacité

Parmi les indicateurs retenus comme marqueurs d'efficacité du système de santé, la France présente les taux de survie au cancer à cinq ans les plus élevés pour les femmes et se situe au huitième rang pour les hommes pour les données standardisées sur l'âge. D'après une étude conduite par l'OCDE en 2005, la mortalité à l'hôpital dans les trente jours suivant une admission liée à un infarctus du myocarde en 2005 est une des plus basses de celles de 15 pays de l'UE analysés. Par contre la mortalité à l'hôpital dans les trente jours due à un accident vasculaire cérébral est relativement élevée. Concernant les infections du site opératoire, la France apparaît relativement bien placée en fonction des données diffusées par le Centre européen des maladies transmissibles.

Dépenses de santé Avec 11,2% de son PIB alloués à la santé en 2008, la France est le pays de l'Union européenne aux dépenses de santé les plus élevées depuis 2003, suivie de près par l'Allemagne et l'Autriche (10,5%) ainsi que la Belgique (10,2%). Le classement des pays européens est modifié si on considère comme indicateur de comparaison les dépenses de santé par habitant, exprimées en parité de pouvoir d'achat (PPA). La France avec 3 172 euros PPA dépensés par habitant en 2008 n'arrive plus qu'en 6^e position, le Luxembourg tenant le premier rang.

Éléments de discussion Quelques conclusions succinctes peuvent être tirées de ce premier exercice de comparaisons européennes utilisant le système d'indicateurs ECHI.

Au niveau méthodologique, les indicateurs synthétiques basés sur les données de mortalité devraient être complétés par le taux de mortalité prématurée, dont l'importance est une spécificité de la France et qui pour cette raison a été introduit dans ce rapport. Une observation de nature plus générale porte sur l'absence de vision synthétique des pathologies induite par le regroupement sur un seul indicateur des causes de décès alors que les données d'incidences et/ ou prévalences sont présentées pathologie par pathologie. Les données concernant le cancer, hors données sur le dépistage, sont ainsi à rechercher dans trois fiches distinctes (mortalité, incidence et taux de survie). Ceci nous a conduit à réintroduire certaines données de mortalité à titre de complément dans certaines fiches, en particulier lorsque les données de morbidité donnent une vision partielle (accidents du travail) ou biaisée pour des questions de recueil (accidents de la route).

En plus de la mortalité prématurée les autres modifications ou compléments qui ont été introduits dans la définition des indicateurs et qui seront soumis à l'équipe projet portent sur deux indicateurs : l'indicateur concernant le travail et les risques pour la santé (n°53) basé sur l'enquête européenne sur les conditions de travail et pour lequel les deux variables de l'enquête retenues présentent une tendance contradictoire avec d'autres variables de l'enquête ; l'indicateur concernant les dépenses de santé (n°77) pour lequel il est intéressant de relativiser le pourcentage des dépenses de santé dans le PIB par le montant des dépenses de santé par habitant. Il sera aussi proposé de ne pas limiter l'indicateur sur les besoins non satisfaits (n°80) aux soins médicaux mais de l'étendre aux soins dentaires car ces données sont présentes également en routine dans la base et représentent la part la plus significative des besoins non satisfaits

Comme cela a été précisé précédemment, il est prévu d'introduire dans les fiches descriptives des indicateurs publiés par le groupe projet ECHIM des ventilations systématiques, lorsque cela est pertinent, selon les variables sociodémographiques et les régions. Lorsque les bases de données internationales complétées par des recueils directs auprès des Etats membres le permettront, les divers indicateurs se présenteront comme des bases de données sur le thème considéré. Dans ces conditions, concernant les futurs rapports au niveau européen ou d'un État membre basés sur ce système d'indicateurs, il sera pertinent de choisir des angles d'analyse particulier (par sexe, par catégories d'âge, pour étudier les inégalités sociales ou territoriales en fonction des évolutions temporelles...).

En ce qui concerne les résultats, des points généraux importants peuvent être mis en exergue en vue d'actions à conduire:

- La mortalité prématurée est importante en France particulièrement pour les hommes et nécessite une attention soutenue en vue d'agir sur ses principales causes, que ce soit en termes de comportements à risque que de facteurs sociaux et environnementaux. De façon plus générale la surmortalité des hommes par rapport aux femmes est particulièrement élevée en France.
- Comme le montre leurs conséquences en termes de mortalité mais plus généralement en termes de morbidité, les questions d'addiction à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites restent préoccupantes en dépit de quelques progrès, comme l'indique la question du tabagisme chez les femmes enceintes.
- Il est urgent de résoudre les questions méthodologiques relatives au dénombrement des mort-nés et sur cette base de mieux comprendre les causes du taux très élevé de mortalité pour engager les actions nécessaires pour le réduire.

I. Facteurs démographiques et socio-économiques

1 - Population

- France : 64,7* (p)*
- 2^e rang sur 27 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes :
Allemagne : 81,8 / Malte : 0,4

Données : Eurostat 2010

* millions d'habitants - (p) : provisoire

Cet indicateur correspond à la population totale par pays, catégorisée par sexe et par âge selon les données du recensement. Le taux de croissance annuel de la population est le rapport de l'accroissement de la population d'une année sur l'autre à la population moyenne totale de la première année.

Le rapport de dépendance en fonction de l'âge mesure le nombre de personnes économiquement dépendantes (par convention personnes de moins de 15 ans et de plus de 65 ans ou plus) par rapport à la population d'âge actif (15-64 ans).

La population de la France représente 13 % des habitants de l'UE

Les habitants de la France comptent pour 12,9% de la population de l'Union européenne, avec 64,7 millions d'habitants sur les 501,1 millions d'habitants décomptés dans les 27 pays de l'UE en 2010.

Tableau 1 :
Taille de la population (en million d'habitants) et part de la population nationale dans la population de l'UE27 (en %), en 2010

p = valeur provisoire

Pays	Population totale	% de la population UE27
UE 27	501,1	100,0 %
Allemagne	81,8	16,3 %
France	64,7 (p)	12,9 %
Royaume-Uni	62,0	12,4 %
Italie	60,3	12,0 %
Espagne	46,0	9,2 %
Pologne	38,2	7,6 %
Roumanie	21,5	4,3 %
Pays-Bas	16,6	3,3 %
Grèce	11,3	2,3 %
Belgique	10,8	2,2 %
Portugal	10,6	2,1 %
République tchèque	10,5	2,1 %
Hongrie	10,0	2,0 %

Source : Eurostat. Données françaises : Insee

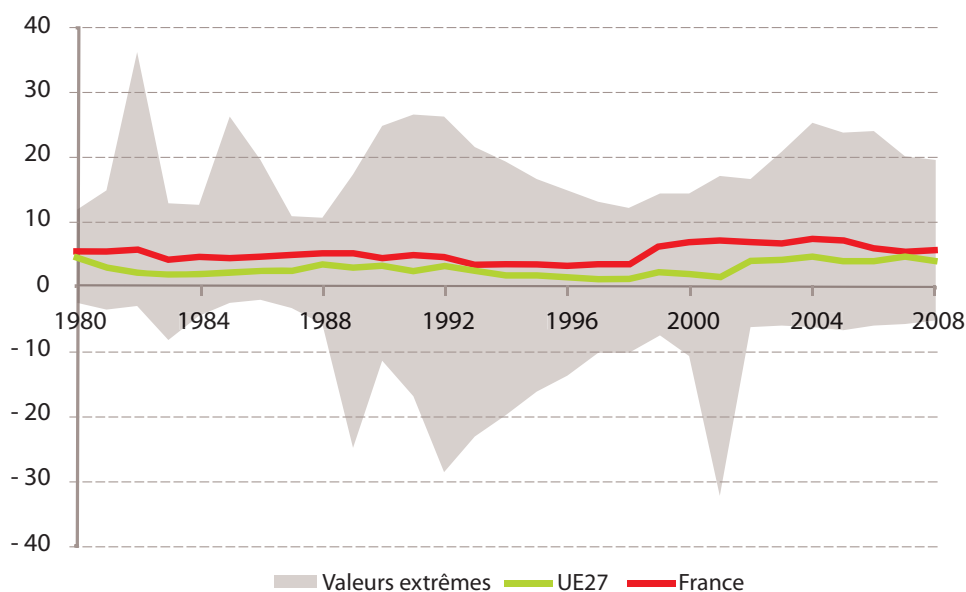
Pays	Population totale	% de la population UE27
Suède	9,3	1,9%
Autriche	8,4	1,7%
Bulgarie	7,6	1,5%
Danemark	5,5	1,1%
Slovaquie	5,4	1,1%
Finlande	5,3	1,1%
Irlande	4,5	0,9%
Lituanie	3,3	0,7%
Lettonie	2,2	0,4%
Slovénie	2,0	0,4%
Estonie	1,3	0,3%
Chypre	0,8	0,2%
Luxembourg	0,5	0,1%
Malte	0,4	0,1%

Source : Eurostat. Données françaises : Insee

La France se situe au 2^e rang des pays les plus peuplés, derrière l'Allemagne et ses 81,8 millions de résidents, devant le Royaume-Uni, qui compte 62 millions d'habitants et l'Italie, l'Espagne et la Pologne. Parmi les pays comptant le moins d'habitants, se trouvent Malte, le Luxembourg et Chypre (respectivement 0,4 ; 0,5 et 0,8 million d'habitants). L'élargissement de l'Union européenne s'est traduit par une augmentation importante de la part des Etats peu peuplés qui a fait tomber la moyenne par pays de 25 à 18 millions d'habitants.

Figure 1 **Evolution du taux de croissance de la population en France, comparé aux taux moyens de l'UE, entre 1980 et 2008 pour 1000**

NB : Les données de la France avant 1991 sont celles de la France métropolitaine uniquement, ce qui conduit avant cette date à une sous-estimation de 0,02 à 0,03 % du taux de croissance. Les pics positifs correspondent à Malte (1982, 1985), Chypre (1990-1992, 2004) et l'Irlande (2006). Les pics négatifs correspondent à la Bulgarie (1989, 2001) et à l'Estonie (1992).



Source : Eurostat. Données françaises : Insee

Des évolutions contrastées

La France bénéficie d'un taux de croissance de sa population supérieur à la moyenne de l'Union européenne. Elle se distingue par un accroissement naturel élevé. La diversité des situations s'est fortement accentuée du fait de l'entrée de pays d'Europe centrale et des pays Baltes dont la population décroît mais aussi avec celle de Chypre, et dans une moindre mesure de Malte, dont la croissance, essentiellement migratoire, est soutenue.

Une forte proportion de personnes économiquement dépendantes

Le rapport de dépendance est le plus élevé en France, avec une proportion de 53,7% de personnes économiquement dépendantes, devant l'Italie, le Danemark et l'Allemagne. Depuis les années 1950, ce rapport diminuait dans tous les pays européens. La tendance s'est inversée au milieu des années 1980 dans la plupart des pays de l'UE15, principalement à cause du vieillissement de la population. En Espagne, en Irlande et dans la plupart des pays adhérents récents, le ratio continue à décroître, car la croissance de la tranche d'âge la plus âgée est compensée par une décroissance plus forte de la proportion des moins de 15 ans dans la population totale.

L'écart entre nombre d'hommes et de femmes est important en France

Le rapport moyen entre le nombre d'hommes et celui de femmes dans les pays de l'UE est de 0,95 homme pour une femme (soit en proportion 48,8% d'hommes dans la population). Cet écart est lié aux différences d'espérance de vie entre hommes et femmes. Il varie suivant les pays, en fonction de la structure d'âge de la population et des facteurs socio-économiques.

L'écart est ainsi sensiblement plus marqué dans les pays Baltes, où l'alcoolisme ainsi que la baisse des niveaux de vie font chuter l'espérance de vie masculine. En Estonie, la proportion d'hommes dans la population se limite à 46%, elle est de 46,1% et 46,5% en Lettonie et Lituanie, suivent la Pologne et la Hongrie, puis la France, en 6^e position (48,4%).

A l'opposé, l'Irlande, Malte et la Suède sont les trois pays où l'écart entre hommes et femmes est le plus faible, avec des proportions de 49,9%, 49,7% et 49,7% d'hommes dans la population.

Méthodologie et comparabilité

Les données démographiques des pays de l'UE sont collectées auprès des offices nationaux de chaque pays (l'Insee en France). Il existe des divergences dans les modes d'enregistrement des données qui peuvent altérer la comparabilité entre pays et dans le temps. Par exemple, deux définitions de l'âge peuvent se retrouver : l'âge en années complétées (atteint au dernier anniversaire) et l'âge atteint ou qui sera atteint au cours de l'année calendaire. Pour pallier ce problème de définition, Eurostat utilise désormais un algorithme permettant la comparabilité des données.

Pour la France, il est à noter que les données avant 1991 concernent la France métropolitaine et non la France entière. Ceci conduit à une sous-estimation de 0,02 à 0,03‰ du taux de croissance sur cette période.

Bibliographie

Eurostat, Statistiques en bref, 38/2011 *Population grows in twenty member states*
Base de données : Eurostat

2 - Taux de natalité

- France : 12,7 naissances pour 1 000 habitants
- 3^e rang sur 27 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes :
Irlande : 16,8/1 000 habitants
Allemagne : 8,1/1 000 habitants)

Données : Eurostat 2009

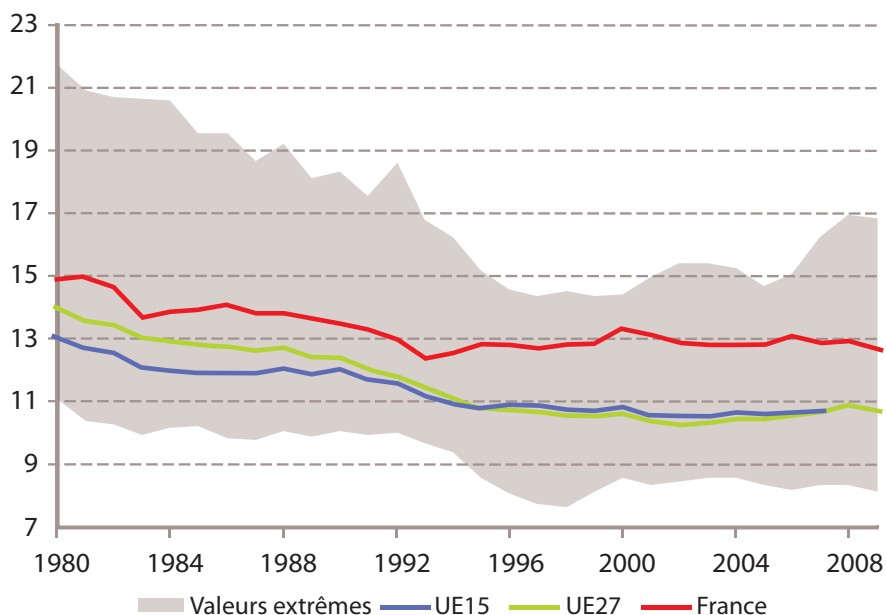
Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Le taux de natalité en France est au troisième rang européen

Depuis l'an 2000, la France se maintenait au deuxième rang européen des pays ayant la plus forte natalité, derrière l'Irlande. Les dernières données collectées pour l'ensemble des 27 membres de l'UE datent de 2009, la France comptait alors 12,7 naissances pour 1 000 habitants, soit une légère baisse par rapport à 2008 (12,9 pour 1 000). Ainsi, la France passe au 3^e rang après l'Irlande et le Royaume-Uni. En 2009, l'Irlande qui est le pays d'Europe enregistrant le taux de natalité le plus élevé recensait 16,8 naissances pour 1 000 habitants. Chypre et la Suède se placent respectivement aux 4^e et 5^e rangs. Bien en dessous de la moyenne européenne de 10,8 naissances pour 1 000 habitants, l'Allemagne, l'Autriche et le Portugal enregistraient en 2009 moins de 10 naissances pour 1 000 habitants (8,1 pour 1 000 en Allemagne).

Figure 1 : **Evolution du taux de natalité en France et dans l'UE27 entre 1980 et 2009**
Nombre de naissances vivantes pour 1 000 habitants

NB : Les données de la France avant 1994 sont celles de la France métropolitaine uniquement, ce qui conduit avant cette date à une sous-estimation de 0,1 à 0,2 du taux de natalité.



Source : Eurostat. Données françaises : Insee

Tableau 1
**Taux de natalité dans
 les pays de l'Union
 européenne en 2009**

Pays	2009	Pays	2009
Irlande	16,8	Pologne	10,9
Royaume-Uni	12,8	Espagne	10,8
France	12,7	Bulgarie	10,7
Chypre	12,2	UE27	10,7
Suède	12,0	Slovénie	10,6
Estonie	11,8	Grèce	10,5
Belgique	11,7	Roumanie	10,4
Danemark	11,4	Malte	10,0
Finlande	11,3	Hongrie	9,6
Slovaquie	11,3	Lettonie	9,6
Luxembourg	11,3	Italie	9,5
République tchèque	11,3	Portugal	9,4
Pays-Bas	11,2	Autriche	9,1
Lituanie	11,0	Allemagne	8,1

Source : Eurostat. Données françaises : Insee

La natalité européenne se stabilise

Le taux de natalité baissait dans les pays européens jusqu'à la fin des années 1990. Ce taux a recommencé à augmenter dans certains pays, et s'est stabilisé dans d'autres. En France, le minimum a été atteint dès 1994. En termes de nombre, les naissances sont passées de 741 500 à 824 500 entre 1994 et 2009.

Certains des pays dont la natalité est faible voient leur nombre d'habitants décroître. Cette diminution de la population résulte de la baisse de leur natalité et des effets conjugués du vieillissement de la population et, notamment dans les pays d'Europe de l'Est, d'un solde migratoire négatif. Il s'agit de l'Allemagne, la Hongrie, la Bulgarie, la Lituanie, la Lettonie et la Roumanie.

Méthodologie et comparabilité

Les naissances et les morts sont enregistrés de manière standardisée dans quasiment tous les pays de l'Union européenne. Mais il peut arriver que les données soient moins bien documentées, par exemple dans la population des nouveaux résidents. Les décès et naissances chez les personnes résidant à l'étranger ne sont pas toujours enregistrés de façon homogène. Par ailleurs, des événements survenus parmi des personnes non résidentes peuvent être incluses dans les statistiques nationales des pays où elles sont de passage.

Bibliographie

Bases de données : Eurostat et OMS.

Eurostat, Statistiques en bref, 38/2011 *Population grows in twenty member states*.

Pison G., (2009), France 2008 : « pourquoi le nombre des naissances continue-t-il d'augmenter ? », *Population et sociétés*, n° : 454, mars 2009.

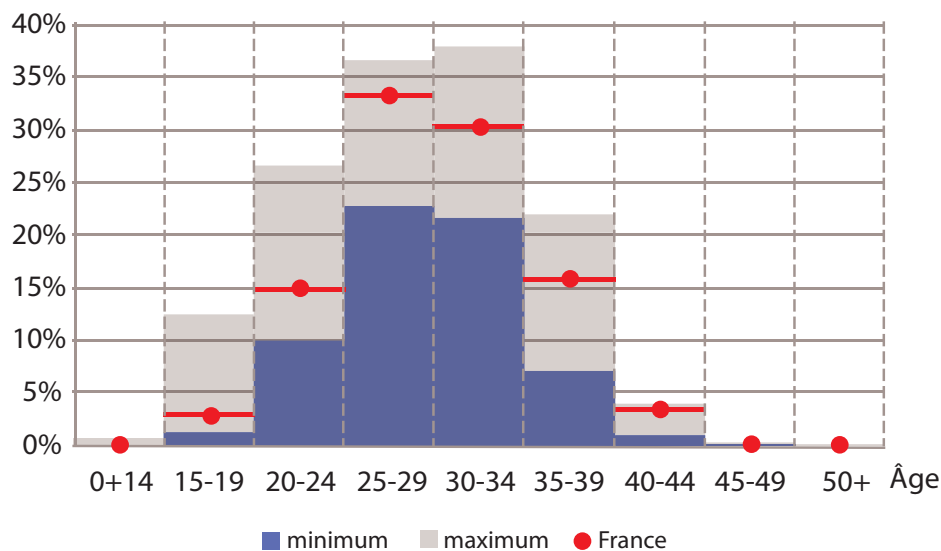
3 - L'âge des mères à la naissance

L'âge des mères à la naissance est étudié à travers la distribution des naissances selon les groupes d'âge de la mère. Le pourcentage de naissances vivantes dans un groupe d'âge est calculé à partir du nombre total de naissances vivantes chez toutes les femmes d'un même groupe d'âge au dernier anniversaire divisé par le nombre total de naissances. En plus de la distribution par groupe d'âge on fournit également une comparaison de l'âge moyen des femmes à la maternité et de la proportion des mères de plus de 35 ans. Les périodes de reproduction précoces et tardives sont associées avec une augmentation du taux de prématurité, de retard de croissance intra-utérine et de mortalité en période périnatale.

La France dans la moyenne de l'Union européenne

Dans les pays de l'UE27, c'est pour les femmes âgées de 30 à 34 ans que le plus grand nombre de naissances est recensé en 2007, suivi de celles âgées de 25 à 29 ans. En France cette dernière classe d'âge arrive légèrement en tête avec 269 859 enfants mis au monde en 2007 par des femmes de 25 à 29 ans contre 250 511 pour celles de 30 à 34 ans. Au total ces deux classes d'âge regroupent 63% de l'ensemble des enfants nés en France en 2007.

Figure 1 **Distribution des naissances vivantes par groupe d'âge maternel en France en 2007**



Source : Eurostat. Données françaises : Insee

L'âge moyen des femmes à la maternité s'élève

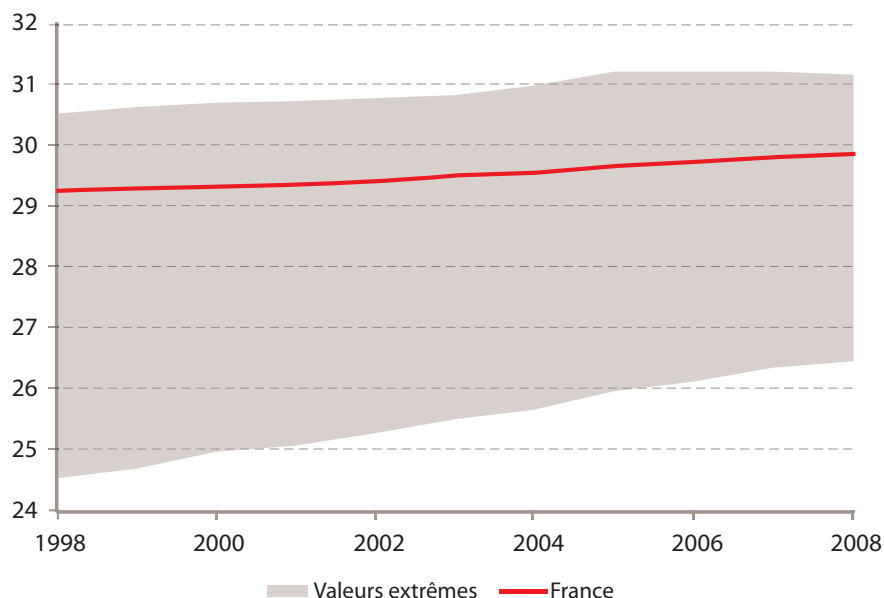
- France : 29,9 ans
- 13^e rang sur 24 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Bulgarie : 26,5 ans / Irlande : 31,2 ans

Données : Eurostat 2008

De 1998 à 2008, l'âge moyen des femmes à la maternité en France a augmenté de plus d'une demi-année (29,3 à 29,9 ans), ce qui les positionne en 2008 au 13^e rang (par ordre d'âge croissant) des 24 pays de l'UE27 ayant fourni des données à Eurostat. Pour l'année 2007 qui est complète, la France se situe au 15^e rang devant l'Irlande (31,2 ans), l'Italie (31,1), l'Espagne (30,8 ans) et les Pays-Bas (30,7 ans). L'âge moyen à la maternité des femmes des pays ayant rejoint l'UE plus récemment est moins élevé. Les femmes de Bulgarie ont l'âge moyen à la maternité le plus bas : 26,5 ans en 2008. Elles sont suivies par les femmes habitant la Roumanie, la Lettonie, la Lituanie et la Slovaquie.

Les femmes de Bulgarie ont l'âge moyen à la maternité le plus bas : 26,5 ans en 2008. Elles sont suivies par les femmes habitant la Roumanie, la Lettonie, la Lituanie et la Slovaquie.

Figure 2 **Evolution de l'âge moyen à la maternité de 1998 à 2008 en France et en Europe**



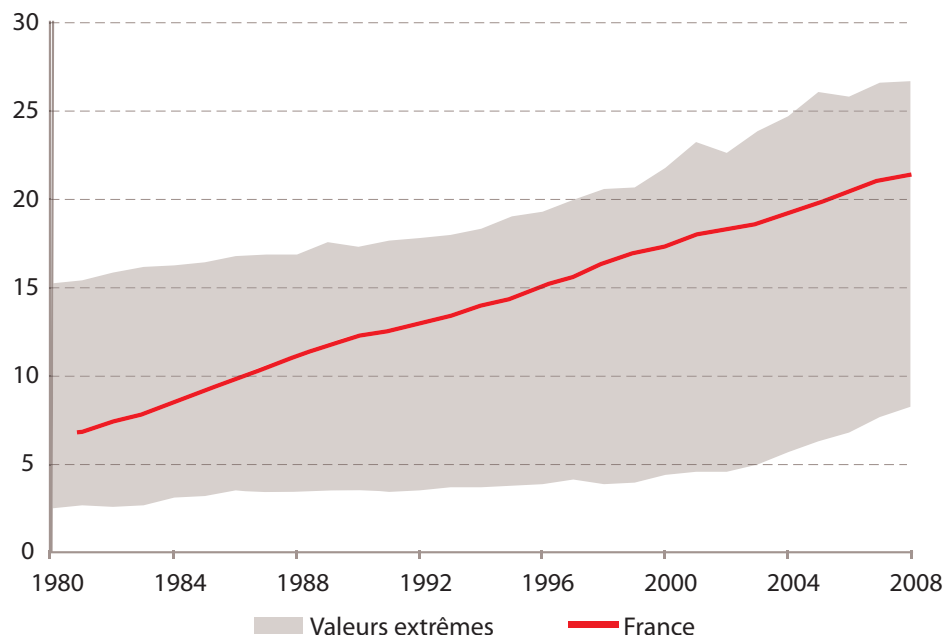
Source : Eurostat. Données françaises : Insee

La proportion de femmes mères à plus de 35 ans augmente

Les Européennes retardant le moment d'avoir des enfants, la proportion de naissances chez des femmes âgées de plus de 35 ans a augmenté. En France, cette proportion est passée de 7% en 1981 à 21,4% en 2008. La proportion de naissances chez les femmes de 30 à 34 ans a augmenté également dans la plupart des États membres de l'Union européenne, depuis le début des années 1990. En contrepartie, la proportion de naissances vivantes chez les mères âgées de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans a diminué.

L'augmentation de l'âge maternel a des effets marqués surtout sur la baisse de la fécondabilité et sur l'augmentation du risque d'avortements spontanés. Les naissances chez les femmes plus âgées sont associées à une augmentation des complica-

Figure 3 **Proportion de naissances vivantes chez les femmes âgées de 35 ans et plus de 1980 à 2008**



Source : OMS. Données françaises : Insee

tions chez la mère (morts maternelles et pathologies graves) et l'enfant (prématurité, hypotrophie et anomalies congénitales). L'impact de l'élévation de l'âge se fait sentir dès 35 ans et devient plus important à partir de 40 ans (Khoshnood 2008).

Méthodologie et comparabilité

Certains pays donnent l'âge de la mère à la fin de l'année civile de l'accouchement et non son âge au jour de la naissance de leur enfant. Cela induit un biais significatif, particulièrement concernant l'étude des groupes d'âge plus minoritaires (femmes les plus jeunes ou les plus âgées).

Bibliographie

Khoshnood, B. (2008). « Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 37: 733-47.

Pison G., (2010). « L'âge moyen à la maternité atteint 30 ans », *Population et sociétés*, n°: 465, France, mars 2010.

Bases de données : Eurostat, OMS et Insee.

4 - Indicateur conjoncturel de fécondité

L'indicateur conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge observés sur une année donnée. Cet indicateur mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés une année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

Le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âge) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge.

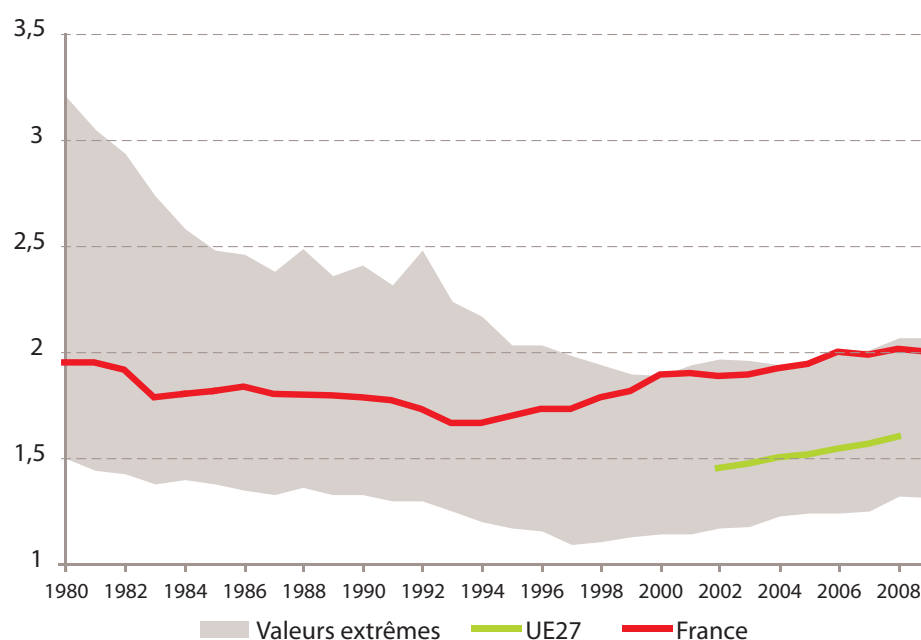
La France en deuxième position européenne : deux enfants par femme en 2009

- France : 2,00 enfants par femme
 - 2^e rang sur 24 pays européens (ordre décroissant)
 - Pays aux extrêmes : Irlande : 2,07 / Lettonie : 1,31
- Données : Eurostat 2009

Après avoir fortement baissé entre 1980 et le début des années 2000, l'indicateur conjoncturel de fécondité a commencé à augmenter à nouveau dans l'UE27 en 2003, où il était de 1,47 enfant par femme, pour atteindre 1,60 en 2008. L'indicateur conjoncturel de fécondité a augmenté depuis cette date dans tous les États membres à l'exception du Luxembourg, de Malte et du Portugal. Durant cette période, les plus fortes hausses ont été observées en Bulgarie (de 1,23 enfant par femme en 2003 à 1,57 en 2009), en

Figure 1 Evolution de l'indicateur conjoncturel de fécondité en France et dans l'UE entre 1980 et 2009

NB : Les données pour la France avant 1998 sont celles de la France métropolitaine..



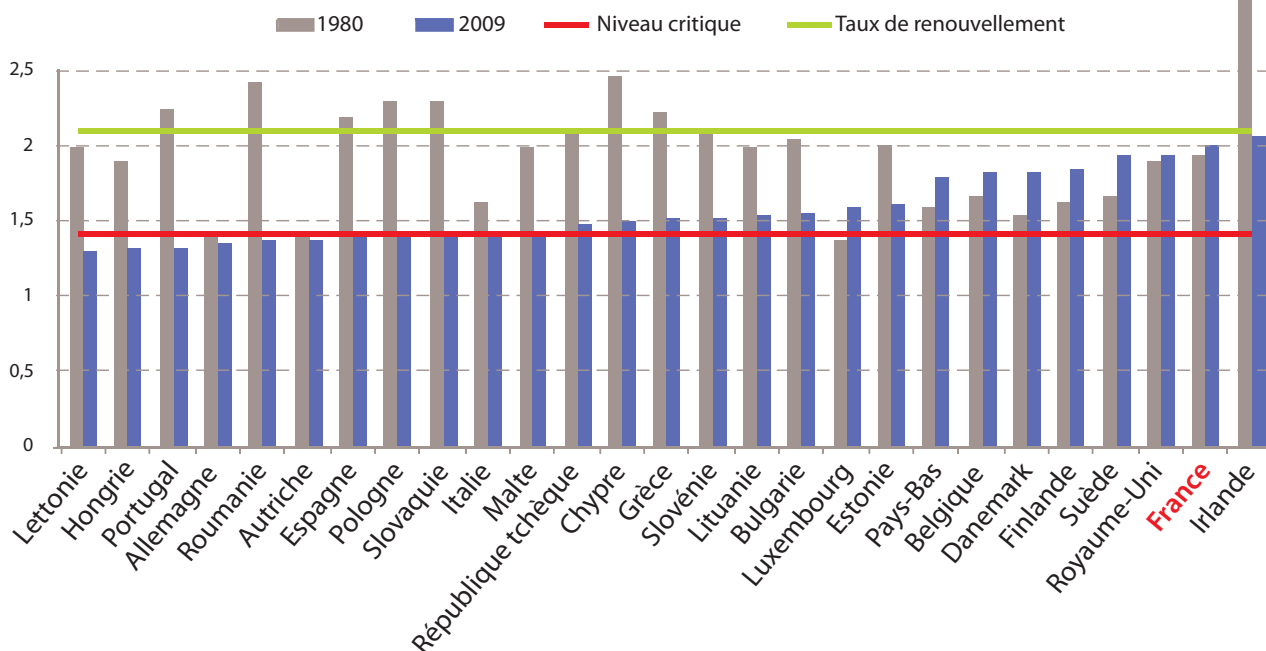
Source : Eurostat. Données françaises : Insee

Slovénie (de 1,20 à 1,53), en République tchèque (de 1,18 à 1,49) et en Lituanie (de 1,26 à 1,55).

En 2009, les États membres ayant enregistré les indicateurs conjoncturels de fécondité les plus élevés étaient l'Irlande (2,07), la France (2,00), le Royaume-Uni (1,96 en 2008) et la Suède (1,94), ces pays approchant tous le taux de renouvellement de 2,1. Les indicateurs conjoncturels de fécondité les plus faibles étaient observés en Lettonie (1,31), en Hongrie et au Portugal (1,32 chacun) ainsi qu'en Allemagne (1,36).

Figure 2 **Comparaison des indicateurs conjoncturels de fécondité de l'UE entre 1980 et 2009**

NB : Pour l'année 1980, les données de la Pologne, de l'Allemagne, de la Slovénie, de Chypre, de la Lettonie, de l'Estonie et de l'Irlande proviennent de l'OMS.



Source : Eurostat. Données françaises : Insee

Méthodologie et comparabilité

Le taux de fécondité se définissant comme le rapport du nombre d'enfants nés vivants de l'année par la population moyenne des femmes en âge de procréer, il peut être affecté par un biais dans la définition de l'âge des mères. Deux définitions de l'âge peuvent en effet être utilisées lorsque sont enregistrées les données démographiques : l'âge au dernier anniversaire (âge révolu) et l'âge atteint pendant l'année calendaire. Par ailleurs, la période reproductive des femmes est définie comme comprise entre 15 et 44 ans, mais parfois entre 15 et 49 ans. Eurostat utilise des méthodes de redressement pour permettre la comparabilité des données.

Bibliographie

DRESS (2009-2010). « L'état de santé de la population », Rapport 2009-2010.

Base de données : Eurostat et OMS. Eurostat : communiqué de presse 50/2011, « Les dernières données sur les enjeux démographiques dans l'UE ».

5 - Projections démographiques

Les projections de la population fournissent des estimations de l'effectif et de la composition de la population dans le futur. Elles sont par exemple utilisées pour analyser l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses publiques. Seuls les effectifs sont étudiés dans cette fiche.

Ces projections sont basées non seulement sur la connaissance du passé, mais également sur des hypothèses concernant la fécondité, la mortalité (espérance de vie à la naissance) et les migrations internationales.

Différentes variantes sont calculées en fonction de différents jeux d'hypothèses. C'est la variante centrale qui est exposée ici.

Tableau 1
Population totale en 2008 et population projetée en 2060

Pays	2008	2060
UE27	495,4	505,8
Allemagne	82,2	70,8
France	61,9	71,8
Royaume-Uni	61,3	76,7
Italie	59,5	59,4
Espagne	45,3	51,9
Pologne	38,1	31,1
Roumanie	21,4	16,9
Pays-Bas	16,4	16,6
Grèce	11,2	11,1
Belgique	10,7	12,3
Portugal	10,6	11,3
République tchèque	10,3	9,5
Hongrie	10,0	8,7
Suède	9,2	10,9
Autriche	8,3	9,0
Bulgarie	7,6	5,5
Danemark	5,5	5,9
Slovaquie	5,4	4,5
Finlande	5,3	5,4
Irlande	4,4	6,8
Lituanie	3,4	2,5
Lettonie	2,3	1,7
Slovénie	2,0	1,8
Estonie	1,3	1,1
Chypre	0,8	1,0
Luxembourg	0,5	0,7
Malte	0,4	0,4

En millions

- Population totale de la France métropolitaine :
2008 : 61,9 2060 : 71,8
- Population totale européenne :
2008 : 495,4 2060 : 505,7
- Pays aux extrêmes :
2008 : Allemagne 82,2 / Malte 0,4
2060 : Royaume-Uni 76,7 / Malte 0,4
- Pays ayant la plus forte :
 - croissance de population :
Chypre +66,2%
 - diminution de population :
Bulgarie : -28,2% (estimées entre 2008 et 2060)

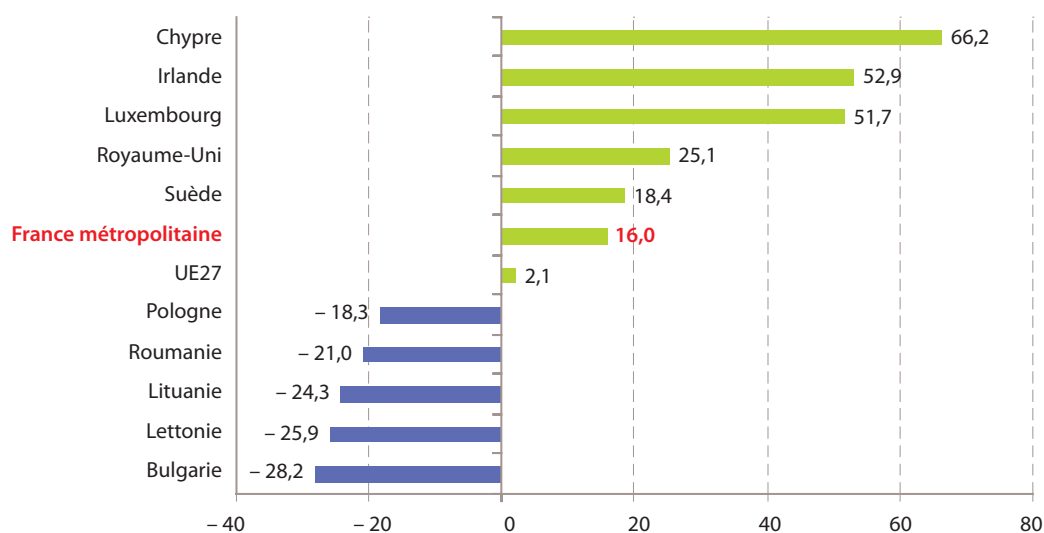
Données : Eurostat 2009

Source : Eurostat

La population européenne va croître jusqu'aux alentours de 2035

Selon la variante centrale des projections de population d'Eurostat, la population de l'Europe des 27 va s'accroître de plus de 25 millions de personnes entre 2008 et 2035, passant de 495,4 millions à un maximum de 520,7 millions (soit +5,1%). A partir de 2035, cette tendance s'inversera et la population européenne va décroître de manière progressive, passant de 520,7 millions en 2035 à 505,7 millions en 2060 (soit une baisse d'environ 15 millions de personnes et une croissance résiduelle de 2,1 % par rapport à 2008). La moitié des pays de l'UE27 verra ainsi sa population s'infléchir d'ici à 2060. Ce sera le cas notamment de la Pologne (-18,3%), de la Roumanie (-21,0%), de la Lituanie (-24,3%), de la Lettonie (-25,9%) et de la Bulgarie (-28,2%). Contrairement à cette tendance, la population de la France métropolitaine continuera d'augmenter sans infléchissement après 2035, passant de 61,9 millions en 2008 à 71,8 millions en 2060.

Figure 1 **Comparaison de l'évolution démographique dans l'UE (en %)**
Prévision 2008-2060



Source : Eurostat

Méthodologie et comparabilité

Les projections de population sont produites par Eurostat tous les 3 à 4 ans. Les plus récentes remontent à 2008 («Europop2008»). Les sources de données telles que *Eurostat's Migration* et les données démographiques sont utilisées à cet effet (Eurostat, 2008 ; Giannakouris, 2008). Les projections d'Eurostat peuvent diverger des estimations nationales du fait de différences d'hypothèses concernant la fécondité, la mortalité et les migrations. Malgré cela, elles sont recommandées pour les comparaisons internationales, car Eurostat utilise des méthodes de calculs harmonisées et identiques pour chaque pays.

Bibliographie

Base de données : Eurostat
Eurostat, Statistiques en bref, 72/2008 : *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*.

6 - Niveau d'éducation de la population

L'indicateur concernant le niveau d'éducation de la population est la répartition de la population, selon les niveaux d'éducation. On retient une échelle en trois classes : le niveau inférieur est défini comme un niveau d'enseignement préprimaire, primaire ou du premier cycle de l'enseignement secondaire ; le niveau intermédiaire comme un niveau d'enseignement du deuxième cycle de l'enseignement secondaire et d'enseignement postsecondaire non supérieur et le niveau supérieur comme un niveau d'enseignement supérieur. La tranche d'âge retenue par le projet ECHI est 25-64 ans. La pertinence de ce choix est discutée en méthodologie. Le niveau d'éducation constitue un important déterminant socio-économique de santé.

<p>Population ayant un niveau supérieur d'éducation en France en 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30,5 % de femmes – 14^e rang européen (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : Estonie : 45% / Roumanie : 13% • 27% d'hommes – 12^e rang européen (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : Luxembourg 38% / Portugal 12% <p>Données : Eurostat 2009</p>	<p>Population ayant un niveau intermédiaire d'éducation en France en 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • 39% de femmes – 19^e rang européen (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : République tchèque 74% / Malte 11% • 45 % d'hommes – 16^e rang européen (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : Slovaquie 78% / Portugal 15% <p>Données : Eurostat 2009</p>	<p>Population ayant un niveau inférieur d'éducation en France en 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • 33% de femmes - 22^e rang européen (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Lituanie 8% / Malte 75% • 29% d'hommes – 20^e rang européen (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : République tchèque 6% / Portugal 73% <p>Données : Eurostat 2009</p>
--	---	---

En France, la répartition de la population selon le niveau d'éducation est globalement dans la moyenne européenne

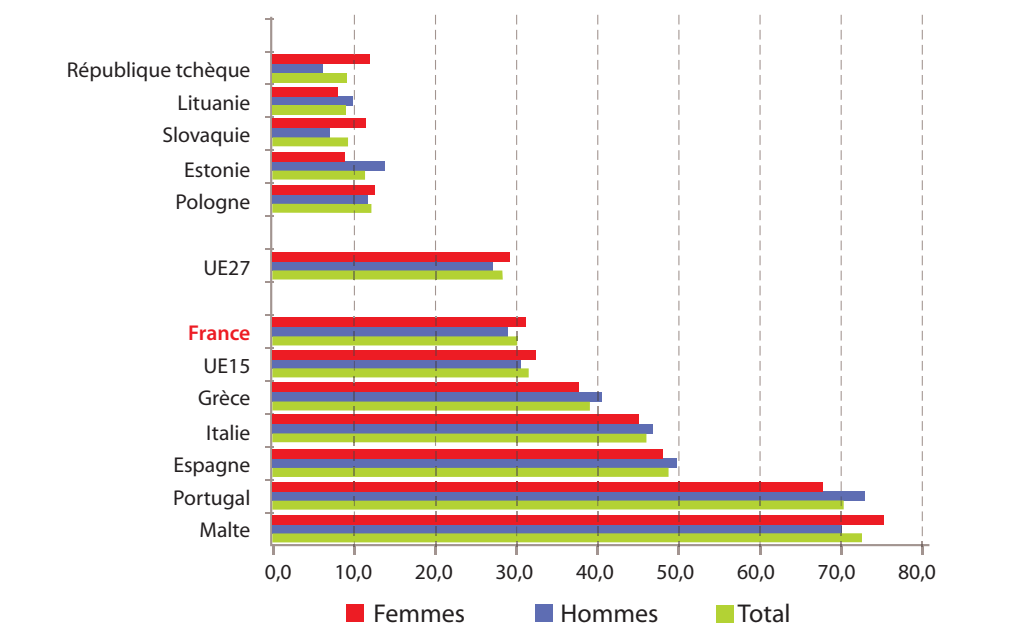
En 2009, en France, la population d'âge compris entre 25 et 64 ans se répartit de façon relativement équilibrée entre les trois niveaux d'éducation retenus avec 29% pour le niveau supérieur, 42% pour le niveau intermédiaire et 30% pour le niveau inférieur. Cette répartition est proche des moyennes de l'Union européenne : légèrement au dessus pour le niveau supérieur, légèrement en dessous pour le niveau intermédiaire et entre les deux pour le niveau inférieur. Elle se distingue en cela des pays qui bénéficient d'un niveau supérieur élevé avec un niveau inférieur faible (Estonie, Finlande, Luxembourg, Suède dans une moindre mesure) comme de ceux pour lesquels à l'inverse le niveau inférieur est fort avec un niveau supérieur faible (Malte, Portugal, dans une moindre mesure Italie). D'autres pays se caractérisent par une concentration très forte au niveau intermédiaire avec les trois-quarts de la population s'y situant (République tchèque, Slovaquie) ou les deux-tiers (Pologne) avec comme résultante une proportion de la population au niveau inférieur très basse. On note la concentration au niveau inférieur des pays méditerranéens avec en particu-

lier pour ce niveau, des proportions très élevées pour Malte et le Portugal et une moyenne supérieure pour l'UE15 par rapport à l'UE27. Les niveaux inférieur et intermédiaire donnent lieu à des amplitudes considérables dans les proportions de population concernées (de 9 % à 72 % et de 14 à 76 %) et en conséquence une amplitude nettement moindre pour le niveau supérieur (de 13 à 37%). Au total, la structure par niveau d'éducation atteint est la plus favorable pour les pays Baltes et du nord et la moins favorable pour les pays méditerranéens. Par ailleurs, il est notable qu'à l'exception forte de Malte les nouveaux Etats membres présentent en moyenne une situation équivalente ou meilleure à celle des Etats de l'UE15.

En France, les répartitions par sexe selon le niveau d'éducation atteint sont relativement homogènes

En France, la proportion de femmes bénéficiant d'un niveau supérieur d'éducation est supérieur de près de 4% à celui des hommes et en contrepartie la proportion d'hommes se situant au niveau intermédiaire d'éducation est supérieure à celle des femmes (44% *versus* 38%), mais les deux distributions sont relativement proches. Dans plusieurs pays par contre les femmes bénéficient d'une répartition entre les trois niveaux d'éducation atteints nettement plus favorable que celle des hommes. Ceci est particulièrement notable en Estonie, avec 45% des femmes pour le niveau supérieur contre seulement 26% des hommes, caractéristique que l'on retrouve dans le pays voisin qu'est la Finlande (43% *versus* 31%), les deux autres pays Baltes et les pays nordiques. A l'inverse, en Autriche, en Allemagne et au Luxembourg, la distribution des niveaux d'éducation est plus favorable pour les hommes mais dans des proportions moindres que celles indiquées plus haut en faveur des femmes.

Figure 1 **Proportion de personnes (25-64 ans) ayant atteint un niveau d'enseignement préprimaire, primaire ou du premier cycle de l'enseignement secondaire en 2009**



Source : Eurostat

Figure 2 **Proportion de personnes (25-64 ans) ayant atteint un niveau d'enseignement du deuxième cycle secondaire et d'enseignement postsecondaire non supérieur en 2009**

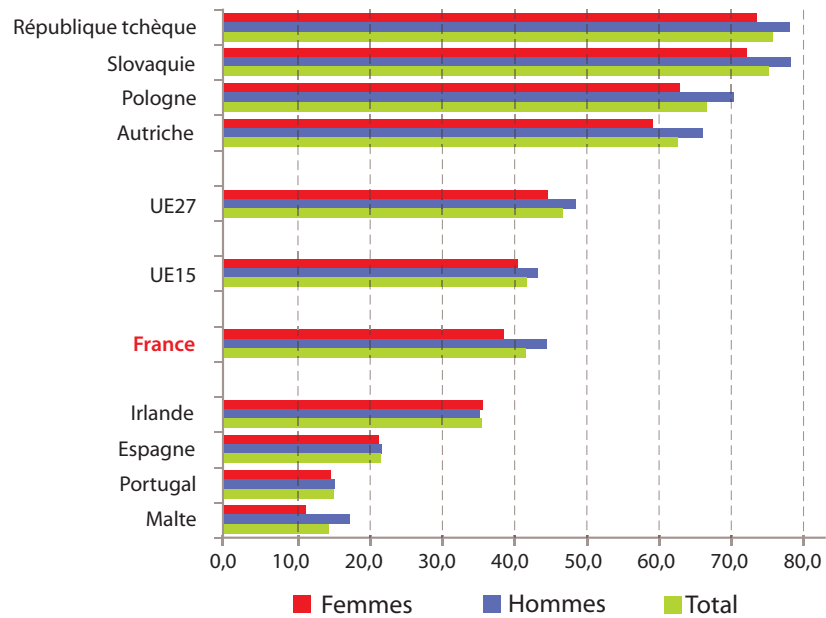
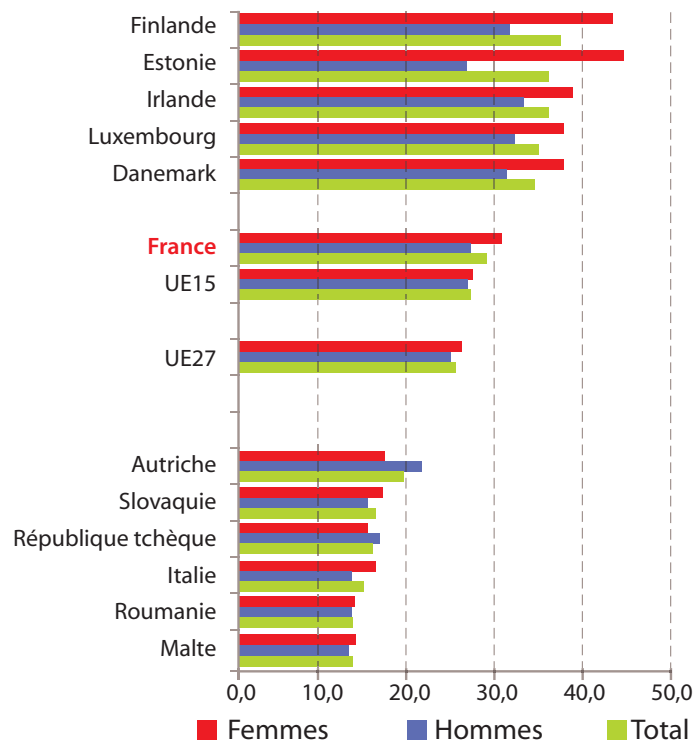


Figure 3 **Proportion de personnes (25-64 ans) ayant atteint un niveau d'enseignement supérieur en 2009**



Source : Eurostat

Le niveau d'éducation est globalement en hausse en France et en Europe

Il existe une tendance générale à la hausse du niveau d'éducation. Ainsi sur la période 2004-2009, la proportion de la population située au niveau inférieur baisse de près de 4% au sein de l'Union européenne au profit essentiellement du niveau supérieur. Cette évolution moyenne se retrouve dans quasiment tous les pays, à l'exception du Danemark, à taux plus ou moins accentués, avec un résultat particulièrement marqué pour le Luxembourg (11% d'augmentation de la proportion du niveau supérieur). Sur cette période, la France voit la proportion de la population ayant atteint le niveau d'éducation inférieur baisser de 4,8% et celle correspondant au niveau supérieur augmenter de 4,5%.

Méthodologie et comparabilité

Les pourcentages de la population par niveau d'éducation atteinte ventilée par sexe proviennent de l'enquête sur les forces de travail d'Eurostat. Les chiffres sont donnés pour la population âgée de 25 à 64 ans. Considérant que beaucoup de jeunes sont encore étudiants avant 25 ans, il est plus pertinent de mesurer les niveaux d'éducation à partir de cet âge. Par contre, la limite retenue à 64 ans pose problème vu la croissance de la prévalence des problèmes de santé avec l'âge.

La classification utilisée est la Classification internationale du type de l'éducation ou CITE dont l'intitulé anglais est *International Standard Classification of Education* (ISCED 1997). L'ISCED comprend sept classes qui sont regroupées en trois pour l'étude :

- **le niveau inférieur :** ISCED 0 : niveau préprimaire,
ISCED 1 : niveau primaire,
ISCED 2 : premier cycle de l'enseignement secondaire.
- **le niveau intermédiaire :** ISCED 3 : deuxième cycle de l'enseignement secondaire,
ISCED 4 : enseignement post-secondaire non-supérieur.
- **le niveau supérieur regroupe l'enseignement supérieur :** ISCED 5 : premier cycle de l'enseignement supérieur,
ISCED 6 : second cycle des études supérieures.

L'utilisation des niveaux d'éducation tels que définis par la classification internationale connaît des variations selon les pays et dans le temps. Les programmes nationaux d'éducation par exemple ne sont pas identiques pour un même niveau d'éducation CITE selon les pays.

Toutefois, le principal intérêt ne réside pas dans l'indicateur lui-même, mais dans son association avec des indicateurs de l'état de santé (par exemple la mortalité et l'état de santé général).

Bibliographie

Unesco : http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_F.pdf
<http://www.portal-stat.admin.ch/isced97/files/do-f-15.02-isced-01.pdf>

7 - Niveau de qualification de la population active

L'indicateur correspond à la répartition de la population active selon le niveau de qualification de la profession exercée. La tranche d'âge retenue est 25-64 ans. La classification repose sur l'activité professionnelle principale actuelle ou sur la dernière profession exercée. On retient ici un regroupement en trois grands postes : actifs qualifiés, semi-qualifiés et non qualifiés (voir ci-dessous la méthodologie). L'activité professionnelle est un déterminant socio-économique important de la santé. En effet, il est généralement reconnu que le type de travail exercé peut avoir une grande influence sur les conditions de vie individuelle et des ménages.

Population active en 2010

- France :
 - Qualifiée : 44,0% - 12^e rang
(ordre décroissant)
 - Semi-qualifiée : 46,3%
10^e rang (ordre décroissant)
 - Non qualifiée : 9,7%
18^e rang (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes :
 - Qualifiée : Luxembourg 57,2% / Roumanie 24,1%
 - Semi-qualifiée : Luxembourg 34,2% / Roumanie 64,4%
 - Non qualifiée : Suède 4,7% / Chypre 17,6%

Données : Eurostat 2010

Dans la population active âgée de 25 à 64 ans, la proportion de personnes qualifiées est en France légèrement supérieure aux moyennes européennes

La population active de la France entre 25 et 64 ans compte, en 2010, 44,0% d'actifs qualifiés, 46,3% de semi-qualifiés et 9,7% de non qualifiés. Pour l'UE15, ces proportions sont respectivement de 43,5%, 46,8%, et 9,7% et pour l'UE27 de 41,8%, 48,8%, et 9,5%.

Le Benelux (Luxembourg, Pays-Bas, Belgique), les pays nordiques (Danemark, Suède, Finlande) et le Royaume-Uni sont les seuls pays pour lesquels la proportion d'actifs qualifiés dépasse celle des actifs semi-qualifiés. La France fait partie d'une dizaine de pays plus hétérogènes géographiquement pour lesquels les deux proportions sont proches. Les pays méditerranéens et dans un moindre mesure d'Europe centrale présentent par contre un déséquilibre entre les proportions d'actifs qualifiés et d'actifs semi-qualifiés. La proportion d'actifs non qualifiés varie dans une fourchette relativement étroite de 5% en Suède et à 18% pour Chypre, ce qui explique

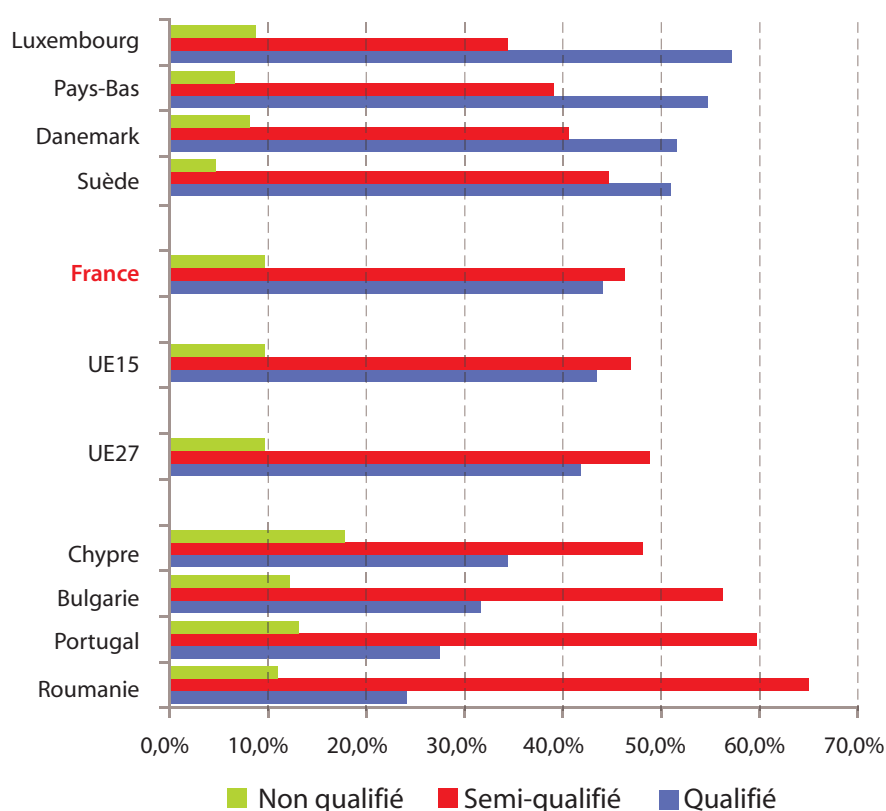
que la différence principale entre pays est la proportion relative de leur population active inscrite dans des professions qualifiées ou semi-qualifiées qui reflète également les différences existant dans le marché du travail vis-à-vis des actifs ayant reçu une éducation supérieure. Voir également la fiche précédente sur les niveaux d'éducation.

En France, la structure de qualification de la population active est défavorable aux femmes

En France, la proportion d'hommes classés comme actifs qualifiés est supérieure à celle des femmes (45,1% *versus* 42,7%) ainsi que, plus nettement, celle des actifs semi-qualifiés (48,8% *versus* 43,6%). En contrepartie, la proportion de femmes dans la catégorie des emplois non qualifiés est plus du double de celle des hommes (13,7% *versus* 6,0%). Ces deux derniers points, en termes de classement relatif des hommes et des femmes, se retrouvent au niveau des moyennes européennes mais en revanche la proportion de femmes dans les emplois qualifiés est très légèrement

plus élevée que celle des hommes. On constate dans de nombreux pays nouvellement entrés dans l'Union européenne une structure de qualification nettement en faveur des femmes, à l'instar des niveaux d'éducation : la différence de pourcentage dans les proportions d'actifs qualifiés entre femmes et hommes s'élève ainsi à 17% en Lituanie, 17% en Slovaquie, 15% en Pologne et 13% en Estonie et 12% en Lettonie, en Hongrie et à Malte, les écarts inverses de proportions se situant au niveau des actifs semi-qualifiés.

Figure 1 **Pays européens ayant les pourcentages de population qualifiée les plus élevés et les plus faibles en 2010**



Source : Eurostat

La proportion de la population occupant des postes qualifiés est en hausse dans de nombreux États européens

Dans la majorité des pays comparés, on observe un déplacement des emplois semi-qualifiés vers les emplois qualifiés. En moyenne, la proportion d'emplois qualifiés a augmenté de 4% entre 1998 et 2006 pour l'ensemble des pays tandis que celle des emplois semi-qualifiés a chuté de 4% sur la même période. En France, cette tendance est plus accentuée encore avec une progression de plus de 13% des emplois qualifiés au cours de cette même décennie, la diminution du nombre d'emplois semi-qualifiés lui étant inversement proportionnelle. La proportion des actifs non qualifiés reste stable.

Méthodologie et comparabilité

Les données concernant le niveau de qualification de la population active en 2010 proviennent de l'enquête sur les forces de travail d'Eurostat. Le système de classification des professions utilisé est la classification standard internationale des professions ou ISCO (*International Standard Classification of Occupations*). L'ISCO est le système de classification des professions le plus largement utilisé au monde. Il repose sur le type de métier et le niveau de qualification attendu pour l'exercer. On distingue ainsi 9 groupes divisés en trois sous-groupes (non qualifiés, semi-qualifiés, qualifiés). Ce système de classification dont l'Organisation internationale du travail (OIT) est responsable sert de modèle pour le développement des systèmes nationaux de classifications des professions et permet ainsi des comparaisons internationales.

Bibliographie

Base de données d'Eurostat.
Classification standard internationale des professions
<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco88/intro.htm>

8 - Chômage

L'indicateur relatif au chômage total mesure la proportion, exprimée en pourcentage, des personnes au chômage parmi la population active. La population active (ou force de travail) regroupe la population active occupée (également appelée « population active ayant un emploi ») et les chômeurs. Selon le Bureau international du travail (BIT), est chômeur toute personne en âge de travailler (15 ans ou plus) qui répond simultanément à trois conditions : 1) être sans emploi, c'est-à-dire ne pas avoir travaillé, ne serait-ce qu'une heure, durant une semaine de référence ; 2) être disponible pour prendre un emploi dans les quinze jours ; 3) avoir cherché activement un emploi dans le mois précédent ou en avoir trouvé un qui commence dans moins de trois mois.

• Taux de chômage en France en 2010 : 9,8 % - 17^e rang européen (ordre croissant)

• Pays aux extrêmes :
Autriche : 4,4 %
Espagne : 20,1 %

Données : Eurostat 2010

Le taux de chômage en France est au niveau des moyennes européennes

En 2010 en France, 9,8 % de la population active est au chômage. Ce taux se situe au niveau des taux de l'UE27 et de l'UE15, qui s'élèvent respectivement à 9,7 et 9,6 %. Les pays ayant les taux de chômage les plus élevés sont l'Espagne (20,1 %), puis les pays Baltes (Lettonie : 18,7 %, Lituanie : 17,8 %, Estonie : 16,9 %) puis la Slovaquie (14,4 %) et l'Irlande (13,5 %). Le Luxembourg, l'Autriche et

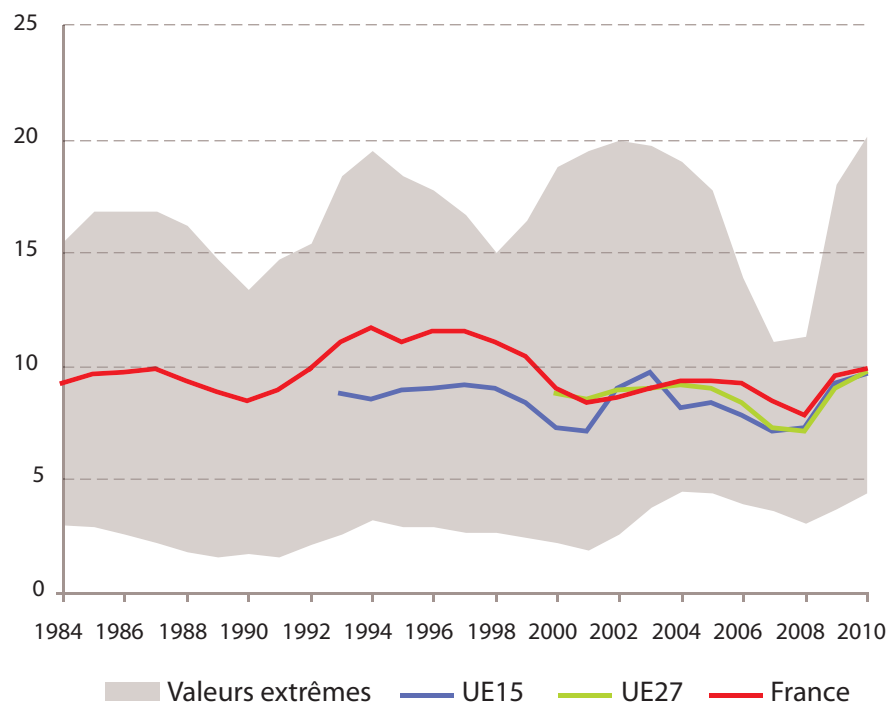
les Pays-Bas ont les taux de chômage les plus bas, avec respectivement 4,4 %, 4,4 % et 4,5 %. Alors que, avant la crise, les femmes étaient plus touchées par le chômage dans la majorité des pays européens, la situation est désormais équilibrée avec parfois une situation très dégradée pour les hommes comme dans les pays Baltes et en Irlande : leur taux de chômage devient en 2009 et 2010 de 6 à 7 points supérieur à celui des femmes. A l'inverse, les femmes grecques restent nettement plus touchées par le chômage que les hommes. C'est également le cas des Françaises, dans une très moindre mesure : 9,7 % des femmes actives sont au chômage en 2010 en France contre 9,0 % des hommes actifs.

La tendance du taux de chômage en France était à la baisse jusqu'à la crise économique de 2008

Lors du déclenchement de la crise, le taux de chômage en France n'avait jamais été aussi bas depuis 25 ans. Après une baisse à la fin des années 80, le taux de chômage a augmenté dans le début des années 1990 pour atteindre un pic à 11,5 % en 1997. Il a ensuite décru jusqu'en 2001 puis a réaugmenté de 2001 à 2004 pour se stabiliser jusqu'en 2006. En 2007 et 2008, le taux de chômage en France a sensiblement diminué passant de 9,2% de la population active en 2006 à 7,8% en 2008. La crise de 2008-2009 a totalement annulé cette baisse.

La tendance du taux de chômage en France suit celle de la majorité des pays de l'Europe des 15. Les tendances sont toutefois différentes pour les pays nouvellement inscrits dans l'UE, notamment les pays Baltes et la Bulgarie avec des taux de chômage diminuant fortement entre 2001 et 2008 (passant pour la Bulgarie par exemple de 19,5% en 2001 à 13,7% en 2003 ; 9,0% en 2006 et 5,6% en 2008).

Figure 1 **Taux de chômage chez les 15-74 ans pour la France et moyennes européennes UE15 et UE27 entre 1984 et 2010**



Source : Eurostat

Une hausse importante du chômage depuis la crise économique

Les chiffres du chômage pour les années 2009 et 2010 illustrent les effets de la crise économique de 2008. Dix pays de l'Union européenne atteignent ou dépassent, en 2010, la barre des 10% de chômage (Espagne, Lettonie, Lituanie, Estonie, Slovaquie, Irlande, Grèce, Portugal, Hongrie et Bulgarie). Le Luxembourg et l'Allemagne se distinguent avec un taux de chômage inférieur en 2010 à celui de 2008 après une légère

hausse en 2009. Les pays qui ont connu la plus forte augmentation de leur taux de chômage suite à la crise sont les pays Baltes avec des hausses de 11 à 12% entre 2008 et 2010.

Méthodologie et comparabilité

Sur la base des Enquêtes forces de travail réalisées par tous les États membres (Enquête Emploi (EFT), pour la France), Eurostat publie chaque mois, des taux de chômage harmonisés et corrigés des variations saisonnières. Chaque pays peut ainsi se comparer à ses voisins ainsi qu'à la moyenne de l'UE27 ou de l'UE15.

L'échantillon de l'enquête sur les forces de travail s'élève à quelque 1,5 millions de personnes chaque trimestre. Les taux d'échantillonnage dans chaque pays varient entre 0,2% et 3,3%. L'EFT est une enquête qui est maintenant effectuée en continu tous les trimestres.

Pour les données trimestrielles, il peut subsister de légers écarts entre les séries de taux de chômage diffusés par Eurostat et par l'Insee. Les raisons à l'origine de ces écarts sont de diverses natures : inclusion ou non des DOM, différences de méthodes de correction des variations saisonnières, etc.

Les données annuelles sont obtenues comme moyenne annuelle des résultats trimestriels.

Bibliographie

Eurostat. Statistiques en bref, 30/2011, *European union labour force survey – Annual results 2010*.
Base de données : Eurostat.

9 - Pauvreté et inégalités de revenus

Le risque de pauvreté correspond à la part des personnes percevant un revenu après transferts sociaux en dessous du seuil de pauvreté, défini comme 60% du revenu disponible médian national par équivalent adulte.

Il est important de noter que le taux de risque de pauvreté est une mesure relative de la pauvreté et que le seuil de pauvreté varie fortement d'un État membre à l'autre.

L'inégalité de revenu est mesurée par le rapport interquintile de revenu – S80/S20. Il s'agit du rapport du revenu total perçu par les 20% de la population aux revenus les plus importants (quintile supérieur), au total des revenus perçus par les 20% de la population aux revenus les plus faibles (quintile inférieur). Le revenu est entendu ici comme le revenu disponible équivalent, c'est-à-dire ajusté par la taille du ménage.

Le pourcentage de la population ayant un risque de pauvreté en France est légèrement au-dessous de la moyenne de l'UE15 et de la moyenne de l'UE27

La moyenne du taux de risque de pauvreté pour les pays de l'UE27 se situe entre 16% et 17% depuis 2005.

- **En France en 2008 :**
13 % pour les hommes,
14 % pour les femmes
 - **9^e rang européen**
(par ordre de risque croissant)
 - **Pays aux extrêmes :**
République tchèque 8 % pour
les hommes, 10 % pour les
femmes / Lettonie 23% pour
les hommes, 28% pour les
femmes
- Données : Eurostat 2008

Avec un taux de 13% en 2008, la France se situe légèrement au-dessous des taux de l'UE (17%) ainsi que de l'UE15 (16%), ce qui la situe au 9^e rang européen par ordre de risque croissant.

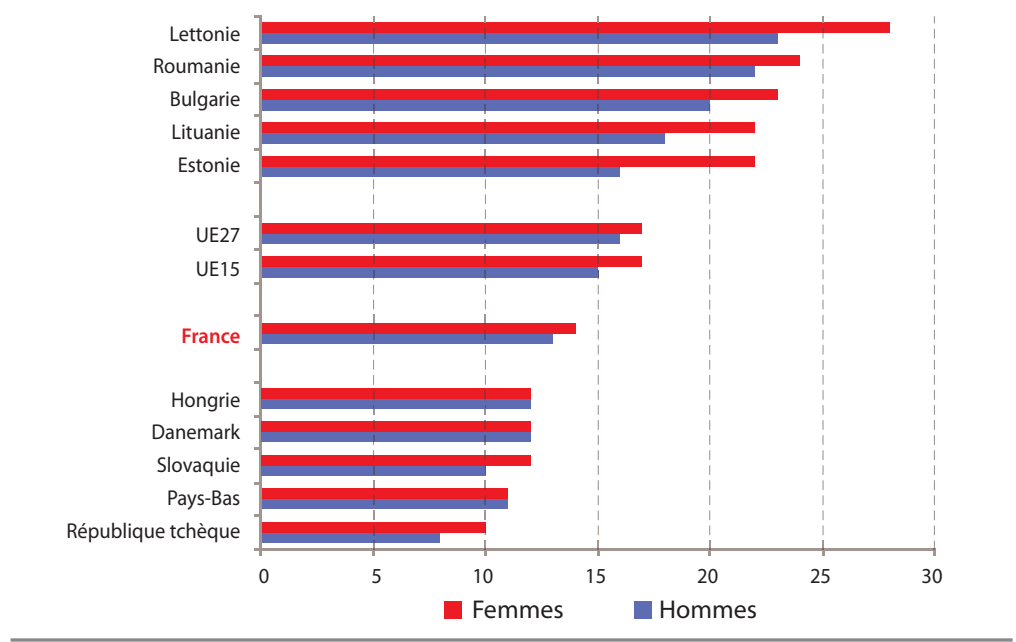
La République tchèque, les Pays-Bas et la Slovaquie sont les pays européens où la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté est la moins élevée (figure 1, Eurostat 2008). Inversement, les taux de risque de pauvreté les plus élevés sont observés en Lettonie (28% des femmes, 23% des hommes), en Roumanie (24% des femmes, 22% des hommes), en Bulgarie (23% des femmes, 20% des hommes) ainsi qu'en Lituanie et Estonie.

En France et dans la plupart des pays européens, à l'exception du Danemark, des Pays-Bas, de la Hongrie et de la Pologne, les femmes sont plus menacées de pauvreté que les hommes.

En France, en 2008, les taux respectifs sont de 13% pour les hommes et de 14% pour les femmes.

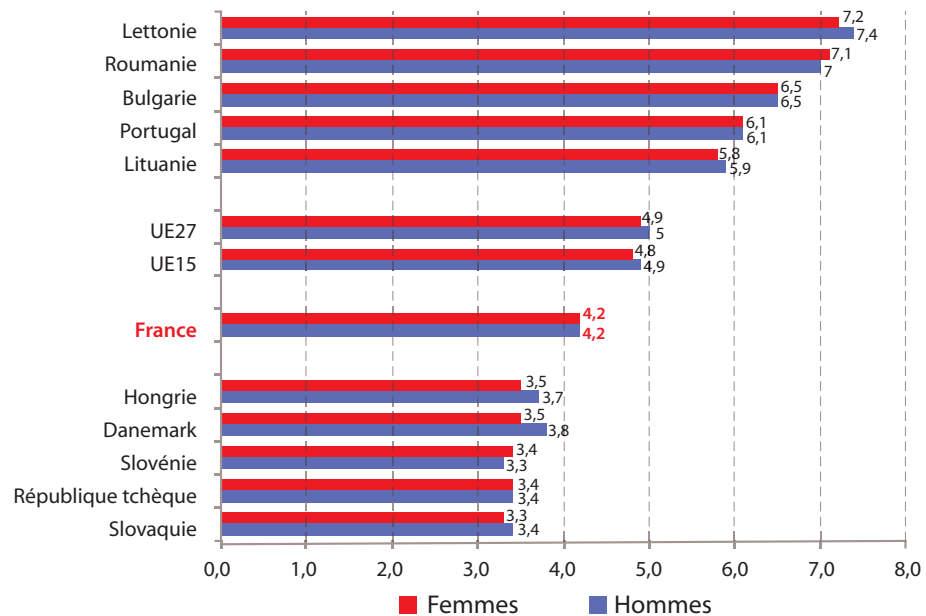
Afin de dresser un tableau plus large de l'exclusion sociale dans l'UE, il est possible de compléter le taux de risque de pauvreté, qui est une mesure relative, par le taux de privation matérielle, qui mesure l'exclusion sociale en termes plus absolus. Le taux de privation matérielle se définit comme l'absence non voulue d'au-moins trois éléments matériels parmi neuf (Eurostat, communiqué de presse du 18 janvier 2010-note 4). Selon cette définition, 17% de la population de l'UE27 se trouvait en situation de privation matérielle en 2008. Les niveaux les plus élevés étaient enregistrés en Bulgarie (51%), en Roumanie (50%), en Hongrie (37%) et en Lettonie (35%), et les plus bas à Luxembourg (4%) ainsi qu'aux Pays-Bas et en Suède (5% chacun). Avec un taux de 13%, la France se situe au 9^e rang comme pour le risque de pauvreté.

Figure 1 **Proportion de personnes en situation de risque de pauvreté en 2008**
Fixé à 60% du revenu médian national par équivalent-adulte



Source : Eurostat

Figure 2 **Inégalités de revenus les plus fortes et les plus faibles dans l'Union européenne en 2008** (mesurées par le rapport interquintile de revenu)



Source : Eurostat

De manière générale, les pays ayant un taux de risque de pauvreté bas présentent également de faibles inégalités de distribution des revenus, alors que les pays ayant un taux de risque de pauvreté élevé montrent de plus grandes inégalités dans la distribution des revenus.

Les enfants et les personnes âgées sont exposés à un risque de pauvreté plus élevé que celui de la population totale

Dans 20 des 27 États membres, le taux de risque de pauvreté est plus élevé pour les enfants que pour la population totale. Ainsi, en 2008, le taux de risque de pauvreté des enfants âgés de 0 à 17 ans était de 20 % dans l'UE27 (contre 17 % dans la population totale). Les taux les plus élevés étaient observés en Roumanie (33 %), en Bulgarie (26 %), en Italie et en Lettonie (25 % chacun), et les plus faibles au Danemark (9 %) ainsi qu'en Slovénie et en Finlande (12 % chacun). Le taux pour la France est de 17 % (contre 13 % pour la population totale).

Les personnes âgées sont également exposées en moyenne à un risque de pauvreté plus élevé que celui de la population totale. En 2008, le taux de risque de pauvreté des personnes âgées de 65 ans ou plus était de 19 % dans l'UE27. Les taux les plus importants étaient observés en Lettonie (51 %), à Chypre (49 %), en Estonie (39 %) et en Bulgarie (34 %), et les plus faibles en Hongrie (4 %), au Luxembourg (5 %) et en République tchèque (7 %) (Eurostat, 2008). En France, contrairement à la situation constatée pour les enfants, le taux de risque pour les personnes âgées est plus faible que pour la population totale (11 % *versus* 13 %).

Méthodologie et comparabilité

Les données sur le risque de pauvreté et sur la distribution des revenus sont issues des enquêtes EU-SILC (*Social Inclusion and Living Conditions*) sur le revenu total des ménages. La population de référence pour ces enquêtes comprend l'ensemble des ménages privés et de leurs membres actuels résidant sur le territoire de l'État membre à la date de la collecte des données. De façon générale, sont exclues de la population cible les personnes vivant dans des ménages collectifs et dans des institutions ainsi que celles vivant dans des zones réduites et éloignées du territoire national ne représentant pas plus de 2 % de la population nationale.

Le seuil de pauvreté étant fixé à 60 % du revenu national médian, le taux de risque est donc une mesure de la pauvreté plus relative qu'absolue. La valeur du seuil de pauvreté recouvre des réalités bien différentes selon les pays : si, dans certains pays, 60 % du revenu national médian permet de couvrir les besoins élémentaires, cela n'est pas suffisant dans d'autres pays.

Il est à noter que l'interprétation des tendances est limitée car ce n'est que depuis 2005 que tous les pays de l'UE25 (depuis 2006 pour la Bulgarie et la Roumanie) fournissent des données pour alimenter l'enquête EU-SILC. Jusqu'en 2001 en effet, les données provenaient de l'*European Community Household Panel* (ECHP). Et, dans la période transitoire de 2001 à 2005, les deux sources de données, ECHP et enquête EU-SILC, ont été utilisées bien que n'étant pas totalement comparables.

Bibliographie

Eurostat, communiqué de presse du 18 janvier 2010-18-2010 :
Dans l'UE27, 17 % de la population est menacée de pauvreté.
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-18012010-AP/FR/3-18012010-AP-FR.PDF

II. État de santé

10 - Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre à la naissance dans une région donnée, en supposant constants les taux de mortalité aux différents âges de l'année considérée. Cet indicateur est communément utilisé car il est indépendant de la structure par âge. Il est calculé à partir des taux de mortalité de chaque classe d'âge de la population pour une année donnée, en supposant que ces taux restent constants toute l'année. L'espérance de vie est souvent calculée à la naissance, cependant d'autres années de référence peuvent être utilisées. Les espérances de vie à 1, 15, 45, 60 et 65 ans sont souvent utilisées pour refléter comment l'espérance de vie change au cours de la vie.

L'espérance de vie des femmes en France est la plus élevée en Europe, celle des hommes arrive au 6^e rang.

<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>
<ul style="list-style-type: none"> • France : 85,0 ans • 1^{er} rang européen (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : France 85,0 ans / Roumanie 77,4 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • France : 78,0 • 8^e rang européen (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : Italie et Suède 79,4 ans / Lituanie 67,5 ans
Données : Eurostat 2009	Données : Eurostat 2009

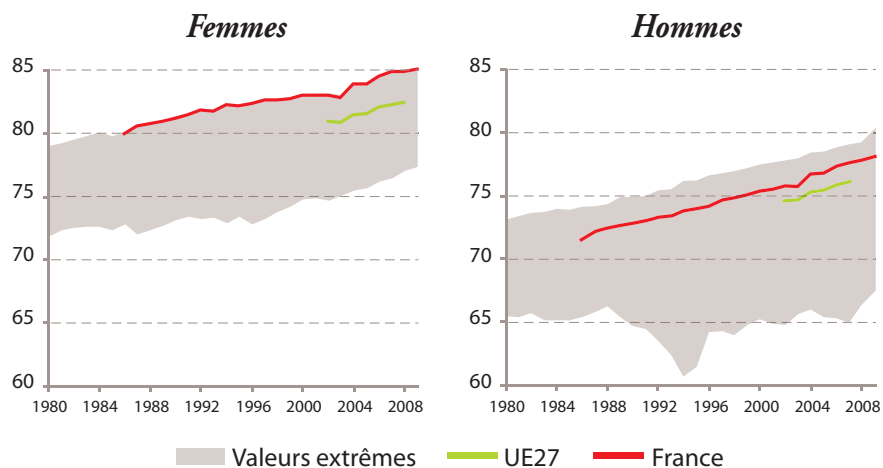
L'espérance de vie à la naissance des femmes en France est la plus élevée de l'UE en 2009, avec 85,0 ans. Elle a augmenté de deux ans en neuf ans (elle était de 83,0 ans en 2000). La France est suivie de près par l'Espagne (84,9 ans)

Chez les hommes, l'espérance de vie est de 78,0 ans en 2009, soit une augmentation de plus de deux ans et demi en neuf ans (75,3 en 2000). La France se place en 8^e position européenne. Les

hommes en Italie et en Suède vivent près d'un an et demi de plus (79,4 ans).

Figure 1 Evolution de l'espérance de vie à la naissance en France et dans l'UE27 de 1980 à 2009

N.B : Les données pour la France avant 1998 sont celles de la France métropolitaine uniquement.



Source : Eurostat. Données françaises : Insee

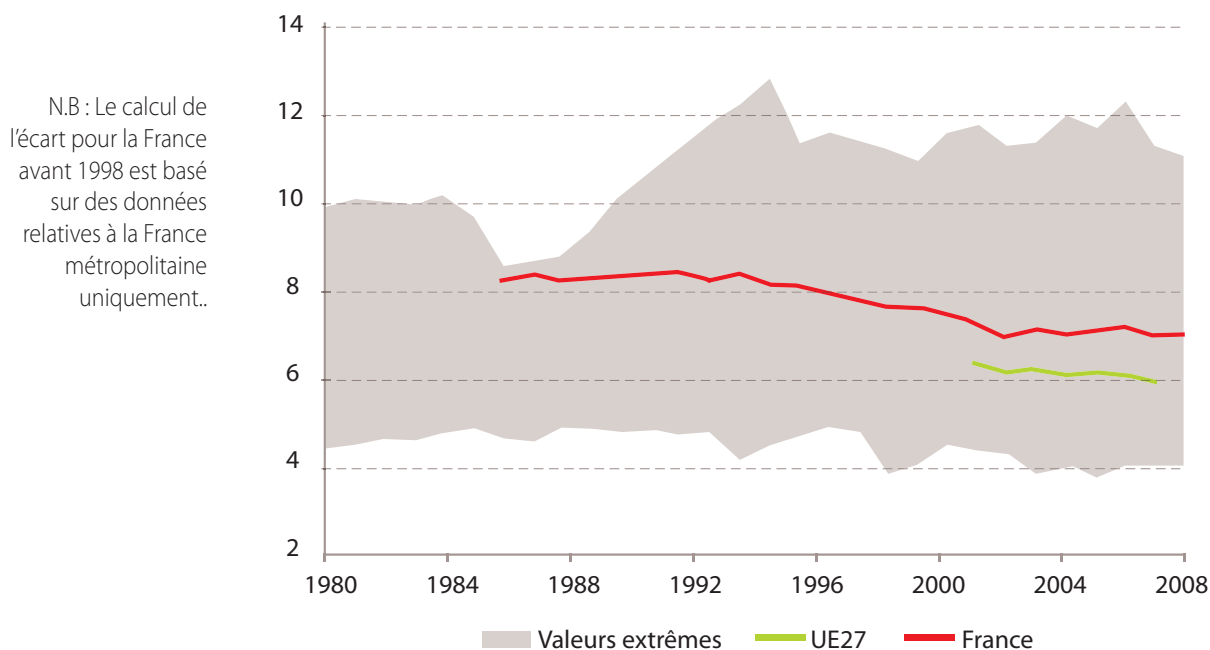
Les pays de l'est comme la Lituanie, la Bulgarie, la Lettonie et la Roumanie sont les pays où l'espérance de vie est la plus faible.

On a constaté un léger infléchissement de la croissance de l'espérance de vie à la naissance en 2003, dû à la canicule, mais qui a été compensé dès l'année suivante. Globalement, la France a ainsi une des espérances de vie globale les plus élevées des pays de l'UE avec 81.6 ans derrière l'Italie (81.9 en 2008) et l'Espagne (81.8) ce qui est dû au positionnement très favorable pour les personnes âgées (voir ci-après).

L'écart entre femmes et hommes se réduit en France

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes en France est passé de 7,8 ans en 1998 à 7,1 ans en 2008. Il demeure néanmoins supérieur à la moyenne européenne (6,0 ans en 2008) et la France se situe au 19^e rang par ordre d'écart croissant. Les pays présentant l'écart le plus faible sont les Pays-Bas, le Royaume-Uni (4 ans d'écart) et la Suède (4,1). Les trois pays Baltes présentent des écarts considérables de 10,7 (Lettonie), 10,8 (Estonie) et jusqu'à 11,4 pour la Lituanie, reflet des problèmes difficiles auxquels ces pays sont confrontés concernant l'état de santé des hommes.

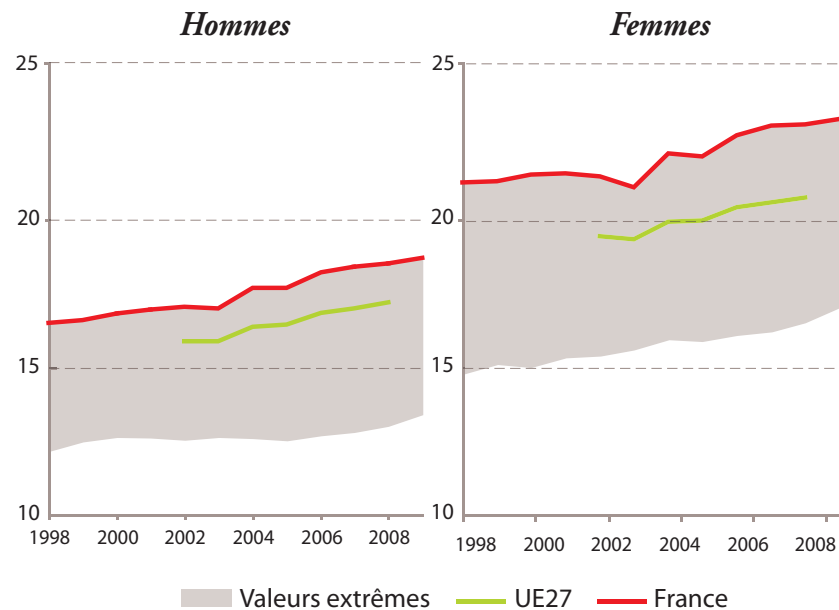
Figure 2 **Evolution de l'écart de l'espérance de vie à la naissance entre femmes et hommes en France et dans l'UE27 entre 1980 et 2008**



Source : Eurostat. Données françaises : Insee

La France possède l'espérance de vie à 65 ans la plus élevée d'Europe

La France présente une espérance de vie à 65 ans supérieure à l'ensemble des pays de l'UE tant pour les hommes que pour les femmes. En 2009, elle s'établissait à 18,7 années pour les hommes et à 23,2 années pour les femmes, pour une moyenne pour l'UE de 17,2 pour les hommes et de 20,7 pour les femmes en 2008. Une tendance globale à la hausse de l'espérance de vie à 65 ans s'observe dans les pays européens. Sur les dix dernières années, elle a progressé en France de 2,1 an pour

Figure 3 **Évolution de l'espérance de vie à 65 ans en France et dans l'UE de 1998 à 2009**

Source : Eurostat. Données françaises : Insee

les hommes et de 2,0 an pour les femmes. Pour les hommes, le contraste entre la position de l'espérance de vie à la naissance et celle à 65 ans est dû en grande partie au poids des décès prématurés.

Méthodologie et comparabilité

La comparabilité de l'espérance de vie est satisfaisante, le recueil de données étant harmonisé dans tous les pays de l'Union européenne. Les tables d'espérance de vie sont calculées en fonction des probabilités de mortalité suivant deux méthodes différentes (méthodes de Farr et de Wiesler, la première étant celle utilisée par Eurostat) mais qui conduisent à un résultat similaire.

La notion d'«*espérance*» appartient au langage mathématique et est l'abréviation d'«*espérance mathématique*». Elle ne contient donc aucune connotation positive en soi et il existe ainsi une espérance de vie avec incapacité (voir indicateur 40). Elle représente une moyenne et renvoie donc à une notion de population. Compte-tenu de la distribution des taux de mortalité par âge, la médiane, c'est-à-dire l'âge auquel parviendront plus de la moitié des individus, est supérieure à la moyenne que représente l'espérance (un décès précoce pèse d'un poids plus important dans le calcul par rapport à l'ensemble des décès). Un individu particulier a plus d'une chance sur deux de parvenir à un âge supérieur à l'espérance de vie.

Bibliographie

Prioux F. (2008). «L'évolution démographique récente en France : l'espérance de vie progresse toujours», *Population-Française*, 63 (3), 437-476.

Commission européenne : Demography report 2010 :

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/report.pdf>

Base de données : Eurostat.

11 - Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile correspond au nombre de décès dans la première année de vie pour 1 000 naissances vivantes. C'est un indicateur de base de la santé d'une population et de la qualité des services de santé. Il reflète par ailleurs les conditions sociales, économiques et environnementales dans lesquelles évolue l'enfant ainsi que les conséquences à long terme d'événements survenus lors de la grossesse ou pendant les périodes périnatale et néonatale. Il permet d'évaluer le devenir de groupes à haut risque comme les prématurés ou les enfants nés avec un retard de croissance. Le syndrome de la mort subite du nourrisson (MSN) correspond au décès brutal et inattendu d'un enfant d'un mois à un an apparemment en bonne santé. Cette pathologie particulière est étudiée en raison de son importance dans l'évolution récente de la mortalité infantile totale.

Pour 1 000 naissances

- France : 3,9 décès
- 17^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes :
Slovénie 2,4 décès /
Roumanie 10,1 décès

Données : Eurostat 2009

En France, la mortalité infantile est basse, mais avec des disparités territoriales

La France se situe dans la fourchette basse de l'UE avec un taux de 3,9 pour 1 000 en 2009. La Slovénie, le Luxembourg et la Suède ont des niveaux plus faibles avec respectivement des taux de 2,4 pour la première et 2,5 pour 1 000 en 2009. Les taux les plus élevés sont enregistrés dans les nouveaux Etats membres : la Roumanie (10,1 pour 1 000), la Bulgarie (9,0 pour 1 000) et la Lettonie (7,8) en 2009.

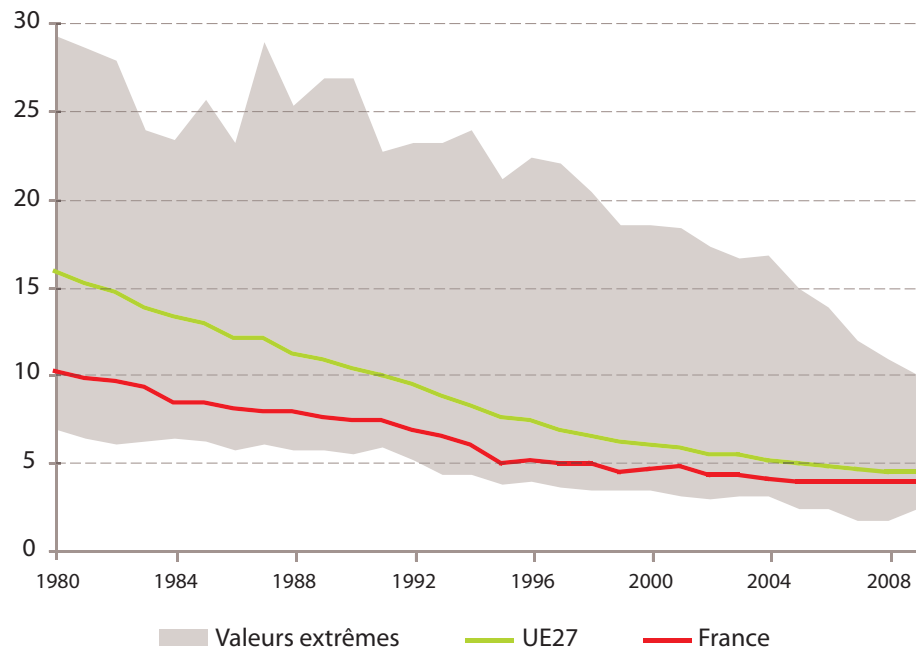
Depuis les années 1980, la mortalité infantile décroît de façon continue. Cette baisse a été moins importante en France que dans le reste de l'Europe du fait du rattrapage des pays les moins avancés en début de période et d'une perte de place relative par rapport aux pays les plus dynamiques sur la période récente (la France se situait au 5^e rang en 1998) ; on peut noter ainsi qu'en France et certains autres pays les taux sont stabilisés ces dernières années (3,8 pour 1 000 en France depuis 2006). Ce phénomène est en partie dû au nombre croissant de femmes qui retardent le moment de la grossesse et à l'augmentation des naissances multiples en raison de l'utilisation plus répandue de traitements pour la fertilité (Drees 2010). Cependant il faut prendre en compte l'hypothèse que les changements de législation concernant l'enregistrement des mort-nés (voir fiche sur la mortalité périnatale) ont également pu avoir comme conséquence une modification de pratique qui conduise à déclarer vivants des nouveau-nés qui décèderont dans la journée (voir méthodologie).

En France, il existe des disparités territoriales avec en particulier des taux plus élevés dans les départements d'outre-mer (de 6,9 en Guadeloupe à 13,6 en Guyane en 2008) (Drees 2010).

Plus de la moitié des décès d'enfants de moins d'un an surviennent au cours de la première semaine de vie et près des deux tiers au cours du premier mois. La mortalité infantile est impactée de façon positive par la prise en charge de la précarité mais aussi, dans un sens opposé, par le pourcentage croissant d'enfants de petits poids de naissance résultant des progrès de l'obstétrique et de la néonatalogie (Drees 2010).

Figure 1 **Evolution de la mortalité infantile en France et dans l'UE**
Nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes

NB : Les données pour la France avant 1996 sont issues de l'OMS et ne concernent que la France métropolitaine



Source : Eurostat. Données françaises : Insee

La mort subite du nourrisson a fortement régressé mais reste en France supérieure au niveau moyen de l'Union européenne

En France, après un pic dans les années 1980, la MSN a fortement baissé dans les années 1990. A la suite d'études qui concluaient à la nocivité du couchage sur le ventre, le ministère de la Santé a lancé une campagne d'éducation sanitaire en 1992 dans certains départements. Cette campagne a été étendue à toute la France en 1994. Le simple fait de conseiller aux parents de coucher les enfants sur le dos ou sur le côté, par le relais des personnels médicaux (sages-femmes, puéricultrices, obstétriciens), a permis de diviser par trois le nombre de décès par mort subite entre 1991 et 1996 (INED 2000).

On enregistrait en 2005 en France métropolitaine 247 décès par MSN, dont deux sur trois concernaient des bébés de sexe masculin. Le taux de décès global est de 32 pour 100 000 naissances vivantes. Il reste assez élevé par rapport au taux moyen de l'UE27, qui se situait en 2005 à 25 pour 100 000. La mortalité par MSN varie très fortement entre pays de l'Union européenne, la mortalité étant plus élevée dans les pays de l'Europe centrale et du Nord. La France se place devant des pays tels que la Lettonie (plus fort taux de décès avec 79 pour 100 000), l'Allemagne, la Lituanie, mais nettement derrière le Royaume-Uni (26 pour 10 000). La Bulgarie, la Roumanie et la Grèce enregistrent des taux de mortalité inférieurs à 10 pour 100 000. Par ailleurs, le Portugal et la Slovénie n'enregistrent quasiment pas de décès par MSN en 2005 (Aouba 2008).

Méthodologie et comparabilité

Les méthodes de calcul d'Eurostat et de l'OMS sont identiques. Mais la comparabilité des données européennes pose problème. Les pays ne définissent pas de la même manière les naissances vivantes et n'enregistrent pas les décès d'enfants prématurés de façon identique (certains enfants ne sont pas considérés comme « naissance vivante » si leur terme est précoce). Des pays comme la France ou les pays nordiques enregistrent comme « naissance vivante » les grands prématurés qui ont des chances de survie limitée. Cela augmente le taux de mortalité infantile par rapport aux pays qui ne les considèrent pas sous le même statut. En France, en particulier des changements récents de législation concernant l'enregistrement des mort-nés (voir fiche sur la mortalité périnatale) ont pu avoir comme conséquence une modification de pratique qui conduise à déclarer vivants des nouveau-nés qui décèderont dans la journée.

Lancé en 1999 avec une coordination française, le projet Euro-Peristat a pour objectif le développement d'indicateurs valides, fiables et harmonisés pour évaluer et suivre la santé périnatale des pays de l'UE. Un premier rapport a été publié en 2008, avec des données de 2004.

Peristat définit une naissance vivante en fonction de l'âge gestationnel (plus de 22 semaines de gestation soit 24 semaines d'aménorrhée). Dans le but d'harmoniser les données, Peristat mène une étude de faisabilité sur la disponibilité de certaines données (âge gestationnel, poids de naissance...) nécessaires au calcul de l'indicateur.

Les données pour la France avant 1996 sont issues de l'OMS et ne concernent que la France métropolitaine. La moyenne UE15 est également issue de l'OMS.

Bibliographie

Aouba, A. (2008). « Mort subite du nourrisson : situation en 2005 et tendances évolutives depuis 1975 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* Numéro thématique - « Morts inattendues du nourrisson » (3-4) : 22 janvier 2008.

Drees (2010). « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2009-2010.

INED (2000). « Mortalité infantile : une chute spectaculaire ». Fiche d'actualité scientifique.

Bases de données : Eurostat et OMS.

12 - Mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale est défini par la somme du nombre de morts fœtales et du nombre de décès au cours de la période néonatale précoce d'enfants nés vivants avec un poids minimum de 500 g et/ou à partir du terme de 22 semaines d'aménorrhée une année donnée, exprimée pour 1 000 naissances (enfants vivants et morts-nés). La mortalité périnatale est un

indicateur de la qualité des soins de santé périnataux ainsi que des soins préventifs pendant la grossesse.

Un taux de mortalité périnatale élevé en France

La France est le pays de l'Union européenne qui enregistre le taux de mortalité périnatale le plus élevé, avec 13,8 morts fœtales et néonatales précoces pour 1 000 naissances (2009). L'écart avec les pays les mieux classés est considérable (Espagne : 3,5 pour 1 000).

Pour 1 000 naissances

- France : 13,8 décès
- 25^e rang sur 25 pays européens (ordre croissant)
- Espagne 3,5 décès / France 13,8 décès

Données : Eurostat 2009

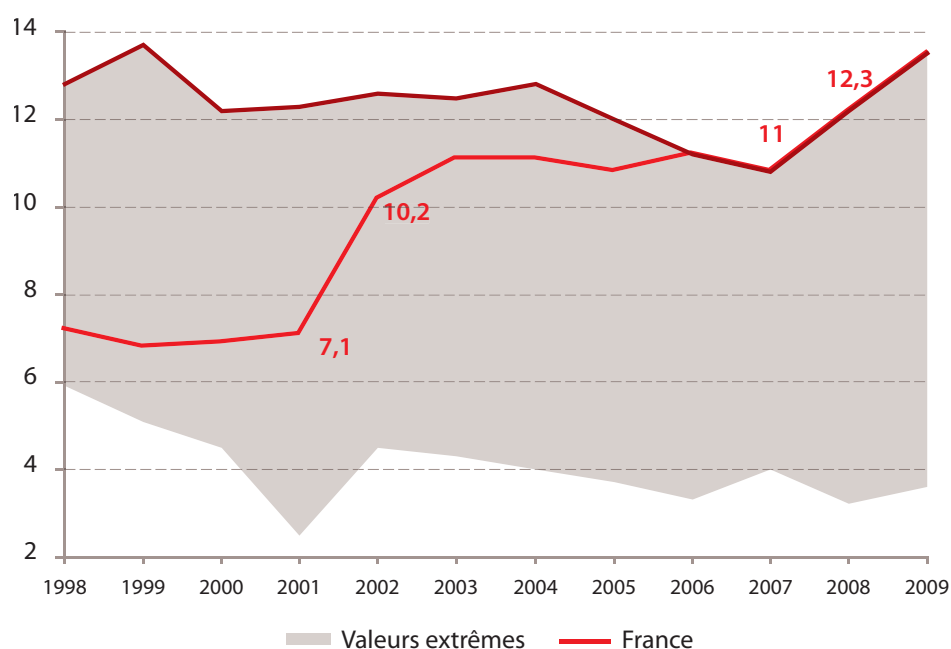
Cette situation provient de la mortalité pour laquelle la France enregistre de très loin le taux le plus élevé. Les diverses sources disponibles (registres des malformations congénitales, registre des interruptions médicales de grossesse) laissent penser que la plupart de l'excès s'explique par une politique active de dépistage des anomalies congénitales et une pratique d'interruptions médicales de grossesse relativement tardives. Cependant une partie de l'excès pourrait être due à d'autres facteurs.

Par contre le taux de mortalité néonatale précoce est proche, voire plus bas que celui des autres pays européens.

Des changements de législation concernant l'enregistrement des mort-nés empêchent de mesurer de façon précise le nombre de mort-nés selon les définitions internationales

Entre 1995 et 2001, la mortalité périnatale a diminué, passant de 7,7 enfants sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances à 7,1. Les brusques augmentations observées en 2002 (10,2 pour 1 000) et en 2008 (12,3 pour 1 000) sont liées à des changements de réglementation (voir méthodologie) (figure 1). Il en résulte une situation très préoccupante du fait que la France n'est pas en mesure actuellement de fournir les données exigées de tout Etat par le règlement européen récemment adopté concernant les statistiques de décès. Aussi la France a-t-elle posé une demande de dérogation dans l'attente de la résolution de ce problème, attendu à l'horizon 2013. Au-delà de cet aspect réglementaire il est urgent de solutionner le problème de l'enregistrement pour pouvoir mener les études nécessaires pour éclaircir la question du taux très élevé de mortalité.

Figure 1 **Taux de mortalité périnatale en France de 1998 à 2009**



Source : Eurostat. Données françaises : Insee

Tableau 1
Taux de mortinatalité, mortalité néonatale précoce et périnatalité dans l'UE en 2009 ou pour la dernière année disponible

a: 2008 b: 2005
 nc: non communiqué

	Taux de mortinatalité		Taux de mortalité néonatale précoce		Taux de mortalité périnatale	
Espagne	2,2		1,3		3,5	
République tchèque	2,7		0,9		3,6	
Finlande	2,1		1,6		3,7	
Slovénie	2,9		1,3		4,2	
Italie	2,7	a	1,7	a	4,4	a
Autriche	2,6		1,9		4,5	
Grèce	3,3		1,2		4,6	
Portugal	2,9		1,7		4,6	
Suède	4,0		1,2		4,6	
Allemagne	3,5		1,8		5,3	
Pologne	2,8		3,0		5,8	
Slovaquie	3,7		2,1		5,8	
Lituanie	4,1		1,9		6,0	
Estonie	4,9		2,2		6,3	
Pays-Bas	4,2	a	2,1	a	6,3	a
Luxembourg	5,5		0,9		6,4	
Belgique	4,5	a	2,0	a	6,5	a
Danemark	4,9	b	2,8	b	7,6	b
Royaume-Uni	5,2		2,4		7,6	
Hongrie	5,4		2,3		7,7	
Roumanie	4,3		3,7		8,0	
Lettonie	6,0		3,6		9,5	
Malte	6,7		3,4		10,1	
Bulgarie	7,6		3,8		11,4	
France	12,0		1,8		13,8	
Chypre	nc		1,1		nc	

Source : Eurostat. Données françaises : Insee

Méthodologie et comparabilité

Avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée). La circulaire de novembre 2001 a modifié cette disposition en abaissant les seuils d'enregistrement pour se caler sur une définition commune au niveau international : un acte d'enfant sans vie pouvait être établi après vingt-deux semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant mort-né pesait au moins 500 grammes. Cependant la notion d'enfant sans vie a encore été modifiée en 2008 par un autre changement législatif : désormais, depuis un jugement de la cour de Cassation de 2008, l'établissement d'un acte d'enfant sans vie n'est subordonné ni au poids du fœtus, ni à la durée de la grossesse, sans d'ailleurs que cette déclaration soit obligatoire. Cette dernière disposition ne permet donc

plus, outre ses effets sur l'analyse des évolutions annuelles, de comparer les indicateurs de mortalité périnatale et de mortinatalité au niveau international.

Bibliographie

Règlement d'application concernant les statistiques de décès :

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:090:0022:0024:EN:PDF>

Euro-Peristat *project with SCPE Eurocat Euroneostat (2008). European Perinatal Health Report*

Blondel and Zeitlin (2009). «La santé périnatale : la situation de la France par rapport aux autres pays de l'Union européenne», *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 38 (2): 103-105

DREES (2011). L'état de santé de la population en France. Rapport 2011: objectif 45 page 238.

13 - Mortalité par pathologies spécifiques

L'indicateur défini par le projet ECHIM est le taux de mortalité par pathologies spécifiques pour 100 000 personnes standardisé par âge. Parmi l'ensemble des pathologies spécifiées dans le projet ECHIM, cette fiche se base sur une liste résumée de causes médicales de décès regroupant la mortalité toutes maladies, les trois grands groupes cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies de l'appareil respiratoire et trois causes particulièrement d'intérêt en France, suicide, diabète et maladies chroniques du foie. La fiche présente également la mortalité prématurée définie comme la mortalité avant 65 ans qui pose un problème important en France, particulièrement pour les hommes.

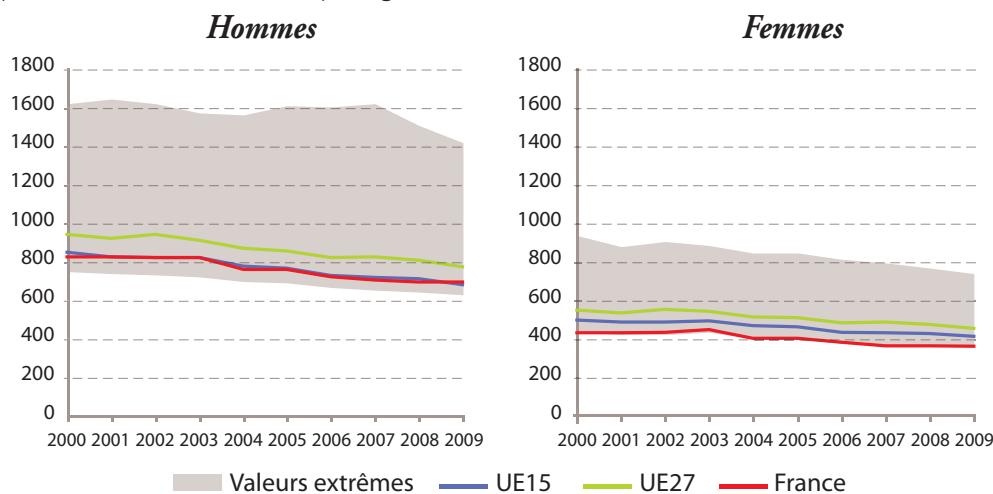
Les taux de mortalité sont relativement favorables en France, surtout pour les femmes

Taux standardisés de mortalité toutes maladies pour 100 000	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 688	• France : 378
• 6 ^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)	• 2 ^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)
• Pays aux extrêmes : Suède 628/ Lituanie 1 418	• Pays aux extrêmes : Espagne 375/ Bulgarie 741
Données : Eurostat 2009	

Le taux standardisé de mortalité toutes maladies situe la France au 6^e rang sur 26 pays de l'Union européenne (données manquantes pour la Belgique) pour les hommes derrière la Suède, Chypre, l'Espagne, le Royaume-Uni et les Pays-Bas et au 2^e rang pour les femmes derrière l'Espagne. Le taux pour les hommes (688 décès pour 100 000 habitants)

se situe juste au-dessus de celui de l'UE15 (681) et celui des femmes (378) nettement au-dessous (426). Pour les hommes comme pour les femmes, les moyennes de l'UE27 sont par contre beaucoup plus élevées en raison d'une situation particulièrement dégradée dans les nouveaux Etats membres (766 décès pour 100 000 chez les hommes et 466 pour 100 000 chez les femmes). Ainsi chez les hommes, à part Chypre et Malte, les nouveaux Etats membres se situent tous à des taux supérieurs à ceux de l'UE15 avec pour les pays Baltes des taux doubles de la moyenne de l'UE15. Chez les femmes, en plus de Chypre et de Malte, la Slovénie s'insère au milieu du classement des pays de l'UE15 et la Bulgarie et la Roumanie ont des taux supérieurs à ceux des pays Baltes. Sur la décennie, les taux de mortalité baissent dans tous les pays et les écarts initiaux sont trop importants pour que des changements importants soient constatés dans les classements. On peut noter chez les hommes les

Figure 1 **Taux de décès toutes maladies en France et dans l'UE**
pour 100 000 standardisés par âge



Source : Eurostat. Données françaises : CépiDc

baisses importantes en Estonie, Slovénie, Irlande et Pays-Bas et à l'inverse une quasi-stagnation en Lituanie. La baisse du taux français se situe dans la moyenne. Chez les femmes, l'Estonie, l'Irlande, Malte, la Slovénie et la Bulgarie affichent les baisses de taux les plus importantes, la Lituanie une quasi-stagnation comme chez les hommes, la Suède et l'Allemagne des baisses relativement faibles qui conduisent à un classement moins favorable en fin de période. Le taux de mortalité pour la France baisse comme les moyennes européennes et se situe au niveau du taux espagnol tout au long de la période.

La surmortalité des hommes par rapport aux femmes est particulièrement élevée en France

Dans tous les pays et pour toutes les pathologies sans exception, hors bien entendu les localisations cancéreuses sexuées, il existe une surmortalité des hommes par rapport aux femmes souvent importantes. La France se situe parmi les pays pour lesquels cette surmortalité est particulièrement élevée. L'indice de surmortalité, calculé sur les taux standardisés, est en effet de 1,82 pour la France pour un indice moyen de 1,64 pour l'UE27 et de 1,60 pour l'UE15, ce qui place la France en 21^e rang par ordre croissant sur 26 pays. Seuls la Hongrie, la Pologne et les trois pays Baltes présentent des indices supérieurs. Le Royaume-Uni, le Danemark, la Suède, la Grèce et les Pays-Bas présentent les indices les plus faibles, compris entre 1,42 et 1,50. De 2000 à 2009, les indices baissent dans l'ensemble légèrement de 1,85 à 1,82 en France et légèrement plus pour l'UE15 (de 1,67 à 1,60) que pour l'UE27 (1,68 à 1,64). La baisse de l'indice n'est supérieure à 0,1 qu'aux Pays-Bas et en Allemagne. L'indice augmente dans dix pays, de façon particulièrement importante à Chypre (+0,09) et Malte (+0,1) mais qui restent à des indices inférieurs aux moyennes européennes (1,55 et 1,59), en Roumanie (+0,12) et en Bulgarie (+0,15) qui se situent aux alentours de la moyenne européenne (1,69 et 1,67) et dans trois pays pour lesquels la situation des hommes est très dégradée : la Pologne (+0,11 pour un indice de 1,9), l'Estonie (+0,11) et la Lituanie (+0,18) pour lesquels l'indice de surmortalité dépasse 2 (2,16 et 2,15).

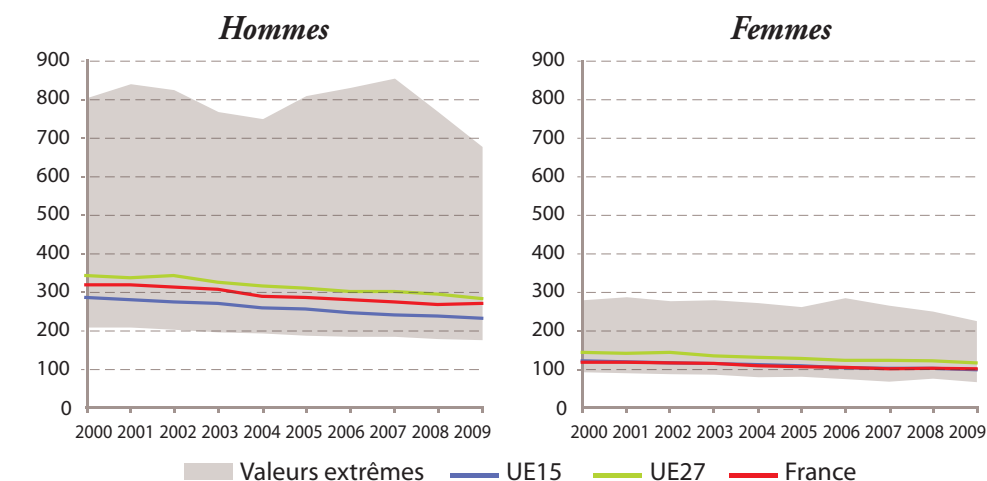
Taux standardisés de mortalité prématurée toutes maladies pour 100 000	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 266	• France : 122
• 14 ^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)	• 10 ^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)
• Pays aux extrêmes : Suède 174/ Lituanie 675	• Pays aux extrêmes : Chypre 92/ Lettonie 235
Données : Eurostat, 2009	

La mortalité prématurée est élevée en France, surtout pour les hommes

Le taux standardisé de mortalité prématurée toutes maladies, définie par convention comme les décès survenant avant 65 ans, situe la France métropolitaine au 14^e rang sur 26 pays de l'Union européenne (données manquantes pour la Belgique) pour les hommes et au 10^e rang pour les femmes, à comparer au 6^e rang pour les hommes et

2^e rang pour les femmes pour les taux tous âges. Le taux pour les hommes (266 décès pour 100 000 habitants) se situe nettement au-dessus de celui de l'UE 15 (227) et parmi les pays de l'UE15 seuls le Portugal et la Finlande présentent un taux supérieur. Par contre les nouveaux Etats membres présentent une situation dégradée à part les deux Etats insulaires, Malte et Chypre. Le taux français est de ce fait légèrement inférieur au taux d'ensemble de l'UE27 (279). Les trois Etats baltes ont un taux double ou plus du taux moyen. Sur la décennie les taux baissent dans l'ensemble de 20%, ce qui est le cas de la France, les baisses les plus importantes se constatant en Estonie, Slovénie et au Luxembourg. A l'inverse les taux de la Grèce, de la Pologne et de la Bulgarie baissent peu, celui de la Lituanie restant constant. Chez les femmes le taux français (122) est légèrement supérieur au taux moyen de l'UE15 (119) mais inférieur à ceux de l'Allemagne, de la Finlande, de l'Irlande, des Pays-Bas, du Royaume-Uni et surtout du Danemark (152). Le quart de la différence de taux entre le Danemark et la France provient du cancer du poumon. Comme pour les hommes la majorité des nouveaux Etats membres présentent des taux plus élevés, à l'exception de Chypre, avec le taux le plus bas de l'UE27, Malte, la Slovénie et la République tchèque. La Lettonie et la Hongrie présentent un taux supérieur de 75% au taux moyen. Sur la décennie les taux baissent également dans l'ensemble de 20%, mais de façon moins

Figure 2 **Taux de décès toutes maladies pour les décès survenant avant 65 ans pour les hommes en France métropolitaine et en Europe entre 2000 et 2009** pour 100 000 standardisés par âge



Source : Eurostat. Données françaises : CépiDc

dre pour la France (moins 10%), qui se situait au 6^e rang en 2000. A l'exception des Pays-Bas et de Malte la surmortalité prématurée des hommes par rapport aux femmes est plus importante que la surmortalité tous âges, d'un cinquième en moyenne. La France se situe à ce niveau.

En revanche, la France possède les taux standardisés de mortalité les plus bas de toute l'Europe pour les personnes âgées de plus de 65 ans pour les deux sexes

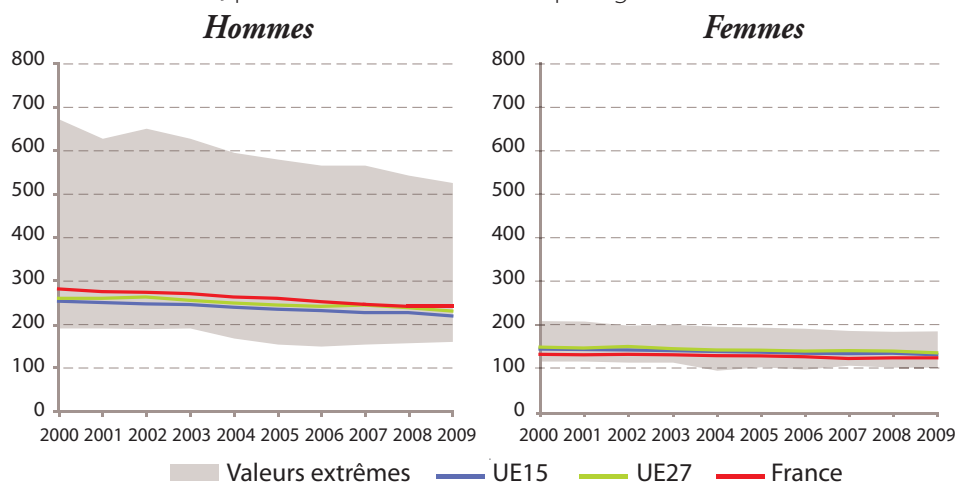
Taux standardisés de mortalité par cancers pour 100 000	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 239	• France : 122
• 17 ^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)	• 7 ^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)
• Pays aux extrêmes : Chypre 159/ Hongrie 346	• Pays aux extrêmes : Chypre 102 / Hongrie 181
Données : Eurostat 2009	

Les cancers constituent la première cause de mortalité en France

Le taux standardisé de mortalité par cancers en France s'élève en 2009 à 239 pour 100 000 chez les hommes et 122 pour 100 000 chez les femmes. Les comparaisons européennes montrent que la France est mieux classée pour les

femmes (7^e rang européen) que pour les hommes (17^e rang européen). La mortalité masculine est légèrement supérieure aux moyennes européennes (217 pour l'UE15 et 228 pour l'UE27), tandis que la mortalité féminine est légèrement inférieure (129 pour l'UE15 et 133 pour l'UE27). Dans tous les pays, les hommes sont plus touchés que les femmes. La Hongrie affiche les taux standardisés de mortalité les plus élevés pour les hommes (346 pour 100 000) comme chez les femmes (181 pour 100 000). A l'exception de Chypre, Malte et la Bulgarie, les nouveaux Etats membres sont les plus mal classés chez les hommes alors que chez les femmes le Danemark et les Pays-Bas se situent juste devant la Hongrie, ce qui reflète pour partie le poids du cancer du poumon.

Figure 3 **Taux de décès par cancer en France et dans l'UE pour les hommes entre 2000 et 2009, pour 100 000 standardisés par âge**



Source : Eurostat. Données françaises : CépiDc

Une faible mortalité par maladies cardio-vasculaires en France

La France affiche les taux standardisés de mortalité par maladies cardio-vasculaires les plus faibles de l'Union européenne : en 2009, 158 pour 100 000 chez les

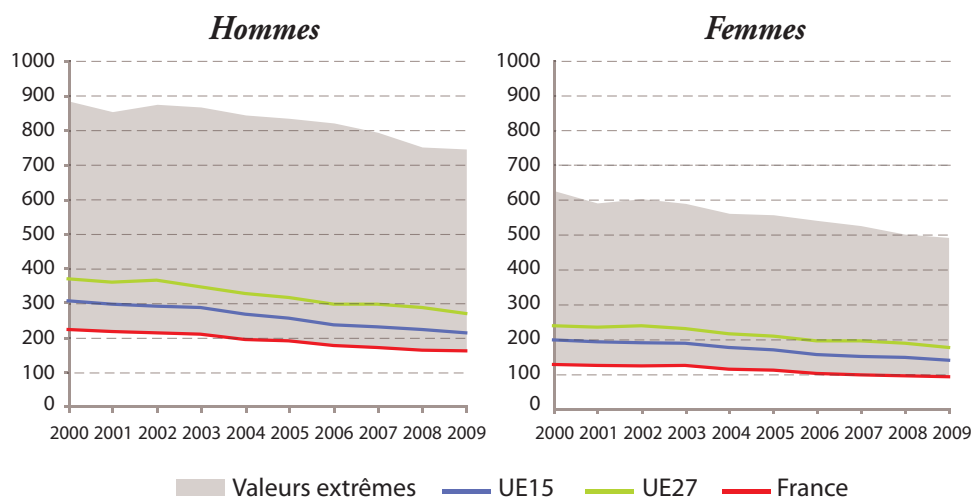
Taux standardisés de mortalité par maladies cardio-vasculaires pour 100 000	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 158	• France : 92
• 1 ^{er} rang sur 26 pays européens (ordre croissant)	• 1 ^{er} rang sur 26 pays européens (ordre croissant)
• Pays aux extrêmes : France 158/ Bulgarie 745	• Pays aux extrêmes : France 92/ Bulgarie 492

Données : Eurostat 2009

hommes et 92 pour 100 000 chez les femmes. Les écarts sont considérables avec les pays qui montrent les taux les plus élevés, la Bulgarie (respectivement 745 et 492/100 000 pour les hommes et les femmes), la Roumanie et les pays Baltes. Les moyennes européennes se situent à 211 (UE15) et 267 (UE27) pour les hommes et 140 (UE15) et 175 (UE27) pour les femmes. A part Chypre, Malte et dans une

moindre mesure la Slovénie, l'ensemble des nouveaux Etats membres se caractérisent par des taux élevés. Dans tous les pays sans exception, le taux de mortalité des hommes est supérieur à celui des femmes, en moyenne 50% au niveau de l'UE. La France fait partie avec les pays Baltes et la Finlande de ceux pour lesquels l'écart entre hommes et femmes est le plus important, le plus faible étant constaté en Grèce et au Portugal.

Figure 4 **Taux de décès par maladie cardio-vasculaire en France et dans l'UE pour les hommes entre 2000 et 2009, pour 100 000 standardisés par âge**



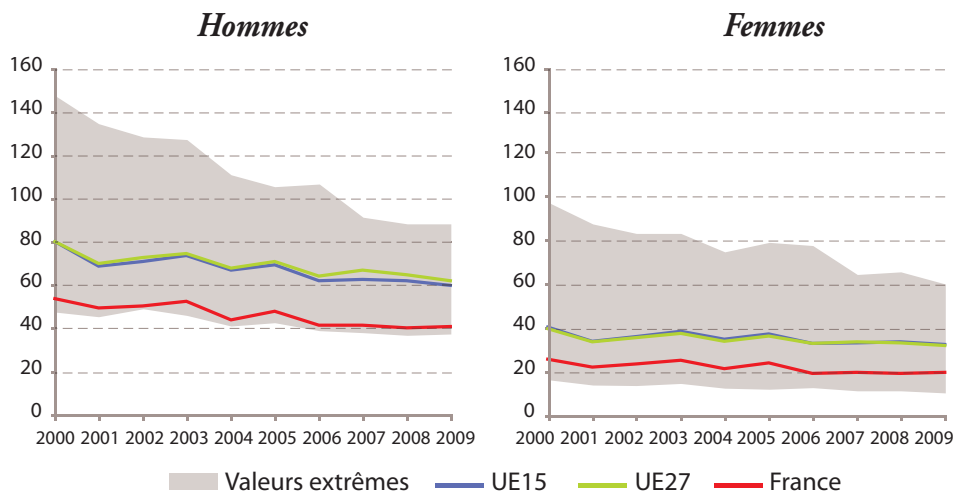
La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire est relativement peu élevée en France

Taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire pour 100 000	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 41	• France : 20
• 5 ^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)	• 5 ^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)
• Pays aux extrêmes : Suède 37/ Portugal 88	• Pays aux extrêmes : Estonie 10/ Royaume-Uni 60

Données : Eurostat 2009

La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire est pour la France largement en dessous des moyennes européennes et se situe au niveau des meilleurs taux européens. Le taux standardisé de mortalité moyen de l'UE se situe à 62 décès pour 100 000 chez les hommes et 32 pour 100 000 chez les femmes (2009). Le taux de mortalité

Figure 5 **Taux de décès par maladies de l'appareil respiratoire en France et dans l'UE pour les hommes entre 2000 et 2009, pour 100 000 standardisés par âge**



Source : Eurostat. Données françaises : CépiDc

s'élève en France à 41, pour 100 000 chez les hommes, situant la France au 5^e rang européen juste derrière la Suède, la Finlande, la Lettonie et l'Autriche. Pour les femmes, le taux de mortalité est nettement inférieur avec 20 décès pour 100 000. La France se situe au 5^e rang du classement féminin derrière les pays Baltes et la Finlande. Cette différence de mortalité en faveur des femmes se retrouve dans tous les pays sans exception. Le Royaume-Uni et l'Irlande présentent des taux de mortalité particulièrement élevés pour les hommes comme pour les femmes.

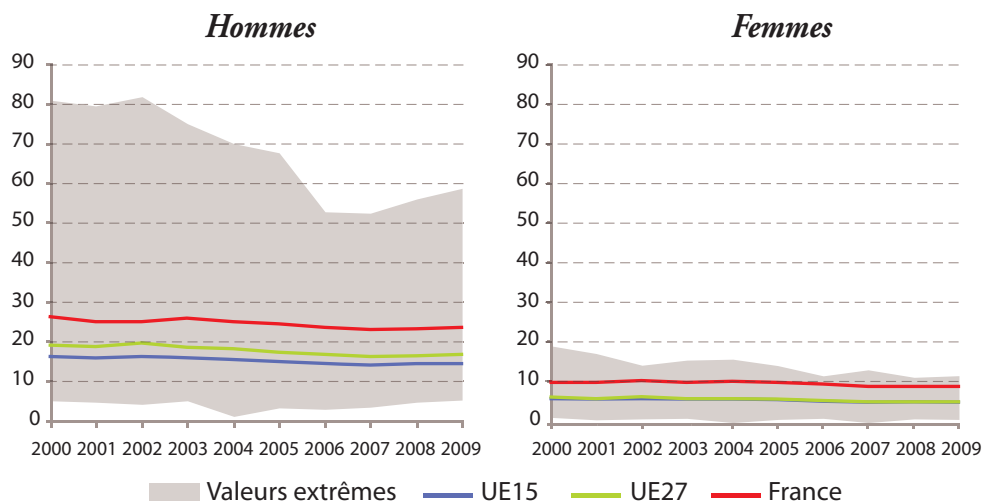
La France dans la moyenne haute de l'UE pour la mortalité par suicide

Taux standardisés de mortalité par suicide pour 100 000	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 23,5	• France : 7,4
• 19 ^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)	• 23 ^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)
• Pays aux extrêmes : Grèce 5 / Lituanie 58	• Pays aux extrêmes : Grèce 0,9 / Finlande 9,5
Données : Eurostat 2009	

Avec des taux standardisés de mortalité de 23,5 pour 100 000 (hommes) et 7,4 pour 100 000 (femmes) en 2009, la France se situe au-dessus des taux moyens de l'UE (entre 14 et 16 pour 100 000 chez les hommes et autour de 4 pour 100 000 chez les femmes). Les pays méditerranéens, Chypre et la Grèce et, à un moindre degré, l'Italie, Malte et l'Espagne présentent les taux

de mortalité les plus faibles. Ces résultats ne prennent pas en compte les études récentes qui pointent une hausse des suicides en Grèce liée à la gravité de la crise. C'est dans les pays Baltes, la Hongrie, la Finlande et la Slovaquie que les taux de mortalité par suicide sont les plus élevés avec une situation particulièrement grave pour les hommes en Lituanie. Parmi les pathologies retenues dans cette fiche, le suicide est la cause de décès pour laquelle l'écart entre hommes et femmes est le plus élevé avec un facteur quatre. Bien que très élevé, le rapport des taux de décès entre hommes et femmes en France (3,2) est un des plus faibles.

Figure 6 **Taux de décès par suicide en France et dans l'UE entre 2000 et 2009**
pour 100 000 standardisés par âge



Source : Eurostat. Données françaises : CépiDc

Un taux de mortalité par diabète inférieur à celui de l'UE

Taux standardisés de mortalité par diabète pour 100 000

Hommes

- France : 13
- 10^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Grèce 6 / Chypre 33

Femmes

- France : 8
- 9^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Finlande 4 / Chypre 27

Données : Eurostat 2009

En France, les taux standardisés de mortalité par diabète sont en dessous des moyennes européennes : 13 pour 100 000 chez les hommes (14 pour 100 000 dans l'UE) et 8 pour 100 000 chez les femmes (11 pour 100 000 dans l'UE) en 2009. Ces chiffres placent la France au 10^e rang pour les hommes et au 9^e rang pour les femmes. Les pays présentant les taux de mortalité les plus

bas sont la Grèce, la Finlande et le Luxembourg. La mortalité la plus élevée est enregistrée à Chypre, à Malte et au Portugal.

La mortalité par maladies chroniques du foie est légèrement inférieure aux moyennes de l'UE

Avec 15 décès pour 100 000, le taux standardisé de mortalité par maladies chroniques du foie chez les hommes en France se situe exactement au niveau de la

Taux standardisés de mortalité par maladies chroniques du foie pour 100 000

Hommes

- France : 15
- 10^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)
- Pays-Bas 6 / Hongrie 67

Femmes

- France : 5
- 9^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Grèce 2 / Roumanie 30

Données : Eurostat 2009

moyenne européenne de l'UE15 et inférieure à celle de l'UE27 (19 pour 100 000). L'étendue des taux est très large de 6 pour 100 000 aux Pays-Bas à 67 pour 100 000 en Hongrie. Pour les femmes, la France, avec un taux de 5 décès pour 100 000, se positionne en dessous des moyennes de l'UE15 (6 pour 100 000) et de l'UE27 (8 pour

100 000). Les taux de mortalité féminins sont nettement inférieurs aux taux masculins, dont ils représentent en moyenne 40%. Dans ce cadre, l'étendue entre pays est aussi large chez les femmes que chez les hommes, allant de 2 pour 100 000 en Grèce jusqu'à 30 en Roumanie.

Les taux de mortalité sont liés aux niveaux d'éducation

Pour l'ensemble de l'UE, la mortalité s'élève lorsque le niveau d'éducation diminue. Les inégalités sociales de mortalité sont supérieures à la moyenne européenne dans les pays de l'Europe de l'Est et dans les pays Baltes. Dans les pays de l'Est et les pays Baltes, les inégalités de mortalité générale sont fortement expliquées par des inégalités dans la mortalité par maladies cardio-vasculaires (Mackenbach J.P., Stirbu I. *et al.* 2008).

Méthodologie et comparabilité

Les données de mortalité par pathologies spécifiques sont disponibles sur Eurostat, l'OCDE et l'OMS (l'OCDE tire ses données de l'OMS). Elles sont obtenues grâce à la certification des causes de décès qui constitue une obligation légale dans tous les Etats membres de l'Union européenne. Les pays codent les informations médicales des certificats de décès en respectant les règles de la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM).

Les indicateurs de mortalité par cause de décès sont relativement bien renseignés et calculés selon des méthodes homogènes. Les données sont standardisées par âge avec comme population de référence la population standard de l'OMS.

(http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_cdeath_esms_an1.pdf)

Tous ces éléments permettent d'assurer une comparabilité satisfaisante (Jouglé E., Rossolin F.) des données entre pays. Cependant, il peut subsister certaines divergences de mode de certification ou d'interprétation et d'application des règles de la CIM (Pavillon G., Coleman M.) qui peuvent altérer la qualité et la comparabilité des données.

Un règlement européen a été récemment adopté concernant les statistiques de décès visant en particulier à assurer une meilleure ouverture des décès survenus à l'étranger.

Bibliographie

Mackenbach J.P., Stirbu I, *et al.* (2008). «Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries.» *New England Journal of Medicine* 358: 2468-2481.

Pavillon G., Laurent F. «Certification et codification des causes médicales de décès», *Bul. Epidémiol. Hebd.* 2003; 30-31:134-8.

Jouglé E., Rossolin F., Niyonsenga A., Chappert J. L., Johansson L. A., Pavillon G. (2001). *Comparability and quality improvement of European causes of death statistics - Final report.* European Commission, DG Sanco, 191 p.

Pavillon G., Coleman M., Johansson L. A., Jouglé E., Kardaun J. (1999). *Final report on automated coding in member states. Eurostat working papers, Population and social conditions*, 3, E, 1 : 180 p.

Aouba A., Péquignot F., Le Toullec A., Jouglé E. (2007). «Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes, 1980-2004 », *Bul. Epidémiol. Hebd.* 2007;35-36:308-14

Règlement d'application concernant les statistiques de décès :

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:090:0022:0024:EN:PDF>

Base de données : Eurostat.

14 - Décès liés à la drogue

Le nombre de décès liés à la drogue recense les morts directement liées à la consommation de drogue. Ces décès surviennent en général peu de temps après la consommation de la substance. Ils peuvent être enregistrés avec les dénominations « surdose », « empoisonnement » ou « mort induite par la drogue ». L'indicateur correspond au nombre de décès pour 100 000 ou par million d'habitants. Il est utilisé pour mesurer l'impact sur la santé des drogues les plus dures et est également utile dans l'évaluation des tendances en matière de consommation de drogues. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)* coordonne l'analyse des données issues des Etats membres de l'Union européenne et d'autres pays (Norvège, Turquie).

Par million d'habitants

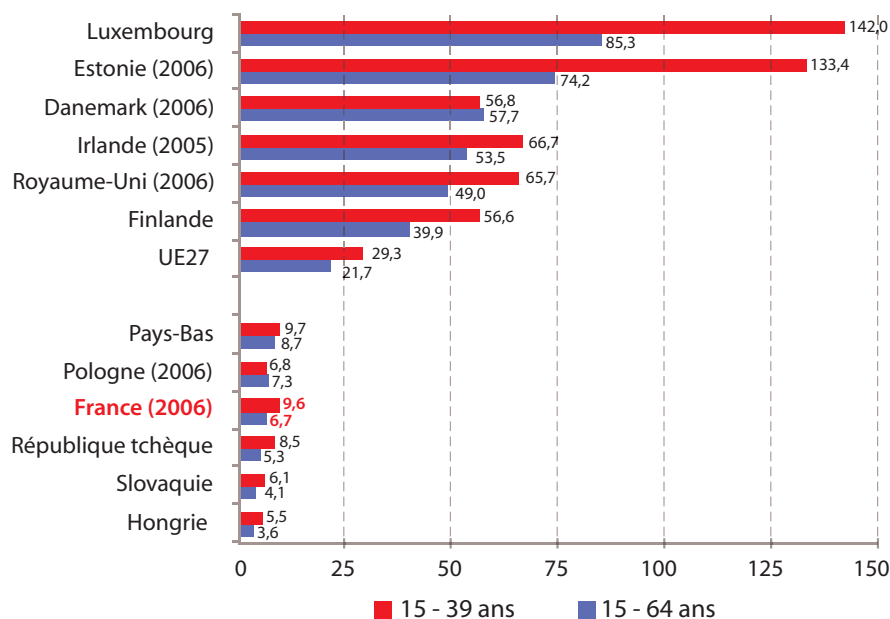
- France : 6,7 décès (2006)
- 4^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes :
Hongrie 3,6/
Luxembourg 85,3

Données OEDT 2007

Une mortalité directe relativement basse en France

Avec 305 morts par overdose enregistrées en 2006 (soit un taux de 6,7 décès par million d'habitants), la France se situe parmi les pays de l'Union européenne où la mortalité directement liée à l'usage de drogue est la moins élevée. La Hongrie, la Slovaquie et la République tchèque ont la mortalité la plus basse (entre 3,6 et 5,3 décès pour un million en 2007). A l'opposé, l'Irlande (2005), le Danemark (2005), l'Estonie (2006) et le Luxembourg (2007) ont enregistré une proportion de décès au minimum décuplée, avec des taux allant de 53,5 à 85,3 morts par million d'habitants.

Figure 1 **Comparaison des taux de mortalité liée à la drogue dans l'UE en 2007**
Nombre de décès par million d'habitants



Source : OEDT. Données françaises : CépiDC

*En anglais : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

L'héroïne majoritairement responsable des décès

La majorité des décès consécutifs à un usage de drogue signalés dans l'UE sont provoqués par des opiacés, essentiellement l'héroïne et ses dérivés. L'OEDT relève que les vingt-deux pays ayant fourni des données sur le type de drogue à l'origine du décès signalaient la présence d'opiacés dans 35 à 100 % des cas (en France dans 90 % des cas en 2007). La présence d'autres toxiques suggère qu'une proportion importante des décédés se trouvait en situation de polytoxicomanie (OEDT 2009).

La mortalité par surdose repart à la hausse

Le nombre de décès provoqués par la drogue a considérablement augmenté en Europe au cours des années 1980 et 1990, en parallèle à la consommation croissante d'héroïne et de drogues injectables. En France un pic de décès a été mesuré en 1994 avec 564 décès (131 décès en 1985). Entre 2000 et 2003, une baisse de la mortalité par surdose a été observée dans la plupart des pays européens. Le nombre de décès a recommencé à augmenter à partir de l'année 2004. Les premiers chiffres consolidés pour l'année 2007 suggèrent un niveau de mortalité au moins égal à l'année précédente, avec des progressions relevées dans 14 pays sur 18 (OEDT 2009).

La hausse actuelle des décès en France s'explique par différents facteurs : héroïne disponible et bon marché, nouveaux usagers qui n'en ont pas une image aussi négative, cocaïne et stimulants de plus en plus présent, usage accru de la méthadone, apparition de nouveaux usagers, jeunes relativement bien insérés et peu connus des centres de prévention (Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2010).

L'âge moyen des personnes décédées augmente

On a toujours enregistré une plus grande mortalité liée à l'usage de drogue chez les hommes que chez les femmes (79% d'hommes en France en 2006). L'âge moyen des personnes décédées tend en revanche à évoluer et à augmenter, notamment dans les pays de l'Europe de l'Ouest. En France, il s'élevait à 39 ans et demi en 2007.

Méthodologie et comparabilité

La comparabilité des données n'est pas optimale, dans la mesure où tous les pays n'utilisent pas les mêmes définitions pour enregistrer les décès liés à la drogue. La qualité de l'enregistrement des cas, de leur communication aux registres nationaux et de la communication vers l'OEDT varie également. Deux illustrations de ces limitations peuvent être détaillées. En Roumanie, les données ne proviennent que de Bucarest et des zones relevant du domaine de compétence du laboratoire de toxicologie de Bucarest. *A contrario*, le Portugal est susceptible de surévaluer les décès liés à l'usage de drogue, puisque toutes les analyses de drogue réalisées *post-mortem* et qui donnent un résultat positif aboutissent à un enregistrement du décès comme étant lié à la drogue.

Pour la France, il y a trois sources qui renseignent les surdoses ou décès liés aux drogues : la base de données du CépiDc-Inserm, le fichier de l'Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) et le fichier Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMÉS) de l'Agence française de sécurité

sanitaire des produits de santé (Afssaps). La source privilégiée est celle de l'Inserm car elle correspond à la définition de l'indicateur européen.

Le nombre de surdoses mortelles en France apparaît faible comparé à la situation d'autres pays européens. S'il est clair que les données françaises sont sous-estimées, elles ne sont pas les seules. Toutefois, les différences observées entre les différents pays sont telles qu'il ne semble pas raisonnable de n'imputer ces différences qu'à des limites méthodologiques. Le niveau faible de la mortalité liée aux drogues en France peut s'expliquer par l'accessibilité en France aux traitements de substitution avec un bas seuil d'exigence.

Bibliographie OEDT (2009). «Etat du phénomène de la drogue en Europe». Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2009.

OFDT (2010). «Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009». Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. Saint-Denis, France.

Base de données : OEDT.

15 - Décès liés au tabac

Deux approches ont été utilisées jusqu'à présent par ECHIM pour élaborer l'indicateur sur les décès liés au tabac :

- 1) comptabiliser les décès pour les principales maladies où le tabac est impliqué (taux de mortalité standardisé pour 100 000 sujets). Les maladies concernées sont les cancers de la bouche et du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches, du poumon et de l'œsophage, les maladies cardiaques ischémiques, les maladies cérébro-vasculaires et les bronchopneumopathies obstructives chroniques. L'OMS utilise cette méthode simple mais biaisée puisque d'autres facteurs interviennent dans ces décès;
- 2) calculer les parts attribuables de la mortalité liée au tabac dans les différentes causes de décès concernées. Cette méthode sera seule utilisée à l'avenir.

La fiche utilise les résultats calculés par R. Peto *et al.* pour un ensemble de pays développés en utilisant les risques relatifs issus de l'enquête de prévention du cancer réalisée aux Etats-Unis.

Un logiciel a été développé pour permettre d'effectuer ces calculs de parts attribuables à partir des prévalences de fumeurs et d'anciens fumeurs fournies par les enquêtes santé par interview.

Les niveaux de la mortalité liée au tabac en France sont inférieurs aux moyennes de l'Union européenne.

Selon l'indicateur de l'OMS, la France présente, au sein de l'Europe, la plus faible mortalité liée au tabac tant pour les hommes (181 décès pour 100 000 en 2008) que pour les femmes (67/100 000). Le pays comptant le plus grand nombre de décès masculins et féminins est la Lituanie (respectivement 738/100 000 et 369/100 000), suivie d'autres pays de l'est de l'Europe (Lettonie, Roumanie et Hongrie).

Décès liés au tabac	
Classement selon l'indicateur de l'OMS (2008) pour 100 000	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 181 décès	• France : 68 décès
• 1 ^{er} rang européen (ordre croissant)	• 1 ^{er} rang européen (ordre croissant)
• Pays aux extrêmes : France 181 décès / Lituanie 738 décès	• Pays aux extrêmes : France 68 décès / Lituanie 369 décès
Données : Indicateur OMS 2008	

Selon l'indicateur utilisant les part attribuables (Peto *et al.* 2005), respectivement 20% des décès chez les hommes et 2% chez les femmes en France en 2000 étaient attribuables au tabac. En fonction de cet indicateur, calculé pour l'année 2000, la situation de la France pour les hommes apparaît nettement moins favorable que selon l'indicateur de l'OMS. Les Français se situent dans une position moyenne (part

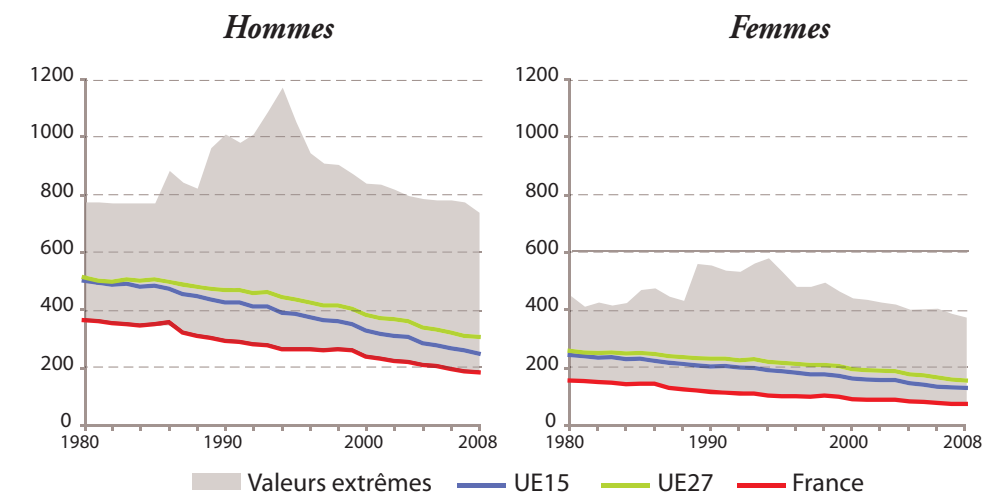
des décès attribuables au tabac de 20% contre 22% en EU15 et 23% en EU25). En termes de mortalité prématurée (35-69 ans), la part attribuable pour les hommes français dépasse même (légèrement) celle de l'UE (32% contre 29% pour EU15 et 31% pour EU25). Par contre, la situation des femmes françaises reste favorable par rapport aux autres pays (2% de décès attribuables tous âges confondus contre 7% en EU15 et en EU25).

Rappelons que l'indicateur de l'OMS est peu spécifique de la mortalité liée au tabac puisqu'il inclut la mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires particulièrement basse en France et en forte diminution expliquée en grande partie par d'autres facteurs tels que l'amélioration des traitements.

Une tendance générale à la diminution de la mortalité liée au tabac

En France, la mortalité liée au tabac diminue régulièrement chez les hommes depuis 1986 (indicateur OMS). Chez les femmes, cette tendance est beaucoup moins marquée. Une augmentation constante des décès féminins a été observée dans les années 1980 et 1990. De plus, les taux de mortalité par cancer du poumon pour les femmes sont en très forte progression.

Figure 1 **Evolution du taux standardisé de mortalité pour les causes liées au tabac en France et en Europe selon l'indicateur de l'OMS, 1980-2008 pour 100 000 individus**



Indicateur OMS 2010. Données françaises : CépiDc

L'indicateur de Peto met en évidence une progression des taux de mortalité prématurée liés au tabac (35-69 ans) pour les hommes français jusqu'à 1980 puis une diminution depuis cette date. Pour les femmes, on observe une progression continue de la mortalité depuis les années 1980 (les taux de décès restant cependant encore très inférieurs à ceux des hommes).

Pour interpréter ces tendances, il faut rappeler que la mortalité observée actuellement est le reflet du tabagisme des vingt dernières années qui a en particulier fortement augmenté chez les femmes.

Méthodologie et comparabilité

Les données de la mortalité liée au tabac élaborées par l'OMS sont basées sur un cumul des causes de décès reconnues comme liées au tabagisme par la littérature. La proportion réelle de décès liés au tabac n'étant pas prise en compte, cet indicateur manque de spécificité (en particulier du fait de l'intégration de la plupart des causes de décès cardio-vasculaires). Une autre approche, plus pertinente, consiste à mesurer les parts attribuables de mortalité liée au tabac. Elle suppose cependant que les risques relatifs utilisés par l'enquête de prévention du cancer des Etats-Unis (II) sont applicables en Europe. Cette méthode a été utilisée par Peto *et al.* (2005) pour étudier la mortalité liée au tabac par pays. Elle sera seule utilisée à l'avenir.

Un logiciel a été développé pour permettre d'effectuer ces calculs de parts attribuables à partir des prévalences de fumeurs et d'anciens fumeurs fournies par les enquêtes santé par interview (SAMMEC II : voir référence).

Bibliographie

Peto R., Lopez A. D., Boreham J., Thun M. (June 2006). *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000, 2nd edition, revised June 2006.*

Shultz J. M., Novotny T. E., Rice D. P. (1991). *Quantifying the disease impact of cigarette smoking with SAMMEC II Software.* 106 ; 326-33.

16 - Décès liés à l'alcool

Dans l'attente de la mise en place d'un nouvel indicateur prenant en compte les parts attribuables de la mortalité liée à l'alcool, l'indicateur présenté est celui retenu par l'OMS qui comptabilise les décès pour les principales maladies où la consommation d'alcool est impliquée (taux de mortalité standardisé pour 100 000). Les causes de décès incluses sont les cancers des voies aéro-digestives supérieures, de l'œsophage, du larynx, les psychoses alcooliques, les cirrhoses du foie et les morts violentes. La définition fait aussi bien référence aux décès liés à une consommation de longue durée qu'aux décès liés à une consommation excessive occasionnelle.

La France présente un niveau de mortalité liée à l'alcool légèrement supérieur à la moyenne européenne

Avec 100 décès liés à l'alcool pour 100 000 hommes en 2008, la France se place au 12^e rang sur 23 pays européens (ordre croissant). Les données enregistrées pour les Pays-Bas sont les plus faibles d'Europe avec 56 décès pour 100 000. D'autres pays tels Chypre, l'Italie, l'Irlande, la Grèce et Malte présentent également des niveaux de

Décès liés à l'alcool pour 100 000	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France 100	• France : 35
• 12 ^e rang européen (ordre croissant)	• 12 ^e rang européen (ordre croissant)
• Pays aux extrêmes : Pays-Bas 56 / Lituanie 308	• Pays aux extrêmes : Grèce 15 / Lituanie 79
Données : OMS : 2008	

mortalité peu élevés. A l'opposé se trouvent plusieurs pays de l'Europe de l'Est (Lituanie, Lettonie, Hongrie et Estonie.). Les moyennes européennes se situent à 96 décès pour 100 000 pour l'ensemble de l'UE et à 79 pour l'ancienne UE15.

Le classement pour les femmes est similaire puisque la France occupe également le 12^e rang (ordre croissant) avec 35 décès

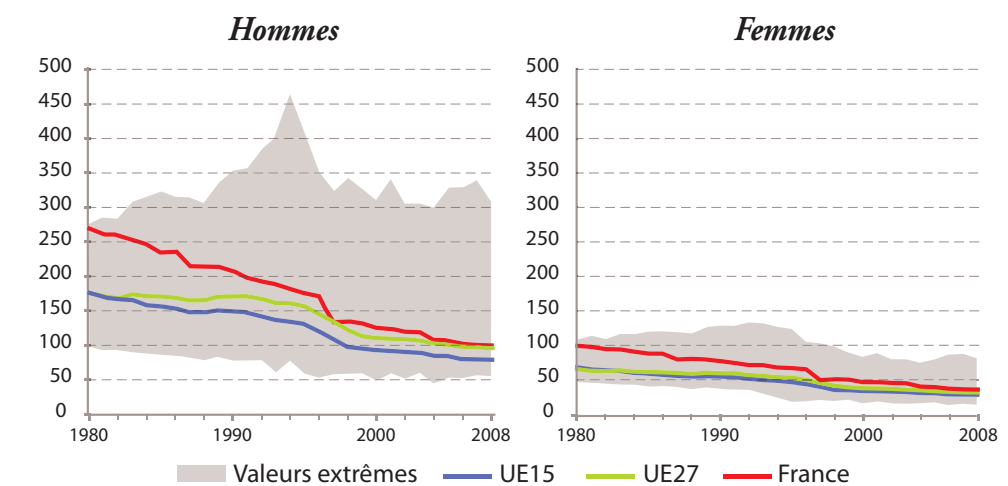
liés à l'alcool pour 100 000 femmes en 2008. La mortalité la plus faible est observée en Grèce (15 décès / 100 000) suivie par Malte (19 décès/100 000). Les pays européens présentant les taux de mortalité féminins les plus élevés sont les mêmes que pour les hommes (Lituanie, Lettonie, Estonie et Hongrie). Les moyennes européennes se situent à 32 décès pour 100 000 pour l'ensemble de l'UE et à 29 pour l'ancienne UE15.

Les décès liés à l'alcool représentent une proportion importante de décès évitables, la consommation nocive d'alcool constituant la troisième cause de mortalité et de maladies en Europe. La mortalité n'est pas forcément liée au niveau moyen de consommation d'alcool dans un pays. La France par exemple est moins bien classée au niveau européen pour la consommation totale d'alcool (20^e rang, ordre croissant) que pour la mortalité liée à l'alcool (voir fiche 46). Il semblerait que le niveau de mortalité est davantage lié au mode de consommation qu'à la quantité d'alcool consommée. Selon les pays européens, le nombre de décès est entre 2 et 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (rapport de 2,9 en France en 2008).

La mortalité liée à l'alcool diminue de manière régulière depuis 1980

En Europe, la mortalité des hommes et des femmes liée à l'alcool est de manière générale en baisse constante depuis 1980. Les Etats nouvellement entrés dans l'UE constituent une exception en ayant atteint des chiffres de mortalité très élevés au

Figure 1 **Evolution du taux standardisé de mortalité pour les causes liées à l'alcool en France et en Europe** pour 100 000 individus



Indicateur OMS 2010. Données françaises : CépiDc,

milieu des années 90. En France, la consommation totale d'alcool a fortement diminué depuis plus de quarante ans et notamment la consommation de vin (la consommation moyenne de spiritueux par individu n'a par contre pas évolué).

Méthodologie et comparabilité

Les données de l'OMS correspondent à un ensemble de causes de décès pour lesquels la consommation d'alcool représente un facteur de risque sans tenir compte de la proportion réelle des décès dus à l'alcool pour chaque cause spécifique. Cela conduit nécessairement à une surestimation du nombre de décès. D'autres méthodes alternatives de calcul existent mais, soit les données ne sont pas encore disponibles, soit elles ne sont pas pertinentes. Un nouvel indicateur est en cours d'élaboration au niveau de l'équipe projet ECHIM.

Les données de l'OMS pour les décès liés à l'alcool sont en principe comparables. Néanmoins, il peut subsister des facteurs culturels qui interviennent au niveau de la certification des causes de décès qui entachent la comparaison entre les pays.

Bibliographie

« Alcool et santé en France, état des lieux », *BEH* n°34/35 septembre 2006.

17 - Surmortalité liée à la canicule

L'indicateur de surmortalité liée à la canicule mesure l'effet d'épisodes de chaleur inhabituels sur la mortalité au niveau d'une région, d'un Etat membre ou de l'Union européenne. Le niveau de surmortalité s'obtient en rapportant le nombre de décès observés dans une région durant une canicule au nombre de décès attendus habituellement à cette même période. Les températures élevées peuvent en effet entraîner une surmortalité importante dans la population, en particulier chez les personnes âgées et les personnes souffrant de certaines pathologies.

19 490 décès supplémentaires ont été enregistrés en France au cours de la canicule de 2003

• France (juin - septembre 2003) : 19 490 décès supplémentaires liés à la canicule (+ 11,8%)

• 10^e rang sur 12 pays européens (ordre croissant)

• Pays aux extrêmes :
Royaume Uni + 0,2/
Luxembourg + 14,3%

Données : Robine, *et al.* 2007

Parmi les douze pays européens (dont la Suisse et la Croatie) affectés par la canicule de 2003, 71 500 décès supplémentaires ont été enregistrés pendant l'été par rapport à la période de référence 1998-2002.

En France, la surmortalité entraînée par la canicule a été exceptionnelle par son ampleur et sa soudaineté. Elle a tué 15 000 personnes entre le 1^{er} et le 15 août.

La France (hausse de 11,8% de la mortalité) a été le troisième pays le plus touché après le Luxembourg (+14,3%) et l'Espagne (+13,7%); venait ensuite l'Italie (+11,6%). C'est le mois d'août qui a été le plus mortel avec une surmortalité globale de 44 900 per-

sonnes. Pour quatre des pays qui n'ont pas été affectés par la canicule (Autriche, République tchèque, Pologne et Danemark), une légère baisse de la mortalité a été au contraire enregistrée.

Tableau 1
Surmortalité liée à la canicule de 2003 pour une sélection de pays européens (dont la Suisse et la Croatie), (nombre de cas et pourcentage de surmortalité), (Robine 2007).

Pays	Nombre de décès en excès	Pourcentage d'augmentation de la surmortalité
Luxembourg	166	14,3
Espagne	15 090	13,7
France	19 490	11,8
Italie	20 089	11,6
Portugal	2 696	8,7
Suisse	1 039	5,4
Croatie	788	5,0
Slovénie	289	5,0
Belgique	1 175	3,6
Allemagne	9 355	3,6
Pays-Bas	965	2,2
Royaume-Uni	301	0,2
Total	71 445	7,0

La surmortalité liée à la canicule a davantage concerné les personnes âgées et les femmes

79% des victimes décédées lors de la canicule de 2003 en France étaient des personnes de plus de 65 ans. Cette part a atteint 86,5% le 12 août, jour le plus meurtrier, soit une augmentation de 10% par rapport aux moyennes enregistrées pour l'ensemble de la durée de la canicule. La proportion des personnes de plus de 75 ans et de plus de 95 ans décédées ce même jour s'est accrue plus fortement encore (respectivement 16 et 46%). La surmortalité liée à la canicule a été particulièrement sévère chez les personnes les plus âgées.

La distribution de la mortalité par sexe a considérablement varié au cours de la canicule de 2003. Si en moyenne plus d'hommes que de femmes sont décédés, la part des femmes décédées a fortement progressé le 12 août tandis que la proportion d'hommes décédés ce jour a été moindre.

Méthodologie et comparabilité

Les données européennes proviennent des statistiques nationales de mortalité, fiables et comparables entre elles. En revanche, le niveau de surmortalité liée à la canicule peut dépendre de la méthodologie de calcul. En effet, les décès liés à la canicule sont individuellement difficiles à définir et la mention de chaleur excessive est rarement mentionnée sur les certificats de décès comme une cause de la mort (Rey G., Fouillet A. *et al.* 2007). Pour calculer la surmortalité totale, il est donc indispensable d'utiliser des méthodes indirectes, telles que la comparaison de la mortalité observée à la mortalité attendue. Le choix de la période de canicule retenue et le mode de calcul de la mortalité attendue sont tous deux susceptibles d'influencer les résultats.

Enfin, l'indicateur de la surmortalité liée à la canicule de 2003 ne permet pas de comparer entre les pays la vulnérabilité des populations à la chaleur. En effet, cette surmortalité est avant tout influencée par les températures observées, très différentes

selon les pays. La vulnérabilité des populations reflète en revanche ce qui peut faire l'objet de politique de santé publique. La vulnérabilité de la population à la chaleur a beaucoup diminué en France entre 2003 et 2006 (Fouillet A., Rey G. *et al.* 2008).

Parallèlement aux indicateurs de surmortalité, deux indicateurs seraient intéressants à produire en routine, même si c'est une opération complexe : le nombre de décès annuel attribuable à la chaleur et l'association entre chaleur et mortalité (nombre de décès supplémentaires par degré supérieur à un seuil par exemple). Peu d'exercices de ce type ont été faits en Europe, mais cette approche a été néanmoins tentée (Baccini M., Biggeri A. *et al.* 2008).

- Bibliographie** Baccini M., Biggeri A., *et al.* (2008). «Heat Effects on Mortality in 15 European Cities.» *Epidemiology* 19(5): 711-719.
- Fouillet A., Rey G., *et al.* (2008). «Has the heat-related mortality response in France changed since the 2003 heat wave? A study of the 2006 heat wave.» *International Journal of Epidemiology*. 37(2).
- Rey G., Fouillet A., *et al.* (2007). «Vagues de chaleur, fluctuations ordinaires des températures et mortalité en France depuis 1971.» *Population-F* 62(3): 533-564.
- Robine (2007). «Etude de l'impact de la canicule d'août 2003 sur la population européenne.» Report on excess mortality in Europe during summer 2003.

18 - Maladies transmissibles

En raison d'une prise en compte trop tardive des modifications intervenues dans la définition de l'indicateur il ne nous a pas été possible de traiter cet indicateur

19 - VIH et sida

Les indicateurs européens de suivi des infections à VIH et du sida sont d'une part le taux de nouveaux diagnostics d'infection à VIH et d'autre part le taux d'incidence des cas de sida avérés. Les définitions de cas d'infection à VIH et de sida sont normalisées au niveau européen. Cependant, il faut prendre en compte que les données publiées ne prennent en compte ni les délais de déclaration ni les défauts de diagnostics.

Le taux de mortalité liée au sida ainsi que le nombre d'infections à VIH selon les modes de transmission ont été ajoutés pour compléter l'indicateur ECHIM.

Les taux de nouveaux diagnostics d'infection à VIH varient beaucoup à travers l'UE, le taux français est élevé

Le nombre de diagnostics d'infections à VIH est stable entre 2004 et 2009 mais a globalement augmenté entre 2000 et 2008 au sein de l'UE. La pandémie reste donc une question de santé majeure pour l'UE. Les pays du sud de l'Europe et certains pays

Nouveaux diagnostics d'infection à VIH pour 100 000

- France : 6,36 cas
- 14^e rang européen (ordre croissant (données non redressées))
- Pays aux extrêmes : Roumanie 0,83 cas / Estonie 40,64 cas

Incidence du sida (pour 100 000) :

- France : 0,98 cas
- 14^e rang européen (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Slovaquie 0,02 cas - Estonie 4,55 cas

Mortalité liée au sida (pour 100 000)

- France : 0,24 cas
- 20^e rang européen (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : République tchèque 0,12 cas / Portugal 1,33 cas

Données ECDC 2008

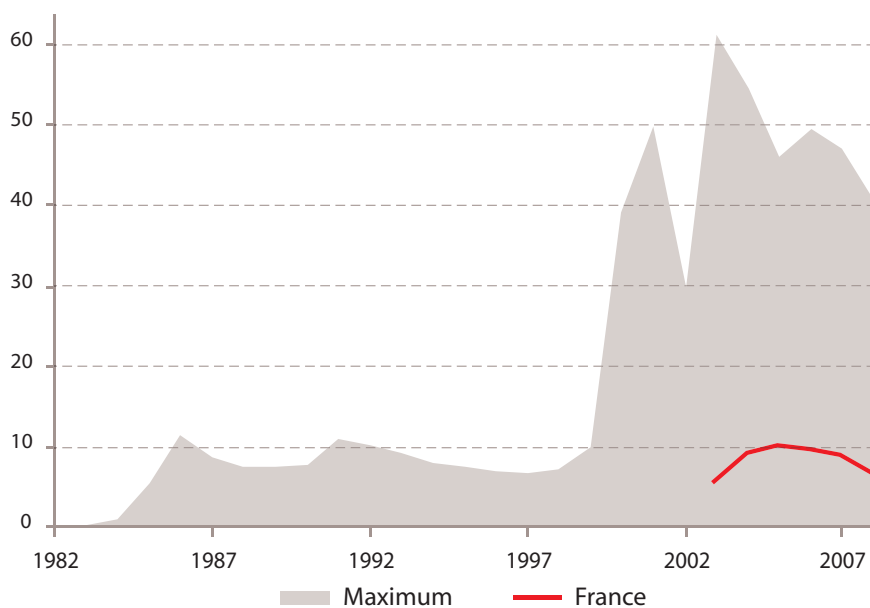
d'Europe de l'Est notamment enregistrent des taux de diagnostics élevés. En France, le taux de nouveaux diagnostics s'élevait à 6,36 cas (en données non redressées) pour 100 000 habitants en 2008, une valeur inférieure à celles de l'Estonie, de la Lettonie, du Royaume-Uni, du Portugal et de la Belgique. Les pays d'Europe centrale sont ceux où les taux de nouveaux diagnostics déclarés sont les plus faibles (avec par ordre d'incidence des plus basses aux plus élevées, la Roumanie la Slovaquie, la République tchèque, la Hongrie et la Pologne). En redressant pour tenir compte de la sous-déclaration, on obtient pour la France un taux réel de l'ordre de 10 pour 100 000. Le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH n'est enregistré en France que depuis 2003. Depuis la mise en place de la déclaration obligatoire des nouveaux diagnostics de VIH, le nombre de nouveaux cas a baissé de 7 600 en 2004 à 7 500 en 2005, 7 000 en 2006 et 6 500 en 2007, 6 400 en 2008 pour augmenter à 6 700 en 2009 (BEH 45-46 novembre 2010). Ces estimations tiennent compte de la sous-déclaration (estimée autour de 30%)

et des délais de déclaration.

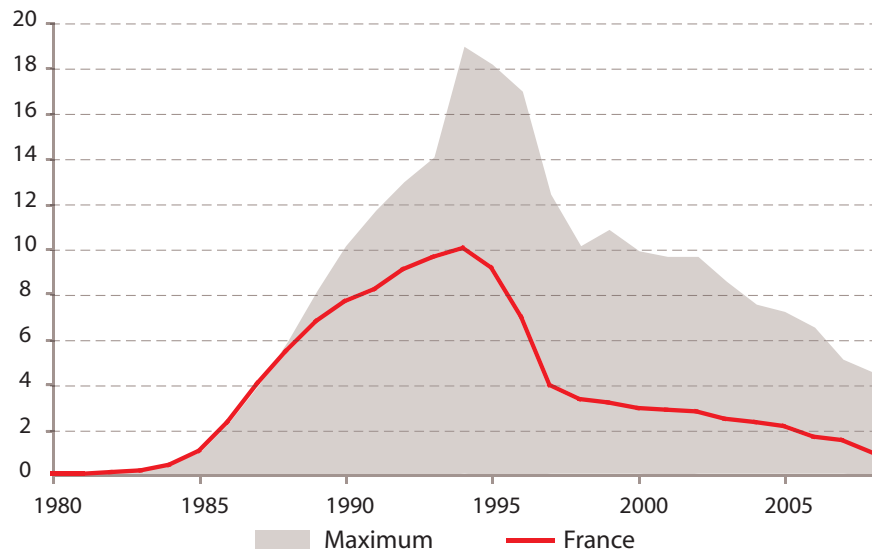
Par ailleurs une proportion importante, et variable selon les pays, des infections à VIH reste ignorée des personnes infectées. En Suède, on estime à 15% la proportion d'infections ignorées, à 32% au Royaume-Uni et à 60% en Pologne (Amato-Gauci

Figure 1 **Taux de nouveaux diagnostics d'infections à VIH, en nombre de cas pour 100 000 habitants**

NB : Les données pour la France ne sont disponibles qu'à partir de 2003, date de la mise en place de la déclaration obligatoire du VIH.



Source : EuroHIV/ CISID, 2010 pour les données 1982-2006 et ECDC, 2008 pour les données 2007-2008. Données françaises InVS

Figure 2 **Taux d'incidence du sida en nombre de cas pour 100 000 habitants**

Source : EuroHIV/ CISID, 2010 pour les données 1982-2006 et ECDC, 2008 pour les données 2007-2008. Données françaises InVS

et Ammon, 2007). Aux Pays-Bas, 40% des personnes infectées ignorent qu'elles sont contaminées (Op de Coul *et al.*, 2006). En France, parmi les 150 000 personnes séropositives pour le VIH, on estime qu'environ 40 000 d'entre elles ignoreraient leur séropositivité (rapport Yeni 2010).

Les thérapies antirétrovirales ont fait chuter l'incidence des cas de sida

La diffusion des traitements antirétroviraux depuis 1996 a permis une baisse significative de l'incidence des cas de sida et de la mortalité provoquée par cette maladie. Comme dans toute l'Europe, l'incidence du sida avait connu un pic en 1994 en France. Elle est passée de 9,7 cas pour 100 000 en 1994 à 0,98 cas en 2008.

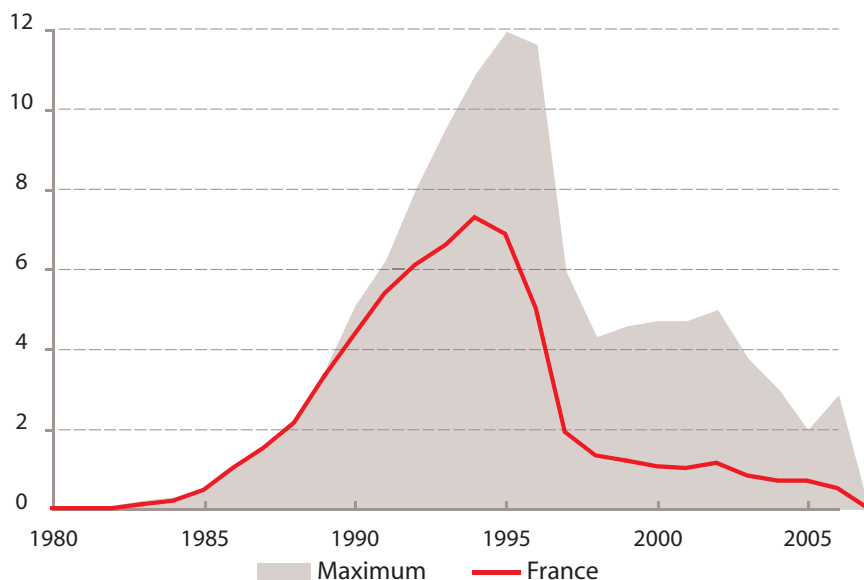
La France enregistre une baisse de la mortalité due au sida

En moins de dix ans, les décès de personnes au stade sida ont été divisés par cinq en France, le taux de mortalité passant de 1,2 pour 100 000 en 1999 à 0,24 en 2008. En 2008, la France affiche des taux de mortalité proches de ceux de l'Italie (0,26) et du Royaume-Uni (0,38). Le taux de mortalité est plus élevé en Espagne (1,09) et au Portugal (1,33). L'ensemble des pays européens présentent une tendance générale à la baisse de la mortalité liée au sida.

Les départements français d'Amérique et l'Ile-de-France sont plus touchés

La Guyane, département français le plus touché par la pandémie, présente un taux de nouveaux diagnostics d'infection à VIH qui s'élève en 2008 à 1 833 par million d'hab (vs 165 au niveau national) et à 1 707 en 2009 (vs 169), soit 11 fois la moyenne nationale en 2008 et 10 fois en 2009. La Guadeloupe et la Martinique sont également plus touchées que les autres entités territoriales françaises, tout comme la région Ile-de-France (BEH 45-46 novembre 2010).

Figure 3 **Evolution de la mortalité liée au sida en France**
Taux de mortalité pour 100 000



Source : EuroHIV/ CISID, 2010. Données françaises InVS

Deux principaux modes de transmission du VIH dans l'UE

Le mode de transmission principal est la relation hétérosexuelle (40%) mais un grand nombre d'hétérosexuels sont originaires d'un pays où l'épidémie est généralisée (Afrique subsaharienne notamment). Si ces cas sont exclus, alors ce sont les contaminations par relation homosexuelle qui sont les plus nombreuses (40%) suivies des relations hétérosexuelles (29%) et de l'usage de drogues injectables (6%). Il faut noter qu'une forte proportion de cas (24%) reste d'origine indéterminée.

Tableau 1
Infections à VIH selon les modes de transmission en Europe (%)

Modes de transmission	Infections diagnostiquées	dont infections contractées dans le pays de diagnostic (%)	Mode de transmission en excluant les individus originaires des pays à épidémie généralisée
Relations homosexuelles	33%	51%	40%
Usage de drogues injectables	5%	7%	6%
Contact hétérosexuels	40%	27%	29%
Transmissions mère-enfant	1%	1%	0%
Hémophiles/ transfusions	0%	0%	0%
Infections nosocomiales	0%	0%	0%
Autres/Indéterminés	21%	14%	24%
Total	100%	100%	100%

N.B : Les chiffres présentés comprennent ceux de l'Islande, de la Norvège et du Liechtenstein bien que ces pays ne soient pas membres de l'UE (impact négligeable car ces pays ne représentent que 1% de la population de l'UE).

Surveillance du Sida/VIH en Europe, ECDC, 2008

Méthodologie et comparabilité

Les données européennes sont recueillies depuis 2008 par l'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) – Centre européen de prévention et du contrôle des maladies). Auparavant elles étaient recueillies par EuroHIV (de 1999 à 2007) et au tout début de l'infection par le Centre européen de surveillance du sida (CESES) de 1984 à 1998. Les données jusqu'à l'année 2006 ont été publiées sur le site du *Centralized information system for infectious diseases* (CISID) – Système d'information centralisé sur les maladies infectieuses en Europe –, situé à Copenhague et dépendant de l'OMS). En France, les données sont publiées par l'InVS. Les données sur les nouveaux diagnostics d'infection à VIH sont disponibles depuis 2003, date à laquelle la déclaration obligatoire du VIH a été mise en place en France (la déclaration obligatoire du sida avait quant à elle été rendue obligatoire en 1986). Aucune donnée relative aux diagnostics d'infection à VIH en Autriche n'est disponible auprès de l'ECDC (c'est le seul pays de l'UE dont les statistiques VIH ne sont pas transmises à cet organisme). Par contre, ils existent des données concernant l'incidence de sida en Autriche d'après l'ECDC.

Bibliographie

ECDC (2008). *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe. Report on the status of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries.*

ECDC (2008). HIV/AIDS surveillance in Europe.

« Surveillance de l'infection à VIH-sida en France en 2009 » *BEH*, 45-46 novembre 2010.

« Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH ». Rapport 2010, sous la direction du Pr Patrick Yeni.

BEH Web n°2, 27 novembre 2009.

20 - Incidence des cancers

L'incidence du cancer correspond au nombre de patients nouvellement diagnostiqués avec un cancer durant une année donnée, exprimé pour 100 000 personnes observées durant l'année donnée. Les catégories de cancer considérées sont l'ensemble des cancers et plus spécifiquement; les cancers de la trachée, des bronches et des poumons et les cancers du sein chez la femme, qui causent le plus grand nombre de décès (pour les deux sexes confondus et chez les hommes pour le cancer du poumon et chez les femmes pour le cancer du sein). Les données présentées en évolution sont des taux bruts issus de la base de l'OMS Europe et les données les plus récentes de 2008 sont des taux standardisés à la population mondiale issus de la base Globocan 2008 gérée par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

La France se classe défavorablement en termes d'incidence des cancers

Le cancer est une cause majeure de mortalité et de morbidité dans l'UE. Les données d'incidence recueillies pour la France, à partir des registres du réseau France cancer incidence et mortalité (Francim), montrent que la population résidant en France est globalement la plus touchée pour les hommes et parmi les plus atteintes pour les femmes en données standardisées à la population mondiale (estimations 2008). Le taux chez les hommes s'élève à 361 pour 100 000 pour une moyenne de l'UE à 308 et chez les femmes à 255 pour une moyenne de l'UE à 233.

Taux standardisés d'incidence du cancer pour 100 000	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 360,6	• France : 254,9
• 27 ^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)	• 21 ^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)
• Pays aux extrêmes : Chypre 187,2/France 360,6	• Pays aux extrêmes : Grèce 136,2/Danemark 325,3
Données : IARC Globocan 2008	

Un augmentation de l'incidence du cancer en Europe

Depuis 1980, le nombre de nouveaux cas dans les pays de l'UE ne cesse de progresser. Tous les pays sont concernés, mais les taux de croissance varient.

L'incidence du cancer augmente avec l'âge et l'augmentation générale

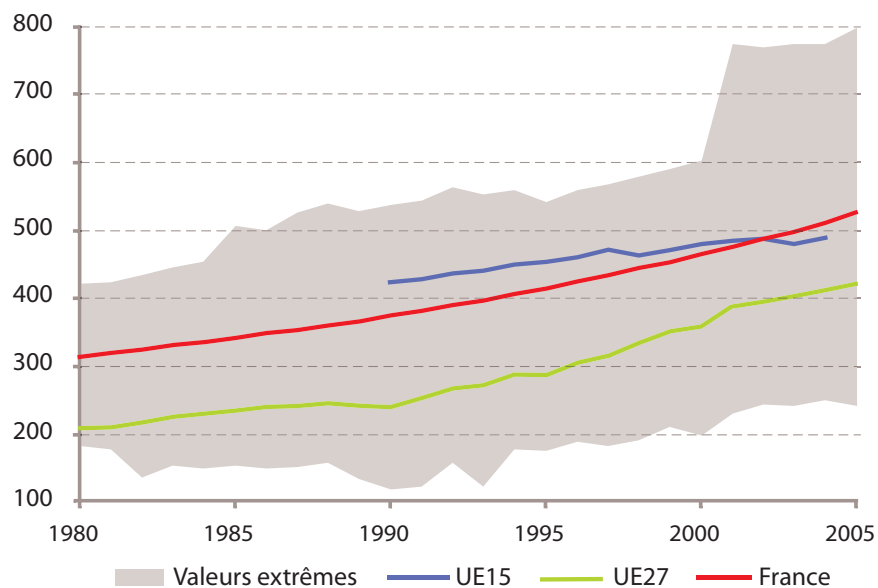
de l'incidence du cancer s'explique en France et en Europe en partie par le vieillissement de la population. La modification des pratiques médicales et l'augmentation de l'activité de dépistage joue également un rôle dans cette augmentation. Ainsi en France entre 1980 et 2005, le taux d'incidence du cancer a augmenté de 71 % chez les hommes et de 62 % chez les femmes en taux brut (figure 1) et de respectivement 35 % et 42 % en taux standardisés à la population mondiale, les différences entre les augmentations des taux bruts et des taux standardisés reflétant l'impact du vieillissement de la population. Cependant, durant la même période, le risque de mortalité par cancer a baissé, grâce à l'amélioration des prises en charge diagnostiques (diagnostic plus précoce) et thérapeutique, au dépistage et à la baisse d'incidence de certains cancers.

Quatre cancers comptent pour plus de la moitié de l'incidence des cancers en France comme dans l'UE en 2008 mais avec des importances relatives différentes. Le cancer de la prostate représente 34,9% des nouveaux cas de cancers chez l'homme en France, soit 19,8% pour l'ensemble des cancers et respectivement 24,4% et

Figure 1 **Evolution du taux d'incidence brut du cancer en France et dans l'UE** entre 1980 et 2005 pour 100 000 personnes

NB : Les données pour l'UE15 ne sont renseignées qu'entre 1990 et 2004.

Dans les figures 1 et 3 le saut en 2001 provient de l'introduction des données pour la Hongrie dans la base à partir de cette année-là.



Source : OMS. Données françaises : InVS, traitement : HCL

13,25% dans l'UE ; de même chez les femmes, le cancer du sein a une importance relative plus grande en France avec 35,5% des nouveaux cas de cancers chez la femme soit 15,3% pour l'ensemble des cancers, contre respectivement 29,7% et 13,6%. Le cancer colorectal qui représente le plus grand nombre de nouveaux cas dans l'UE avec 13,7% en représente 11,7% en France et le cancer du poumon 11,8% dans l'UE et 9,8% en France. Au total ces quatre cancers réalisent 56,6% de l'incidence en France et 52,4% dans l'UE.

La France est un pays à fort taux d'incidence du cancer du sein

Taux standardisés d'incidence du cancer du sein en 2008 pour 100 000

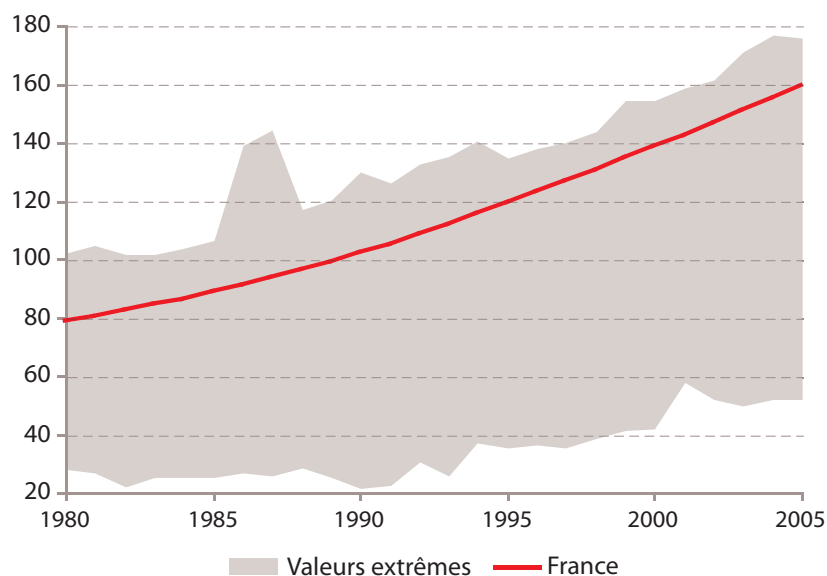
- France : 99,7
- 25^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Grèce 1,4 / Belgique 109,2

Données : IARC Globocan 2008

Dans l'UE27, le cancer du sein est de loin le cancer le plus fréquent chez la femme à la fois en termes d'incidence et de mortalité. En 2008, 332 500 nouveaux cas ont été estimés (soit 29,7% des cancers féminins ou 13,5% de l'ensemble des cancers, tous sexes confondus). Le nombre de décès est estimé à 89 800, soit 16,6% de l'ensemble des décès par cancers chez les femmes et 7,3% de l'ensemble des décès deux sexes confondus. Le taux d'incidence est généralement plus élevé en Europe de l'Ouest et du Nord et relativement faible dans la majorité des pays de l'Europe de l'Est. Ceci serait dû, en partie, à des différences d'exposition aux facteurs de risques associés au cancer du sein, incluant les facteurs socio-économiques et culturels

tels que la nulliparité, l'âge d'apparition des premières règles et de la ménopause, l'obésité et la consommation d'alcool. Certains taux d'incidence élevés pourraient également être attribuables à l'implantation rapide des programmes de dépistage dans certains pays à ressources élevées. La France en particulier est un pays à fort taux d'incidence du cancer du sein puisque le taux d'incidence standardisé à la

Figure 2 **Evolution du taux d'incidence brut du cancer du sein en France** entre 1980 et 2005



Source : OMS. Données françaises : InVS, traitement : HCL

population mondiale y est estimé en 2008 à 99,7 pour 100 000 femmes, soit le 25^e rang sur 27 pays et à rapprocher du taux moyen estimé au sein de l'UE de 77,1.

L'incidence du cancer du sein dans les pays de l'UE a constamment augmenté ces trente dernières années, y compris en France. De 1995 à 2005, le taux brut d'incidence chez les femmes en France est passé de 119 à 159 pour 100 000. Entre 1980 et 2005, le taux brut d'incidence a doublé passant de 79 en 1980 à 159 pour 100 000. Avec 50 000 nouveaux cas estimés en 2005, le cancer du sein se situe au 2^e rang de tous les cancers en France. Toutefois, le taux d'évolution, qui était estimé à environ 2,4% par an entre 1980 et 2005, a connu une légère inflexion entre 2000 et 2005. Les données de l'assurance maladie indiquent une baisse de l'incidence du cancer du sein en France pour les années 2005 et 2006 (Belot *et al.*, 2008).

En France, les taux d'incidence pour le cancer du poumon se situent dans les moyennes européennes

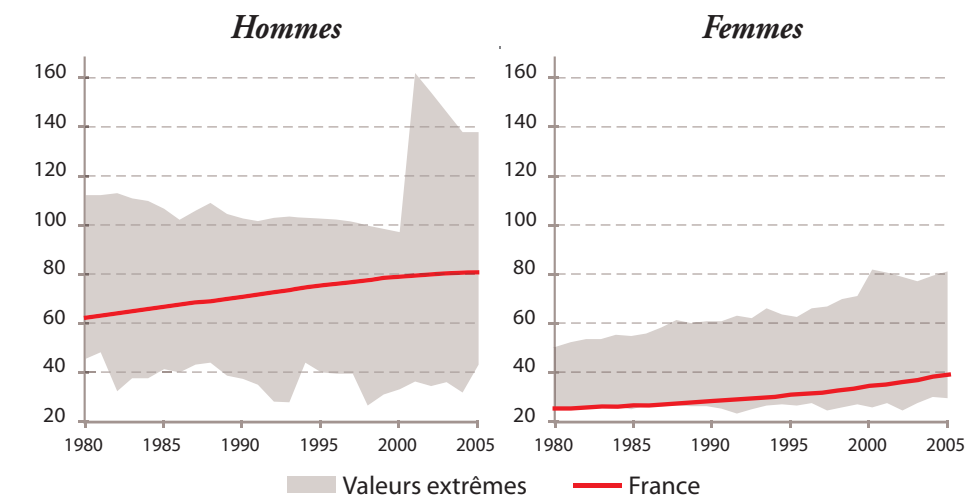
Taux standardisés d'incidence du cancer du poumon en 2008 pour 100 000	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 47,7	• France : 14,7
• 14 ^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)	• 14 ^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)
• Pays aux extrêmes : Suède 19,4/Hongrie 79,3	• Pays aux extrêmes : Chypre 4,9/Danemark 34,6
Données : IARC Globocan	

Le cancer du poumon constitue le quatrième cancer le plus fréquent en Union européenne (EU27) après les cancers du sein, de la prostate et colorectal, avec un total de 288 100 nouveaux cas estimés en 2008 dont 72% survenant chez l'homme (soit 11,7% de l'ensemble des nouveaux cas, tous sexes confondus) mais il cause le plus grand nombre de décès. Avec une estimation

de 254 000 décès soit 20,6% du total des décès par cancers, la proportion montant à 26,4% chez les hommes.

Chez l'homme, les taux d'incidence standardisés du cancer du poumon les plus élevés sont observés en Hongrie et en Pologne (respectivement 79,3 et 70,6 pour

Figure 3 **Evolution du taux d'incidence brut du cancer du poumon en France** entre 1980 et 2005 pour 100 000



Source : OMS. Données françaises : INVS, traitement : HCL

100 000) et le taux le plus faible en Suède (19,4 pour 100 000). En France, le taux d'incidence (47,7 cas pour 100 000) est proche de la moyenne de l'Union européenne (47,6).

Chez la femme, les taux les plus élevés sont retrouvés au Danemark et en Hongrie (entre 26 à 36 cas pour 100 000) alors que les taux les plus faibles sont observés à Chypre, à Malte et au Portugal (entre 5 et 6 cas pour 100 000). La France se place légèrement en dessous des autres pays de l'UE.

Depuis quelques années, la plupart des pays d'Europe de l'Ouest et du Nord montrent une stabilisation voire un déclin de l'incidence chez les hommes. Par contre une augmentation de l'incidence est observée chez les femmes dans quasiment tous les pays (voir les graphiques d'évolution des taux d'incidence bruts dans la figure 3).

Méthodologie et comparabilité

Les données d'incidence au niveau européen présentées dans cette fiche sont issues de la base de données «Globocan 2008» (Ferlay J., 2010) gérée par le CIRC pour comparer l'incidence et la mortalité par cancer à partir des dernières estimations réalisées par le CIRC, pour l'année 2008. Pour la France, les estimations 2008 utilisées par le CIRC sont issues de la modélisation des données d'incidence observées dans les registres jusqu'en 2005 et les données de mortalité observées sur la France entière, jusqu'en 2007. Elles sont fournies par Francim, et le traitement des données est effectué par le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, (HCL) en collaboration avec l'InVS, l'Institut national du cancer INCa et Francim.

Les données d'évolution en taux d'incidence brut sont issues de la base de données de l'OMS, « La santé pour tous ».

Bibliographie

Base de données : OMS, « La santé pour tous »

Base de données Globocan : <http://globocan.iarc.fr/>

Rapport « La situation du cancer en France en 2011 », INCa, octobre 2011.

Bélot A., Velten M., Grosclaude P., Bossard N., Launoy G., Remontet L., Benhamou E., Chérié-Challine L. *et al.* « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005 ». Saint-Maurice (Fra) : InVS, décembre 2008, 132 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr.

Curado M. P., Edwards B., Shin H. R., Storm H., Ferlay J., Heanue M. (2007). « *Cancer Incidence in Five Continents* », Vol. IX. IARC Scientific, Publications N° : 160, Lyon IARC.

Ferlay J., Autier P., Boniol M., Heanue M., Colombet M., Boyle P. (2006). « *Estimates of the Cancer Incidence and Mortality in Europe in 2006* ».

Ann Oncol, 2007 ; 18 : 581-92.

21 - Diabète

pour 1 000

- France : 32 cas (2005)
- 7^e rang sur 10 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Finlande 26 / Autriche 38

Données : EUCID, 2008

Cet indicateur correspond au taux de personnes atteintes de diabète (quel que soit son type). Le diabète est un trouble du métabolisme provoquant une augmentation chronique du taux de glucose dans le sang. Le diabète peut entraîner des atteintes de nombreux organes. Les complications les plus communes sont les maladies cardio-vasculaires dont l'infarctus du myocarde, l'insuffisance rénale, les atteintes neurologiques responsables d'amputations des membres inférieurs et la rétinopathie diabétique responsable de cécité.

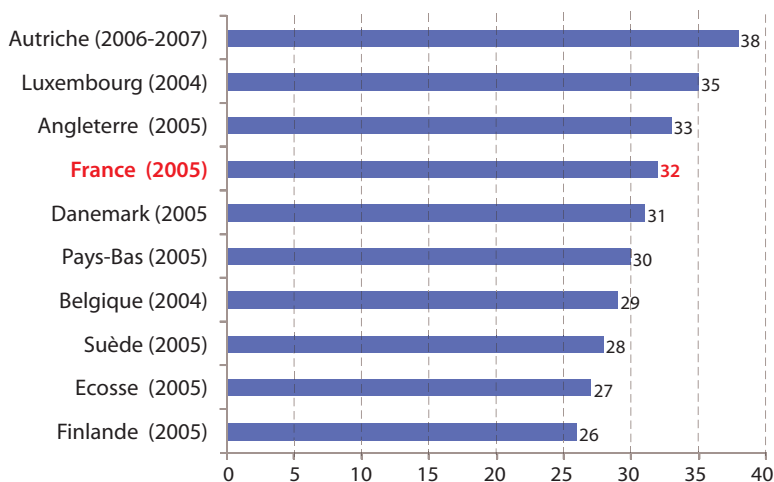
Il y a deux principaux types de diabète. Le diabète de type 1, causé par un défaut de production d'insuline, est diagnostiqué précocement. Le diabète de type 2 est le plus répandu. Il survient plus tardivement dans la vie et est dû au développement d'une résistance à l'insuline combinée à un défaut de production.

Cet indicateur sera renseigné à l'avenir à partir des données déclaratives issues de l'enquête européenne sur la santé par interview et de données administratives. Dans l'attente de ces données, la fiche utilise les résultats d'enquêtes internationales existantes.

En France, une prévalence du diabète au niveau de la moyenne européenne

Avec une prévalence de 32/1 000 individus en 2005, la France se situe dans la moyenne haute parmi 10 pays disposant de données par classes d'âge (Autriche, Belgique, Pays-Bas, Danemark, Angleterre, Ecosse, Suède, Finlande, France et Luxembourg). Elle occupe la 7^e place par ordre croissant derrière la Finlande, l'Ecosse, la Suède, la Belgique, les Pays-Bas et le Danemark, et avant l'Angleterre, le

Figure 1 **Prévalence, standardisée sur l'âge, du diabète diagnostiqué dans la population générale pour 10 pays européens** pour 1 000 individus



EUCID, 2008. Données françaises InVS

Luxembourg et l'Autriche selon l'European Core Indicators in Diabetes (EUCID, 2008). Les comparaisons européennes sont toutefois très difficiles à établir du fait de l'hétérogénéité des méthodes d'estimation des prévalences.

La population diabétique est âgée et moins favorisée socialement

En France métropolitaine, la population diabétique est estimée à 2,4 millions de personnes. Le nombre des diabétiques tend à s'accroître. Le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente (92%, soit 2,2 millions de personnes en métropole). Les diabétiques constituent une population globalement âgée (66 ans d'âge médian), économiquement plus désavantagée et de niveau d'éducation plus bas que la population générale, avec un pourcentage élevé de personnes nées à l'étranger. L'impact du niveau socio-économique a été retrouvé dans certains pays européens : Pays-Bas, Belgique, Italie, Espagne et France (Dalstra *et al*, 2005).

En France, le poids économique du diabète a fortement progressé ces dernières années

Entre 2001 et 2007, le montant total des remboursements, en rapport ou non avec le diabète, versés à l'ensemble des personnes diabétiques (12,5 milliards d'euros en 2007) a augmenté de 80%, ce qui s'explique pour une part importante par une augmentation de la prévalence du diabète (de plus de 38% en 6 ans). Les soins de pharmacie et les hospitalisations constituent les principaux postes de dépense (Ricci P. *et al*, 2010).

Méthodologie et comparabilité

Les comparaisons européennes sont difficiles à établir du fait de différences dans le recueil de l'information. En effet les données proviennent soit d'études transversales ou de cohortes avec auto-questionnaire, soit de registres médicaux, soit de bases de données administratives. En France, les données de prévalence sont issues des données de l'Assurance maladie et basées sur les remboursements de traitements antidiabétiques. Les données économiques proviennent de l'étude Entred – Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques – dont le tirage au sort est réalisé également à partir des remboursements de l'Assurance maladie. Il est probable que ces données soient sous-estimées car environ 20% des cas de diabète en France ne sont pas diagnostiqués et 10% sont diagnostiqués mais non traités pharmacologiquement (source Etude nationale nutrition santé 2006).

Bibliographie

Résultats épidémiologiques principaux d'Entred-métropole 2007-2010.<http://www.invs.sante.fr/diabete>

Dalstra *et al.* (2005). « Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases : an Overview of Eight European Countries ». *International Journal of Epidemiology*. 2005; 34:316-326

Ricci P. *et al.* « Analyse économique des soins des personnes traitées pour diabète » (études Entred 2001 et 2007). *Pratiques et organisation des soins*. Volume 41 n°1: /janvier/mars 2010.

Bonaldi C., Vernay M., Roudier C., Salanave B., Castetbon K., Fagot-Campagna A. « Prévalence du diabète chez les adultes âgés de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine ». Etude nationale nutrition santé, 2006-2007. *Diabetes Metab* 2009; 35: A18. <http://www.invs.sante.fr/diabete>

Final report European Core Indicators in Diabetes Project (EUCID):

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/action1_2005_frep_11_en.pdf

22 - Démences

- France : de 1,2% à 1,6% de la population est atteinte de démence
- 24^e rang européen selon l'étude Eurodem (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Irlande (2002) et Slovaquie 0,86% / Suède 1,56%

Données : Eurodem 2006

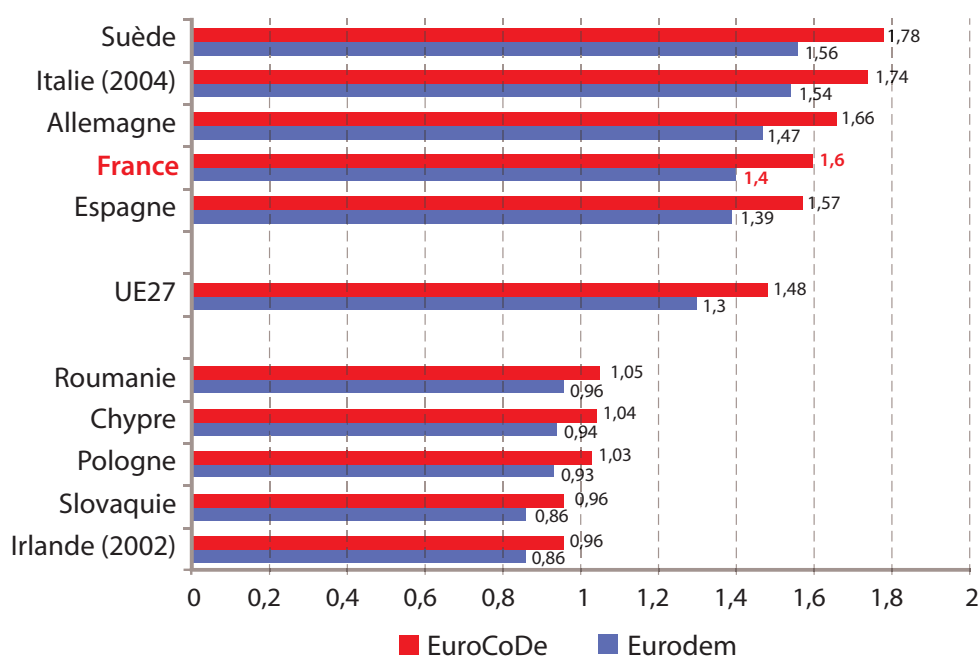
La démence fait référence au déclin progressif des fonctions cognitives et intellectuelles (raisonner, se concentrer...) qui affecte les activités de la vie quotidienne. Ce déclin est causé par une atteinte de zones spécifiques du cerveau. Le processus naturel lié au vieillissement est accéléré par la maladie. Il existe plusieurs types de démence dont la maladie d'Alzheimer est la forme la plus commune.

L'indicateur est encore en développement au niveau de l'équipe projet ECHIM. La fiche est construite à partir des travaux des réseaux européens existants..

La prévalence de la démence en France est proche de la moyenne européenne

Selon les estimations, en 2010, entre 754 000 (Mura *et al.*, 2010), 850 000 selon *the European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention on Dementia* - Action communautaire concertée sur l'épidémiologie et la prévention de la démence (Eurodem) et 1 000 000 selon *the European Collaboration on Dementia* (EuroCoDe) de personnes en France souffrent de démence. Cela représente de 1,2% à 1,6% de la population soit un taux de prévalence proche de la moyenne de l'UE27 (1,2%, 1,3% et 1,5% selon les études). D'après les données d'Eurodem et EuroCoDe (figure 1), la Suède présente le plus fort taux de prévalence dans la population générale (1,56 à 1,78%). L'Irlande en 2002 et la Slovaquie enregistrent les plus faibles taux

Figure 1 **Prévalence (%) de la démence en population générale en 2006**



Source : Eurodem et EuroCoDe 2010

(0,86 à 0,96%). En revanche, si on se rapporte à la population des personnes de plus de 65 ans, la prévalence de la démence (y compris la maladie d'Alzheimer) est plus élevée en France que dans la moyenne de l'UE (7,9% en France contre 6,95% en moyenne dans l'UE27) (Mura T. 2010).

Une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de démence est à prévoir en France et en Europe

Les projections démographiques de l'Insee anticipent une augmentation rapide de la proportion des personnes âgées dans la population : les personnes de 65 ans et plus devraient représenter environ 21% de la population totale française en 2020 et 26% en 2050. Parallèlement à ce phénomène inéluctable, la part des personnes atteintes de démence dans la population devrait s'accroître à un rythme accéléré. Entre 2010 et 2050, leur nombre sera multiplié par plus de 2 en France et dans l'Union européenne : 3,3% de la population totale européenne et 2,5% de la population totale française seraient concernés. Dans la tranche d'âge des 65 ans et plus, cette proportion atteindrait 10,1% de la population totale européenne et 9,6% en France.

Méthodologie et comparabilité

Alzheimer Europe fournit des estimations du nombre et de la proportion de personnes atteintes de démence/Alzheimer dans les pays de l'UE, mais il n'existe pas de base de données régulièrement mise à jour. Pour établir les estimations par pays, Alzheimer Europe utilise les statistiques de population d'Eurostat ainsi que les taux de prévalence du groupe Eurodem et de l'étude de Ferri *et al* (2005). Eurodem n'utilise que les données des études basées sur la population pour lesquelles la démence a été définie selon le DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition* – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), ou selon des critères équivalents, et pour lesquelles les sujets ont été examinés personnellement. Cela peut induire une sous-estimation du nombre de personnes atteintes de démence car beaucoup d'entre elles ne sont jamais diagnostiquées et, par ailleurs, sont exclues celles qui sont aux premiers stades de la maladie et n'ont pas encore été diagnostiquées. De plus, il existe des variations entre les pays selon le taux de diagnostic de la démence. Dans l'étude de Ferri *et al.*, les taux de prévalence ont été calculés en utilisant la méthode de consensus Delphi basée sur une déclaration d'experts de la démence et non directement sur des études épidémiologiques.

Bibliographie

Mura T., Dartigues J.-F., Berr C. (2010). « How Many Dementia Cases in France and Europe ? Alternative Projections and Scenarios 2010-2050 ». *European Journal of Neurology*, 17 : 252-259.

Berr C., Wancata J., Ritchie K. « Prevalence of Dementia in the Elderly in Europe ». *European neuro-psychopharmacology*. 15(2005) 463-471.

Ferri *et al.* (2005). « Global Prevalence of Dementia: a Delphi Consensus Study ». *Lancet*, 366 : 2112-7.

Insee. « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (Horizon 2030/2050) ». Insee, Résultats 2003(16) : 3-38.

Site de la DG Sanco :

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/docs/dementia2_en.pdf

23 - Dépression

- France : 6,5 % de la population a souffert de troubles de l'humeur (qui incluent les épisodes dépressifs majeurs) au cours des douze derniers mois
 - 6^e rang sur 6 pays européens (Allemagne, Italie, Espagne, Pays-Bas, Belgique, France) (ordre croissant)
 - Pays aux extrêmes :
Allemagne 3,3%/France 6,5%
- Données ESEMeD (2001-2003)

La dépression majeure est un trouble mental qui se caractérise par une humeur dépressive continue pendant au moins deux semaines, associée à une incapacité à trouver du plaisir dans des activités habituellement plaisantes, des troubles du sommeil et de l'appétit, des sentiments d'inutilité, de culpabilité, et de désespoir.

L'indicateur retenu pour la dépression majeure est le taux de prévalence d'épisodes dépressifs majeurs (EDM), soit le nombre de personnes qui ont eu un ou plusieurs épisodes au cours des douze derniers mois, rapporté à l'effectif de la population.

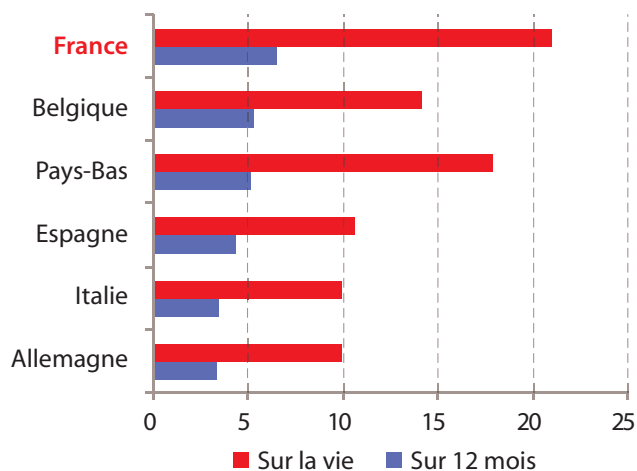
Cet indicateur sera renseigné à l'avenir à partir des données déclaratives issues de l'enquête européenne sur la santé par interview.

Dans l'attente de ces données, la fiche utilise les résultats d'enquêtes internationales existantes.

La prévalence de l'épisode dépressif majeur est élevée en France

Bien que les études de prévalence de l'épisode dépressif majeur (EDM) soient peu nombreuses et difficilement comparables, il apparaît d'après les données de deux enquêtes européennes que la prévalence de l'EDM en France soit importante en comparaison des chiffres connus pour les autres pays européens. De manière générale, la prévalence de l'EDM au cours des douze derniers mois dans les pays de l'Europe de l'Ouest se situerait autour de 5% (Mindful). Dans la base de données européenne Mindful (base qui n'est plus accessible), la prévalence au cours des douze derniers mois de l'EDM mesurée par le CIDI-SF (*Composite International Diagnostic*

Figure 1 **Prévalence (%) des épisodes de dépression au cours des douze derniers mois et sur la vie**



Source : données ESEMeD 2001

Interview – Short Form) auprès des 442 personnes de 18-74 ans était de 11,5 % pour la France en 2001 (mais seule l’Île-de-France était incluse dans l’enquête). Selon l’enquête ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) réalisée par l’OMS entre 2001 et 2003 auprès de plus de 20 000 sujets de 18 ans et plus dans six pays européens (2 894 sujets en France), la prévalence des troubles de l’humeur, qui incluent l’EDM, s’étendait de 3,3 % en Allemagne à 6,5 % en France (EPREMED *final report* 2008). Les taux de prévalence les plus élevés sont retrouvés chez les femmes, les personnes d’âge moyen et dans les groupes défavorisés (faible revenu, faible niveau d’éducation, chômage, inactivité) (Paykel *et al.*, 2005).

A l’échelle mondiale, la dépression est à l’origine de plus de 12 % des années vécues avec une incapacité et se classe comme la troisième maladie contribuant à la charge de morbidité (*global burden of disease*).

Méthodologie et comparabilité

Le recours à des méthodologies différentes et les pertes d’information liées à la traduction limitent la comparabilité des études de prévalence entre les pays (Paykel *et al.* 2005). Les seules données internationales actuellement comparables sont issues de l’enquête de l’OMS menée dans 28 pays (*World Mental Health Survey* dont l’ESEMeD est le volet européen). Les mesures sont effectuées à l’aide du WMH-CIDI (version du *Composite International Diagnostic Interview* adaptée pour l’enquête *World Mental Health*). Par ailleurs, le Mindful/WONCA (*Working Party on Mental Health*) recommande de calculer la prévalence à partir du nombre de cas répondant aux critères de l’épisode dépressif majeur au cours des douze derniers mois ajusté sur l’âge et le sexe en utilisant le CIDI-SF qui est la version abrégée du questionnaire CIDI développé par l’OMS. Le CIDI permet de diagnostiquer plus de 40 troubles mentaux définis dans la CIM 10 et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e édition) (DSM-IV). La version abrégée a l’avantage d’être de passation rapide et classifie correctement 93% des EDM par rapport au CIDI.

A l’avenir, cet indicateur sera renseigné à partir des réponses des individus à l’enquête européenne sur la santé par interview. On sait que ce mode d’interrogation implique une sous-estimation par rapport aux enquêtes épidémiologiques utilisant des instruments spécifiques tels que décrits ci-dessus.

Bibliographie *European Policy Information Research for Mental Disorders (EPREMED) final report.*

Paykel S., Brugha T., Fryers T. (2005). « *Size and burden of Depressive Disorders in Europe* ». *Eur. Neuropsychopharmacol* ; 15: 411-423.

24 - Cardiopathies ischémiques

Taux d'hospitalisation brut pour 100 000 pour infarctus du myocarde en 2008

- France : 105
5^e rang européen sur 24 pays (ordre croissant)
 - Pays aux extrêmes :
Chypre 64 (2007) /
Allemagne 269
- Données Eurostat, 2008

Le projet ECHIM retient comme définition de cet indicateur le taux d'attaque de l'infarctus aigu du myocarde (fatal et non fatal) et la mortalité coronaire pour 100 000 habitants.

Le mode de calcul retenu porte sur la tranche d'âge 35-74 ans et une bonne mesure nécessiterait de combiner les données hospitalières et les données de mortalité pour tenir compte des personnes décédées avant leur arrivée à l'hôpital.

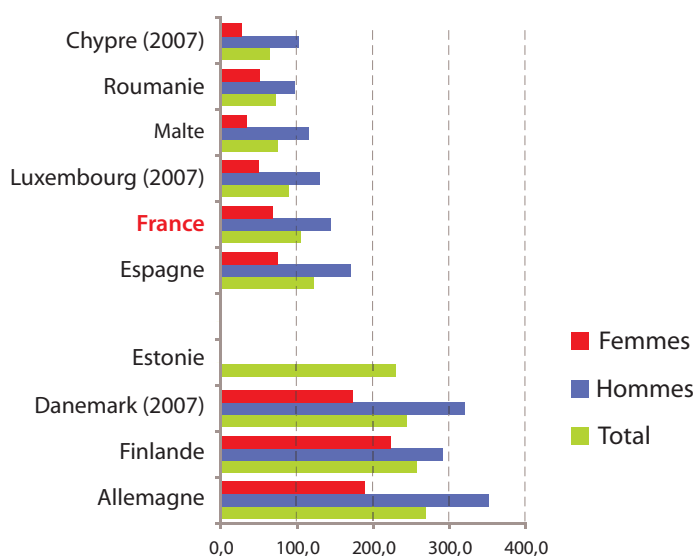
En pratique seules les données hospitalières tous âges sont directement disponibles dans les bases de données internationales.

En plus des données hospitalières, sont présentés dans cette fiche les taux de mortalité standardisés par maladies cardiaques ischémiques pour tous les âges et pour les moins de 65 ans.

Le taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde est relativement faible en France

Sur 24 pays pour lesquels les données sont disponibles, la France apparaît en cinquième position par ordre croissant pour le taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde en 2008. L'Allemagne et les pays nordiques présentent les taux les plus élevés, les états insulaires avec la Roumanie, le Luxembourg et la France se situent à l'autre extrême (voir en méthodologie pour les limites en termes de précision de ces données). Un grand écart existe entre les taux masculin et féminin, le rapport variant de 1,3 pour la Finlande jusqu'à 3,6 pour Chypre, la majorité des pays, dont la France,

Figure 1 **Taux d'hospitalisations brut pour infarctus du myocarde en 2008** pour 100 000 personnes



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

se situant aux alentours de 2. Sur la décennie passée les taux bruts baissent pour la France particulièrement pour les hommes malgré le vieillissement de la population, contrairement à la majorité des autres pays.

La France présente les taux de mortalité les plus bas d'Europe

Taux standardisés de mortalité par cardiopathies ischémiques pour 100 000	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 52,4	• France : 20,0
• 1 ^{er} rang sur 26 pays européens (ordre croissant)	• 1 ^{er} rang sur 26 pays européens (ordre croissant)
• Pays aux extrêmes : France 52,4 / Lituanie 448,7	• Pays aux extrêmes : France 20,0 / Lituanie 240,3
Données Eurostat, 2008	

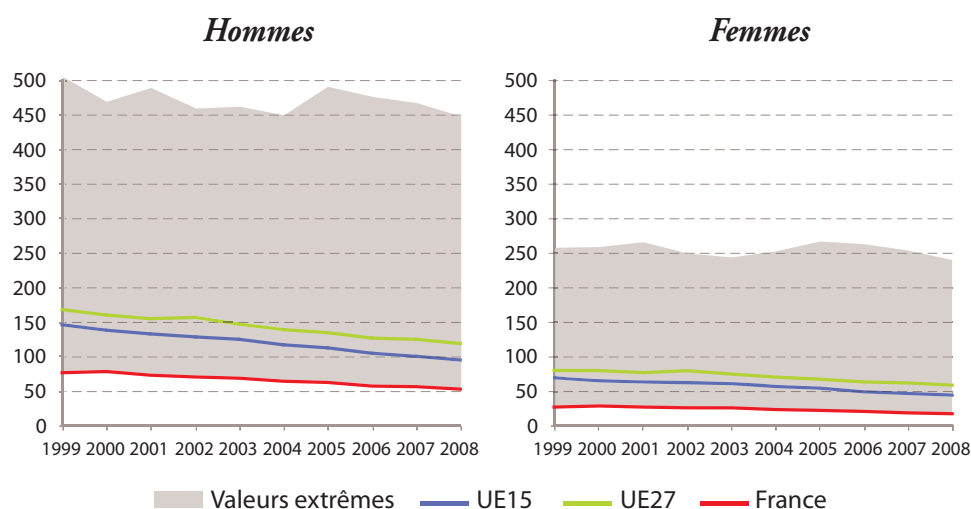
La mortalité par cardiopathies ischémiques est très faible en France comparée aux autres pays de l'UE. En 2008, 34 personnes sur 100 000 sont décédées d'une cardiopathie ischémique contre une moyenne de 64 pour 100 000 dans les pays de l'UE15. Cette moyenne est plus élevée dès lors que l'on intègre les nouveaux Etats membres avec un

taux de 85 pour 100 000 en moyenne dans l'UE27 la même année. La Lituanie affiche la mortalité la plus élevée avec un taux de 321 sur 100 000, suivie de la Slovaquie (280 pour 100 000), de la Lettonie (263 pour 100 000) et de la Roumanie (177 pour 100 000). Parmi les maladies cardio-vasculaires, les maladies cardiaques ischémiques sont la cause la plus courante de décès en Europe. Elles provoquent 744 000 décès chaque année (UE25). Près d'un homme sur six et plus d'une femme sur sept meurent de ces maladies.

Une mortalité nettement plus faible chez les femmes

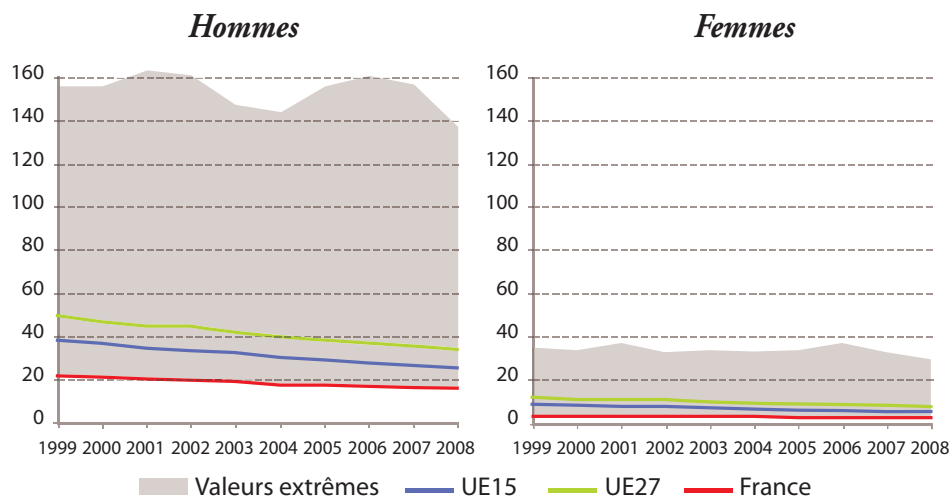
Le taux de mortalité standardisé par maladies cardiaques ischémiques en France est sensiblement inférieur chez les femmes. En 2008, il s'élevait à 52 pour 100 000 dans la population masculine contre 20 pour la population féminine. L'écart est encore

Figure 2 **Evolution des taux de mortalité standardisés pour les maladies cardiaques ischémiques en France et dans l'UE** entre 1999 et 2008, pour 100 000



Source : Eurostat. Données françaises : CéPiDC

Figure 3 **Evolution des taux de mortalité standardisés pour les maladies cardiaques ischémiques âgés de moins de 65 ans en France et dans l'UE**
entre 1999 et 2008 pour 100 000



Source : Eurostat. Données françaises : CePidc

plus important dans la population âgée de moins de 65 ans. En France, en 2008, on compte cinq fois plus de décès par cardiopathie ischémique dans cette tranche d'âge chez les hommes (15 pour 100 000) que chez les femmes (3 pour 100 000). Au niveau européen, les mêmes tendances s'observent. Le taux de décès général de l'UE est en 2008 de 117 pour 100 000 chez les hommes contre 95 chez les femmes et, en termes de mortalité prématurée avant 65 ans, les taux sont de 36 pour 100 000 chez les hommes et de 8 chez les femmes.

La mortalité par cardiopathie ischémique diminue

Depuis les années 1980, une tendance significative à la baisse est apparue tant pour les hommes que pour les femmes en France. La mortalité a été divisée par deux chez les hommes (de 112 pour 100 000 en 1980 à 52 en 2008). Tout au long de ces années, la France enregistre les taux de mortalité liée aux cardiopathies ischémiques les plus bas de l'UE. L'évolution des moyennes européennes depuis 1980 montre également une diminution d'ensemble de la mortalité chez les hommes comme chez les femmes.

Méthodologie et comparabilité

Pour les taux d'hospitalisation, Il est retenu comme tranche d'âge 35-74 ans car l'occurrence de la maladie est très rare avant 35 ans et la fréquence des comorbidités aux âges élevés rend problématique son identification précise à ces âges. Cependant la présentation de données pour une telle tranche d'âge nécessiterait une exploitation particulière des bases, car elle ne peut pas se déduire simplement à partir des formats de présentation existants.

Le taux d'attaque est retenu plutôt que le taux d'incidence essentiellement pour la raison pratique de l'impossibilité actuelle de distinguer la première occurrence dans les systèmes d'information.

Les données d'hospitalisation pour infarctus du myocarde présentées proviennent de la base d'Eurostat sur les séjours en hospitalisation complète qui dénombre les séjours d'au moins une nuit des patients de tous les hôpitaux durant l'année calendaire, classés par diagnostic principal du séjour à l'hôpital. Les regroupements de codes diagnostics sont définis dans la liste *International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation* (ISHMT). Chaque cause d'hospitalisation est exprimée en taux pour 100 000 personnes. Cette liste comporte un regroupement des codes I21 et I22 pour représenter les infarctus.

Les différences internationales doivent être interprétées avec précautions parce que ces taux ne sont pas standardisés par rapport aux structures en âge des populations.

Par ailleurs, les différences dans le recueil et le traitement des données restent importantes. L'harmonisation des encodages de pathologies n'est pas encore parfaitement implémentée. Les établissements hospitaliers où les données sont recueillies ne couvrent pas forcément les mêmes catégories suivant les pays : par exemple, le Portugal transmet des données concernant les seuls hôpitaux publics. Plusieurs autres pays incluent les patients transférés d'un hôpital à l'autre parmi les cas d'hospitalisation (avec un double décompte des sorties), à l'inverse de la norme posée par ECHIM.

Les données françaises proviennent de la Drees et sont issues d'une exploitation des bases nationales créées dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Les taux de mortalité standardisés pour les maladies cardiaques ischémiques pour tous les âges sont issus de la base de données d'Eurostat.

Les données de mortalité sont obtenues grâce la certification des causes de décès qui constitue une obligation légale dans tous les Etats membres de l'Union européenne. Les pays codent les informations médicales des certificats de décès en respectant les règles de la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM). Les indicateurs de mortalité par cause de décès sont relativement bien renseignés et calculés selon des méthodes homogènes. Les données sont standardisées par âge avec comme population de référence la population standard de l'OMS (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_cdeath_esms_an1.pdf)

Tous ces éléments permettent d'assurer une relative bonne comparabilité des données entre pays. Cependant il peut subsister certaines divergences de mode de certification ou d'interprétation et d'application des règles de la CIM qui peuvent altérer la qualité et la comparabilité des données.

Un règlement européen a été récemment adopté concernant les statistiques de décès visant en particulier à assurer une meilleure ouverture des décès survenus à l'étranger.

Bibliographie

EUROCISS (2003). «*European Cardiovascular Indicators Surveillance Set Coronary and Cerebrovascular Population-based Registers in Europe: are Morbidity Indicators Comparable? Results from the EUROCISS Project.*» *European Journal of Public Health* 13 : 55 -60.

25 - Maladies cérébro-vasculaires

Le projet ECHIM retient comme définition de cet indicateur le taux d'attaque des accidents vasculaires cérébraux (fatal et non fatal) pour 100 000 habitants.

Le mode de calcul retenu porte sur la tranche d'âge 35-84 ans et une bonne mesure nécessiterait de combiner les données hospitalières et les données de mortalité pour tenir compte des personnes décédées avant leur arrivée à l'hôpital.

En pratique seules les données hospitalières et de mortalité tous âges pour l'ensemble des maladies cérébro-vasculaires sont directement disponibles dans les bases de données internationales.

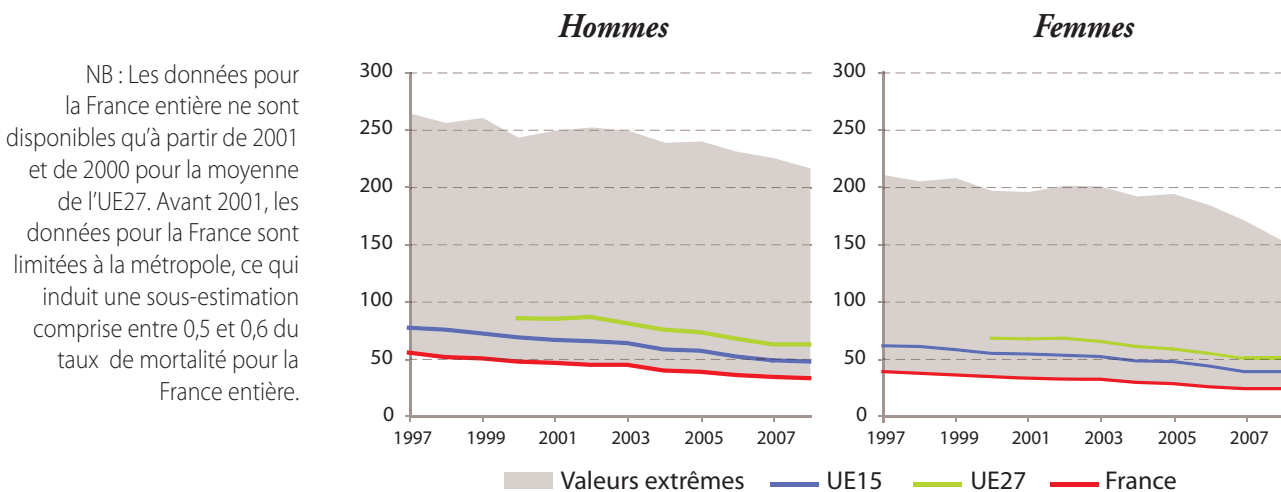
Taux standardisés de décès pour 100 000 pour maladies cérébro-vasculaires	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 32	• France : 24
• 1 ^{er} rang sur 23 européen (ordre croissant)	• 1 ^{er} rang européen (ordre croissant)
• Pays aux extrêmes : France 32 / Bulgarie 217	• Pays aux extrêmes : France 24 / Bulgarie 163
Données Eurostat, 2008	

La mortalité par maladies cérébro-vasculaires en France est la plus basse de l'UE

En France, la mortalité par maladies cérébro-vasculaires reste depuis plusieurs années la plus basse d'Europe. Le taux de décès standardisé pour les maladies cérébro-vasculaires atteint en 2008, 32 pour 100 000 chez les hommes et 24 pour 100 000 chez les femmes, nette-

ment en dessous de la moyenne des pays de l'UE27 (62 pour 100 000 hommes et 50 pour 100 000 femmes). Les moyennes de l'UE15 sont moins élevées mais restent supérieures aux taux de la France : 47 pour 100 000 hommes en 2008 et 39 pour 100 000 femmes la même année. Les taux de décès par maladies cérébro-vasculaires les plus élevés s'observent en Bulgarie, Roumanie, Lettonie et Lituanie.

Figure 1 **Mortalité par maladies cérébro-vasculaires en France et dans l'UE entre 1997 et 2008** taux de décès standardisé pour 100 000



Source : Eurostat. Données françaises : CépiDc

La mortalité par maladies cérébro-vasculaires décroît

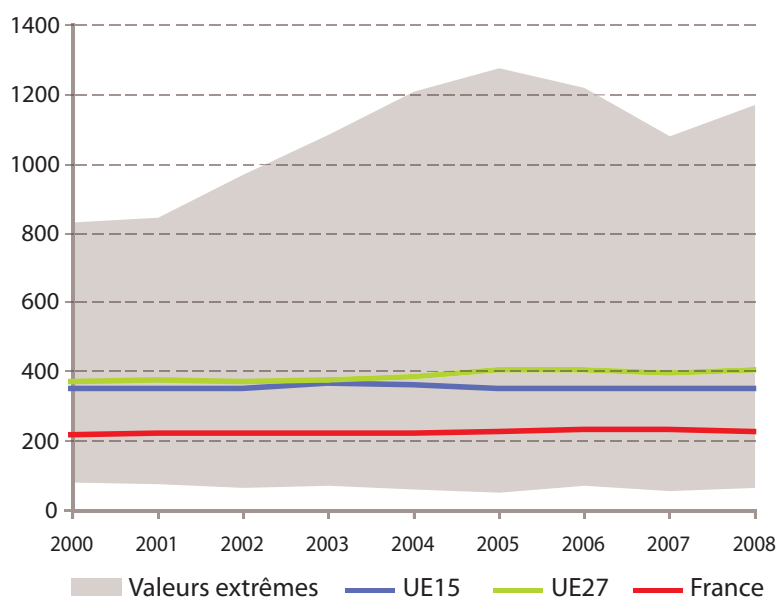
La mortalité par maladies cérébro-vasculaires décroît dans tous les pays de l'Union européenne (à l'exception de la Slovaquie, la Lituanie et la Bulgarie). En France métropolitaine, le nombre annuel de décès par maladies cérébro-vasculaires a diminué de 24% entre 1997 et 2008, de 42 449 à 31 181. Les taux standardisés de mortalité ont chuté de 40%, cette baisse étant quasiment équivalente pour les hommes et les femmes, les moins de 65 ans et les plus âgés.

Les taux d'hospitalisation pour maladies cérébro-vasculaires sont restés stables entre 2000 et 2008

La France est un des pays où le taux d'hospitalisation pour maladies cérébro-vasculaires est le plus faible (223 pour 100 000 habitants en 2008), les pays les moins bien classés se situant, comme pour les décès, parmi les nouveaux membres de l'UE mais de façon moins marquée car certains pays de l'UE15 ont également des taux élevés (Allemagne, Autriche, Finlande). Le taux moyen dans les pays de l'UE27 en 2008 est de 399 pour 100 000 et de 349 pour 100 000 dans l'UE15. Contrairement aux taux de mortalité, le taux d'hospitalisation pour maladies cérébro-vasculaires est resté stable en France entre 2000 et 2008.

Certaines régions françaises enregistrent des taux d'hospitalisation et de mortalité par maladies cérébro-vasculaires sensiblement supérieurs à la moyenne nationale, notamment La Réunion, la Guyane, la Martinique, la Picardie, le Nord - Pas-de-Calais et la Bretagne.

Figure 2 **Taux d'hospitalisation brut pour maladies cérébro-vasculaires en France et dans l'UE entre 2000 et 2008** pour 100 000



Source : OMS. Données françaises : Drees

Méthodologie et comparabilité

Il est retenu comme tranche d'âge théorique 35-84 ans car l'occurrence de la maladie est rare avant 35 ans et la fréquence des comorbidités aux âges très élevés rend problématique son identification précise à ces âges. Cependant la présentation de données pour une telle tranche d'âge nécessiterait une exploitation particulière des bases car elle ne peut pas se déduire à partir des formats de présentation existants. Le taux d'attaque est retenu plutôt que le taux d'incidence essentiellement pour la raison pratique de l'impossibilité actuelle de distinguer la première occurrence dans les systèmes d'information.

De même les listes résumées retenues dans les bases de mortalité et hospitalières ne comportent que le regroupement pour l'ensemble des maladies cérébro-vasculaires (codes I60-I69) et n'isolent pas les accidents vasculaires cérébraux (I60-I64).

Les données sur la mortalité sont obtenues grâce la certification des causes de décès qui constitue une obligation légale dans tous les Etats membres de l'Union européenne. Les pays codent les informations médicales des certificats de décès en respectant les règles de la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM).

Les indicateurs de mortalité par cause de décès sont relativement bien renseignés et calculés selon des méthodes homogènes. Les données sont standardisées par âge avec comme population de référence la population standard de l'OMS

(http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_cdeath_esms_an1.pdf)

Tous ces éléments permettent d'assurer une relative bonne comparabilité des données entre pays. Cependant, il peut subsister certaines divergences de mode de certification ou d'interprétation et d'application des règles de la CIM qui peuvent altérer la qualité et la comparabilité des données.

Un règlement européen a été récemment adopté concernant les statistiques de décès visant en particulier à assurer une meilleure ouverture des décès survenus à l'étranger.

Les données d'hospitalisation pour maladies cérébro-vasculaires présentées proviennent de la base, « la santé pour tous » du bureau pour l'Europe de l'OMS qui présente des données pour l'UE27 et l'UE15.

Les différences internationales doivent être interprétées avec précautions parce que ces taux, contrairement à la mortalité, ne sont pas standardisés par rapport aux structures en âge des populations.

Par ailleurs les différences dans le recueil et le traitement des données restent importantes. L'harmonisation des encodages de pathologies n'est pas encore parfaitement implémentée. Les établissements hospitaliers où les données sont recueillies ne couvrent pas forcément les mêmes catégories suivant les pays, et plusieurs pays incluent les patients transférés d'un hôpital à l'autre parmi les cas d'hospitalisation (avec un double décompte des sorties), à l'inverse de la norme posée par ECHIM.

Les données françaises sur les taux de séjours hospitaliers sont issues de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) exploitée par la Drees. Elles portent sur les séjours (et non les patients hospitalisés) dans les unités de soins de

courte durée en médecine et spécialités médicales, chirurgie et spécialités chirurgicales et gynécologie-obstétrique (MCO).

Bibliographie EUROCISS (2003). « *European Cardiovascular Indicators Surveillance Set Coronary and Cerebrovascular Population-based Registers in Europe: are morbidity indicators comparable ? Results from the EUROCISS Project.* » *European Journal of Public Health* 13 : 55-60. Site du projet EUROCISS : http://www.cuore.iss.it/eurociss/en/project/projectll_report2007.asp

26 - Asthme

L'indicateur retenu concernant l'asthme est la proportion de personnes ayant reçu un diagnostic d'asthme ou en ayant été affecté durant les douze derniers mois.

Il est prévu d'utiliser la prévalence déclarée par l'enquête santé européenne dont les résultats n'étaient pas disponibles lors de la réalisation de ce rapport.

Une seconde source sera l'utilisation de sources administratives ou de registres, chaque pays étant responsable du meilleur choix. Ces données devront être standardisées selon l'âge.

En l'absence des résultats de l'enquête santé européenne, les données disponibles dans les bases de données internationales sont les taux d'hospitalisations.

Si pour certaines maladies le taux d'hospitalisations peut être utilisé pour approcher la fréquence de la pathologie, ce n'est absolument pas le cas pour l'asthme pour lequel un objectif de santé publique est d'éviter l'hospitalisation par une meilleure prise en charge en soins primaires.

La France se classe au dixième rang des pays de l'UE27 en termes d'hospitalisation

Taux d'hospitalisations pour asthme en 2009 pour 100 000

- France : 63 séjours
- 10^e rang européen sur 26 pays (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Portugal 24 / Lettonie (2008) 209

Données : Eurostat 2009

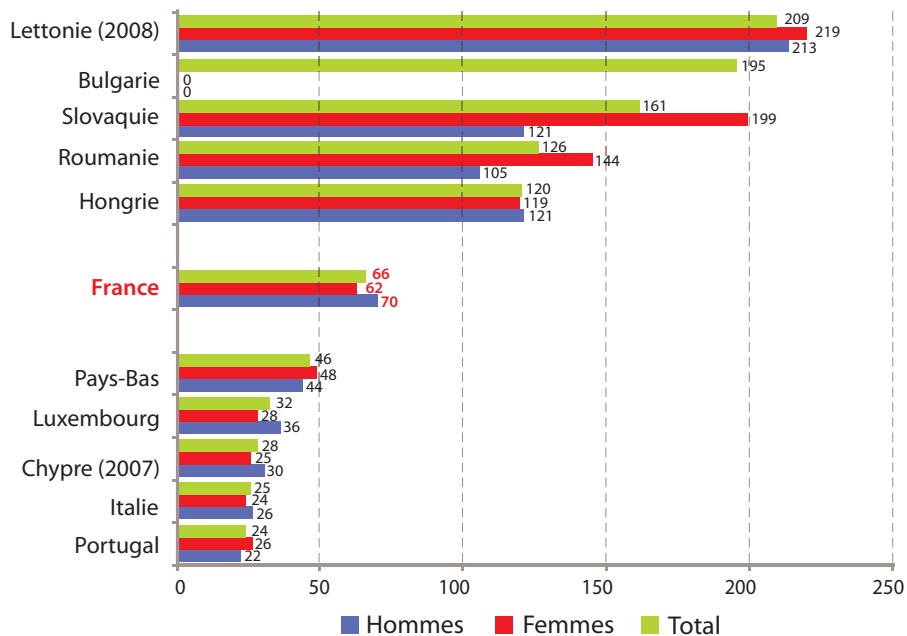
En 2009, les pays méditerranéens enregistrent un taux d'hospitalisation pour asthme plus faible que dans les pays Baltes et en Europe de l'Est. Le Portugal, l'Italie, Chypre, le Luxembourg et les Pays-Bas sont les pays ayant les taux les plus bas. A l'opposé, la Lettonie enregistre un taux très élevé de 209 hospitalisations pour 100 000.

Les études internationales *European Community Respiratory Health* (ECRHS) suggèrent que, à côté des facteurs climatiques et de la qualité de la prise en charge des patients, des facteurs socio-économiques influencent la fréquence de crises d'asthme. Des études Irdes ont également montré l'influence des facteurs socio-

économiques sur la prévalence de l'asthme et sur son niveau de contrôle, les catégories sociales défavorisées étant plus sujettes à l'asthme et à son mauvais contrôle ainsi que l'influence de la comorbidité (obésité, reflux gastro-œsophagien...).

Figure 1 **Taux brut d'hospitalisations avec un diagnostic d'asthme en 2009 pour les hommes et pour les femmes pour 100 000 habitants**

La ventilation par sexe n'est pas fournie pour la Bulgarie



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

Les taux d'hospitalisations pour asthme diminuent en Europe

Les taux d'hospitalisations pour asthme ont tendance à baisser en Europe depuis les années 2000, signant une meilleure prise en charge de ville contemporaine d'un arsenal thérapeutique plus performant.

En France, le taux annuel standardisé a diminué, passant de 108 pour 100 000 en 1998 à 84 pour 100 000 en 2008 (-2,3% par an en moyenne). Cette diminution des taux s'observe chez les enfants âgés de 10 ans ou plus et chez les adultes. En revanche, aucune diminution statistiquement significative n'est observée chez les moins de 10 ans et les taux ont même augmenté chez les plus jeunes. Chez l'adulte, les taux semblent stables depuis 2004.

Les taux d'hospitalisations varient selon le sexe et l'âge, les enfants de sexe masculin étant plus sujets à la maladie alors que les femmes le sont plus souvent après 50 ans.

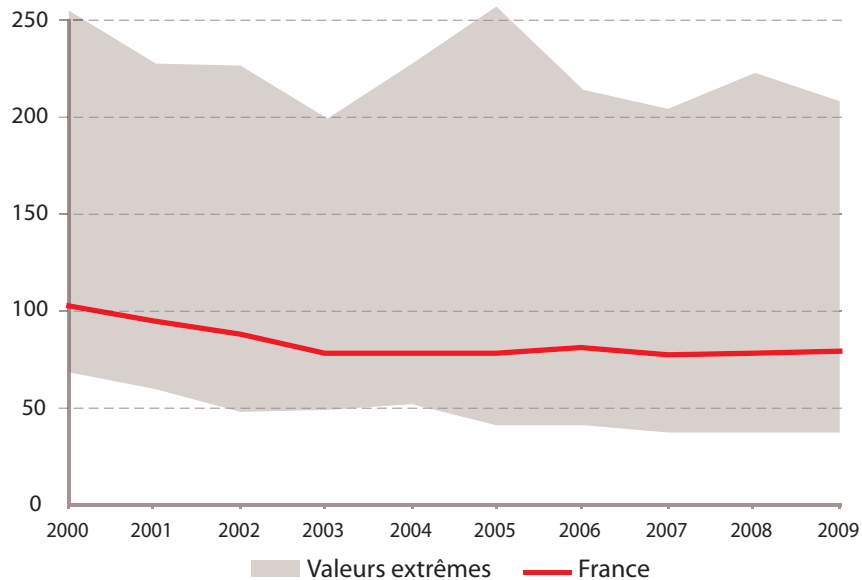
La prévalence de l'asthme est estimée à 9% chez les enfants en France avec plus d'un tiers d'entre eux dont l'asthme n'est pas contrôlé. La mortalité par asthme a diminué depuis les années 90, mais cette baisse a essentiellement concerné les plus jeunes (moins de 45 ans).

Méthodologie et comparabilité

Idéalement, la prévalence de l'asthme dans la population devrait être calculée à partir du nombre de personnes asthmatiques diagnostiquées. En pratique, le plus souvent, seules les données sur les hospitalisations pour cause d'asthme et celles de l'asthme déclaré par les patients sont disponibles, mais les premières mesurent en fait la performance du système de santé (elles évoluent à la baisse en France alors

Figure 1 **Evolution du taux brut d'hospitalisations pour asthme entre 2000 et 2009 pour 100 000 habitants**

La courbe des valeurs extrêmes est artificiellement hachée en raison de manques dans les données des États (par exemple valeur non encore transmise pour la Lettonie pour 2009).



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

que la prévalence augmente) et les secondes présentent des biais (sous-diagnostic ou variabilité de l'accès aux soins qui impliquent une méconnaissance de leur état par les patients).

Les données françaises concernant les taux d'hospitalisations proviennent de la Drees et de l'InVS (analyse du PMSI) et portent sur les séjours (et non les patients hospitalisés, un patient pouvant être hospitalisé plusieurs fois dans l'année) dans les unités de soins de courte durée en médecine et spécialités médicales. Un changement dans le mode de codage des crises d'asthme entraînant une hospitalisation, lié au passage à la CIM10 en 2000, a conduit à une augmentation du nombre de cas pris en compte. Les données européennes sont des données brutes alors qu'un meilleur suivi du phénomène nécessiterait une standardisation.

Bibliographie

- Com-Ruelle L., Da Poian M.-T., Le Guen N. (2010). « Les dépenses médicales de ville des asthmatiques en 2006 », *Questions d'économie de la santé* Irdes n° 152, 2010/03, 8 p.
- Afrite A., Allonier C., Com-Ruelle L., Le Guen N., avec la collaboration de Annesi-Maesano I., Delmas M.-C., Fuhrman C., Leynaert B. (2008). « L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes », *Questions d'économie de la santé* Irdes n° 138, 2008/12, 8 p.
- Delmas M.-C., Leynaert B., Com-Ruelle L., Annesi-Maesano I., Fuhrman C., (2008). « Asthme : prévalence et impact sur la vie quotidienne ». Analyse des données de l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee, InVS, 2008/02, 92 p.
- Pascal L., Delmas M.-C., Fuhrman C. (2007). « Hospitalisations pour asthme en France métropolitaine 1998-2002 ». Évaluation à partir des données du PMSI, Rapport InVS 2007/01, 60 p.
- Pascal L., Fuhrman C., Durif L., Nicolau J., Charpin D., Dujols P., Delmas M. C. (2007). « Évolution des hospitalisations pour asthme en France métropolitaine, 1998-2002 ». *Rev Mal Respir* 2007 ; 24:581-90.
- Com-Ruelle L., Crestin B., Dumesnil S. (2000). « L'asthme en France selon les stades de sévérité », *Questions d'économie de la santé* Irdes n° 25. Février 2000, 4 p., et rapport Credes correspondant n°1290, 192 p.
- Drees (2010). « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2011.

27 - Broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO)

L'indicateur retenu concernant les BPCO est la proportion de personnes ayant reçu un diagnostic de BPCO ou en ayant été affectées durant les douze derniers mois.

Il est prévu d'utiliser la prévalence déclarée par l'enquête santé européenne dont les résultats n'étaient pas disponibles lors de la réalisation de ce rapport.

Une seconde source sera l'utilisation de sources administratives ou de registres, chaque pays étant responsable du meilleur choix. Ces données devront être standardisées selon l'âge.

Dans l'attente des résultats de l'enquête santé européenne, les données disponibles dans les bases de données internationales sont les taux d'hospitalisations.

Si pour certaines maladies les taux d'hospitalisation peuvent être utilisés pour approcher la fréquence de la pathologie, ce n'est absolument pas le cas pour les BPCO. Dans ce cas, ils sont plus à mettre en relation avec l'efficacité du système de soins puisque la prévalence des BPCO augmente alors que les taux d'hospitalisations diminuent sur longue périodes.

Des données de cadrage de prévalence sont également fournies à travers l'enquête santé 2002-2003.

Taux d'hospitalisations brut pour BPCO en 2009 pour 100 000 personnes

- France : 94 séjours
- 2^e rang européen sur 24 pays (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Chypre (2007) 62 / Roumanie 548

Données Eurostat, 2009

En matière de BPCO, la France fait partie des pays les moins concernés en termes d'hospitalisation avec un taux brut de 94 séjours pour 100 000 personnes en 2009 ce qui la place au 2^e rang de l'UE par ordre croissant parmi les 24 pays dont les données sont disponibles. Chypre est le pays le moins concerné par ce type de pathologies, avec un taux de 62 séjours pour 100 000 habitants, mais pour des données qui datent de 2007. L'amplitude est considérable entre les pays les plus concernés (Roumanie, Autriche, Hongrie, Danemark, Irlande) et les pays aux taux les plus favorables (Chypre, France, Portugal, Slovaquie). Les taux d'hospitalisations sont très hétérogènes entre pays géographiquement proches, notamment en Europe centrale. A l'exception du Danemark, de la Suède et du

Royaume-Uni, les taux d'hospitalisation sont supérieurs chez les hommes (ce qui est le cas pour la France avec un taux pour les hommes près de deux fois supérieur à celui des femmes) parfois dans des proportions considérables, le cas extrême étant celui de l'Espagne (295 *versus* 78). Globalement, le taux brut des hospitalisations pour BPCO se révèle assez stable sur la période 2000-2009, avec la réserve de variations brusques difficilement explicables pour certains pays sans informations complémentaires dans les bases de données (augmentations très fortes à Malte et en Roumanie sur la dernière période). Cependant, une étude plus précise quant aux motifs d'hospitalisation retenus (voir la méthodologie) réalisée par l'InVS sur l'évolution en France entre 1998 et 2007 relève une augmentation des taux standardisés d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO chez les hommes comme chez les femmes de 25 ans et

plus : selon la définition choisie (stricte ou large) de 1,2 à 1,6% par an chez les hommes et de 3,8 à 4,4% chez les femmes.

Des facteurs environnementaux et sociaux

Le principal facteur de risque de bronchite chronique et de BPCO est le tabagisme. Toutefois, près de la moitié des individus ayant déclaré avoir des symptômes de bronchite chronique n'avaient jamais fumé quotidiennement. Certaines études ont mis en évidence des prévalences relativement élevées de la BPCO chez des personnes n'ayant jamais fumé, soulignant le rôle des autres facteurs de risque parmi lesquels les expositions professionnelles, le tabagisme passif, la pollution atmosphérique ou domestique et le niveau socio-économique.

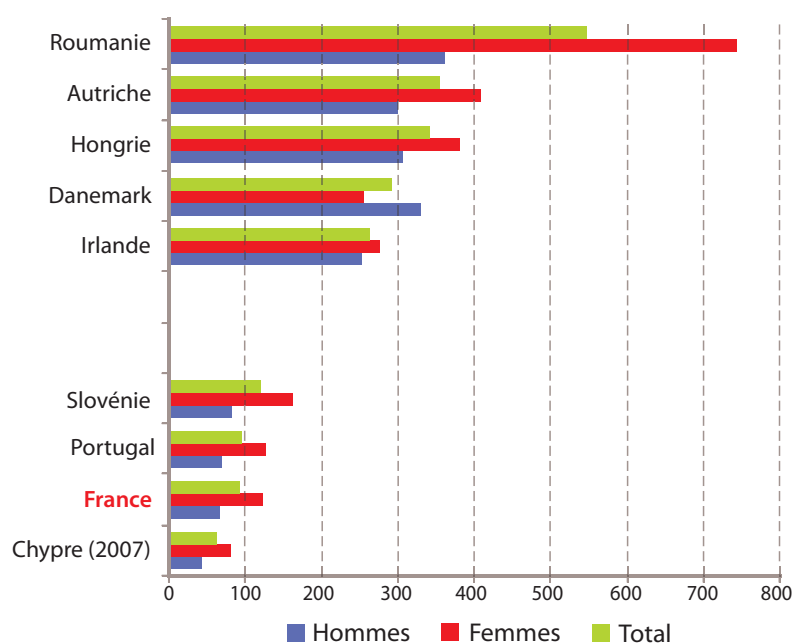
Données de cadrage de prévalence d'après l'enquête santé 2002-2003

La prévalence de la bronchite chronique chez les 45 ans ou plus était de 3,5%. La prévalence augmentait avec l'âge et les hommes étaient plus touchés que les femmes (respectivement 4,9% et 2,3%). Elle était plus élevée chez les fumeurs actifs (7,4%) que chez les anciens fumeurs (3,7%) ou chez les non-fumeurs (2,4%).

La prévalence de la bronchite chronique, estimée ici à 3,5%, est concordante avec les autres études réalisées en France : 4,1% dans une étude menée en 2000 en population générale et 3,9% dans une étude conduite en 2003 dans les Centres d'examens de santé.

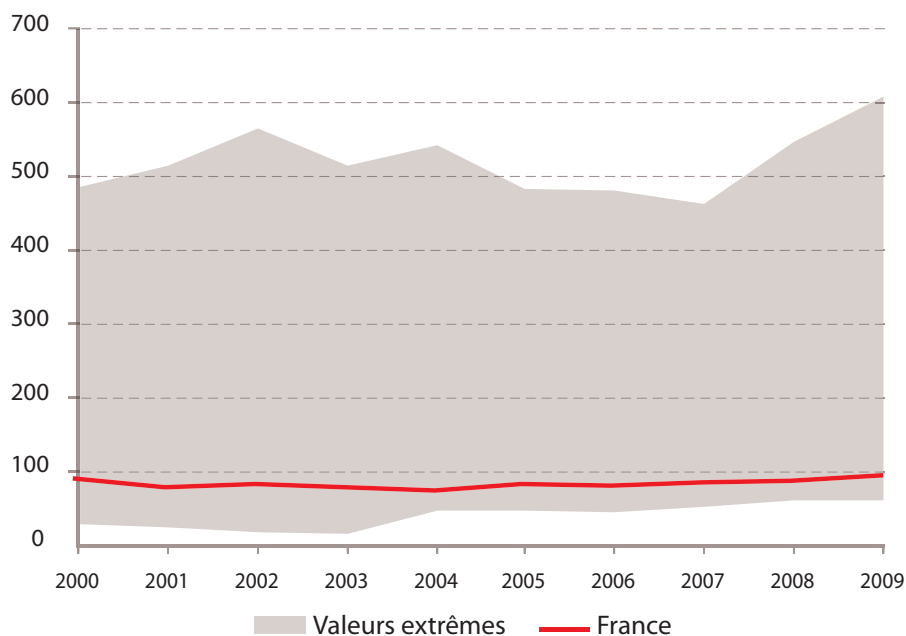
Les prévalences de la BPCO et de la bronchite chronique en France semblent être parmi les plus faibles des pays industrialisés. Dans l'étude européenne ECRHS, les prévalences de la BPCO et des symptômes respiratoires observés en France sont parmi

Figure 1 **Taux brut d'hospitalisations avec un diagnostic de BPCO en 2009 pour les hommes et pour les femmes** pour 100 000 habitants



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

Figure 2 **Evolution du taux brut d'hospitalisations pour BPCO entre 2000 et 2009**
pour 100 000 habitants



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

les plus faibles d'Europe. Les taux de mortalité par BPCO sont également plus faibles en France qu'en Amérique du Nord ou dans les autres pays d'Europe. Ces différences peuvent être liées à des différences d'exposition à certains facteurs de risque, notamment le tabagisme, mais également à des différences dans le sous-diagnostic de la maladie et le degré de banalisation des symptômes respiratoires. Ces résultats relatifs sont donc cohérents avec ceux des taux d'hospitalisations, même si ceux-ci sont influencés par d'autres facteurs.

Méthodologie et comparabilité

Les données d'hospitalisation pour BPCO présentées proviennent de la base d'Eurostat sur les séjours en hospitalisation complète qui dénombre les séjours d'au moins une nuit des patients de tous les hôpitaux durant l'année calendaire, classés par diagnostic principal du séjour à l'hôpital. Les regroupements de codes diagnostics sont définis dans la liste ISHMT. Chaque cause d'hospitalisation est exprimée en taux pour 100 000 personnes. Cette liste comporte un regroupement des codes J40-J44 + J47 pour représenter les maladies pulmonaires obstructives chroniques et bronchectasie.

Les données françaises proviennent de la Drees et de l'InVS et sont issues d'une exploitation des bases nationales créées dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). L'étude de l'InVS mentionnée concernant les hospitalisations pour exacerbation de BPCO utilise les codes J43 et J44.

Les données posent des problèmes de comparabilité car les taux d'hospitalisations ainsi calculés sont sous-évalués. Les données relevées par les questionnaires de santé posent également des problèmes de comparabilité dans la mesure où les questions posées ne sont pas standardisées.

Bibliographie Pauwels R. (2000). « COPD : the scope of the problem in Europe ». Chest, 117, 332s-335s.
« Global strategy for the diagnosis management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease » (updated 2009).

Bronchite chronique : prévalence et impact sur la vie quotidienne

Fuhrman C. (InVS, Saint-Maurice), Roche N. (Hôpital Hôtel-Dieu, Paris), Vergnenègre A. (Hôpital du Cluzeau, Limoges), Chouaid C. (Hôpital Saint-Antoine, Paris), Zureik M. (Inserm U700, Université de médecine Bichat, Paris), Delmas M.C. (InVS, Saint-Maurice), Analyse des données de l'enquête santé Insee 2002-2003.

Synthèse du rapport - InVS, Février 2008

http://www.invs.sante.fr/publications/2008/bronchite/RAPP_SCI_Bronchite_Web.pdf

Roche N. 1 (nicolas.roche@htd.aphp.fr), Zureik M. 2, Vergnenègre A. 3, Huchon1G., Neukirch F. 2,

Données récentes sur la prévalence de la broncho-pneumopathie chronique obstructive en France :

BEH InVS 2007. http://www.invs.sante.fr/beh/2007/27_28/beh_27_28_2007.pdf

« Hospitalisations pour exacerbations de BPCO : comment les identifier à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information ? (PMSI) »

Fuhrman C., Delmas M. C. InVS (2009) <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>

et <http://www.invs.sante.fr/surveillance/bpco/default.htm> :

« Hospitalisations pour exacerbations de broncho-pneumopathie chronique obstructive », analyse des données du PMSI.

28 - Petits poids de naissance

Le petit poids de naissance est lié à une naissance prématurée et/ou à une croissance intra-utérine limitée. Il s'associe souvent à un taux de mortalité plus élevé, une hausse de la morbidité et des complications à long terme.

Cet indicateur correspond au nombre de naissances vivantes d'enfants de moins de 2 500 g par an, exprimé en pourcentage du nombre total de naissances. Cet indicateur renseigne sur la prévention prénatale, les soins effectués pendant la grossesse et la période périnatale.

La France, dans la moyenne des pays de l'UE

- France : 6,4% de petits poids de naissance
- 11^e rang sur 26 pays européens
- Pays aux extrêmes : Finlande 4,3%/Grèce 9,6%

Données : OCDE et OMS 2009
France : Inserm/Drees (2010)

La France se place en 2009-2010 au 11^e rang de l'UE des pays enregistrant le moins de naissances d'enfants pesant moins de 2 500 grammes (6,4% des naissances vivantes). La même année, la Finlande enregistre 4,3% de petits poids de naissance, avec des résultats pratiquement équivalents pour la Suède et les pays Baltes. Les pourcentages les plus élevés sont relevés en Grèce (9,6%), en Bulgarie (8,5%), en Hongrie (8,4%) et au Portugal (8,2%).

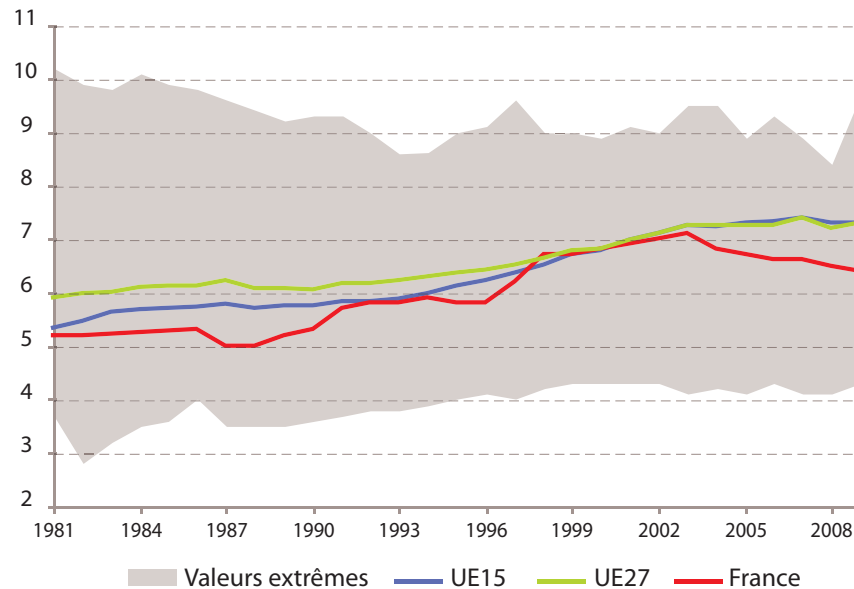
Le pourcentage de petits poids de naissance est en constante augmentation depuis 1980. On constate néanmoins un infléchissement de cette croissance dans l'ensemble des pays membres. Depuis

2004, le pourcentage diminue en France.

En 2003, l'enquête nationale périnatale (Blondel B., Supernant K. *et al.* 2005) indiquait que 7,2% des enfants nés vivants en France métropolitaine pesaient moins de 2 500 g. Les enfants de très petits poids (<1 500g) représentaient 0,85% des naissances

Figure 1 **Pourcentage de petits poids de naissance (% de naissances vivantes) en France et dans l'UE entre 1980 et 2009**

NB : Les données de l'OCDE ont été complétées pour certains pays et certaines années par celles de l'OMS quand celles-ci étaient disponibles. Les moyennes de l'UE15 et de l'UE27 sont fournies exclusivement par l'OMS



Source : OCDE et OMS. Données françaises Inserm/Drees

vivantes en 2003. La proportion de très petits poids de naissance est assez homogène dans les Etats membres de l'UE. Ils représentaient en 2004 moins de 1% de ces naissances.

En confirmation de la tendance indiquée plus haut, le pourcentage des enfants nés vivants en France métropolitaine pesant moins de 2500 g, fourni par l'enquête nationale périnatale de 2010 est en diminution à 6,4% (« La situation périnatale en France en 2010 » – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale *Etudes et résultats* n°775 octobre 2011).

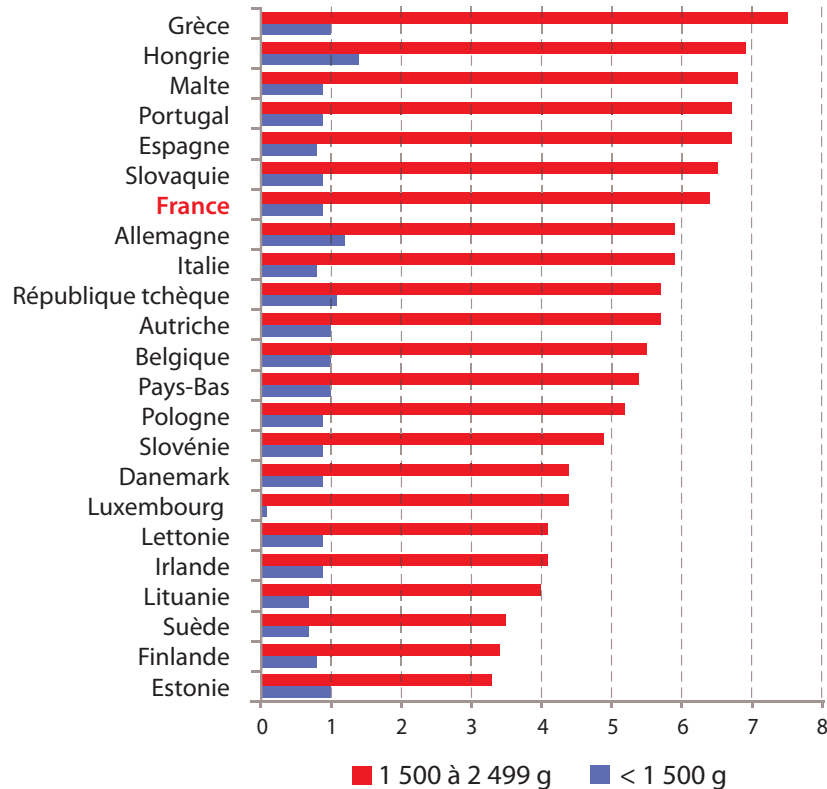
Le poids et la taille des mères ont par ailleurs une influence sur le poids des nouveau-nés : les pays où la taille des mères est moins grande comptent plus de bébés de faible poids. La figure 2 montre bien *a contrario* que, dans les pays du nord de l'UE, les pourcentages de petits poids de naissance sont plus faibles.

Méthodologie et comparabilité

Les pourcentages de petits poids de naissance présentés sont issus de la base de données de l'OCDE, complétés par des données de l'OMS (pour certains pays et certaines années manquantes). La plupart des pays utilisent la même définition, cependant certains n'enregistrent pas cet indicateur de façon systématique. Les Pays-Bas, par exemple, ont obtenu leurs données au moyen d'une enquête.

Les données pour la France proviennent de la Drees à partir des informations tirées des certificats de santé au 8^e jour (CS 8) après la naissance et de façon périodique par une enquête plus détaillée couvrant toutes les naissances une semaine donnée. Il est à noter que les CS 8 ne sont pas exhaustifs. Il manque notamment les enfants transférés ou décédés, lesquels ont souvent un petit poids de naissance. Les dernières données exploitées portent sur les années 2006 et 2007 pour les CS 8 complétés par le résultat de la dernière enquête nationale périnatale de mars 2010.

Figure 2 **Très petits et petits poids de naissance (% de naissances vivantes) dans l'UE en 2004**



Source : Euro-Peristat project 2008. Données françaises : Drees

Le projet Euro-Peristat (Euro-Peristat project with SCPE Eurocat Euroneostat 2008) recommande la classification complémentaire suivante :

- 1 - Proportion des naissances par intervalles de 500 g, exprimée en proportion par rapport au nombre total des naissances (vivantes et mort-nées), en fonction du :
 - statut vital (vivant/mort-né),
 - âge gestationnel : 22-36 SA (prématurée) ; 37-41 SA (à terme) ; >41 SA (post-terme)
 - type de grossesse : simple, multiple
- 2 - Proportion de naissances de moins de 1 500 g par rapport au nombre total des naissances (vivantes et mort-nées)

Bibliographie

Blondel B., Supernant K., *et al.* (2005). Enquête nationale périnatale - 2003 « Situation en 2003 et évolution depuis 1998 », Inserm.

Euro-Peristat *project with SCPE Eurocat Euroneostat* (2008). *European Perinatal Health Report*.

Blondel B. et Kermarrec M. (2010). Enquête Nationale Périnatale - 2010, « Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 ».

Synthèse effectuée par le bureau, « État de santé de la population » (Drees) à partir de l'analyse et du rapport réalisé par Blondel B. et Kermarrec M. (U953 Inserm (2011), « La situation périnatale en France en 2010 », *Études et résultats*, Drees, n° 775, octobre.

29 - Accidents de la vie courante

Les accidents de la vie courante sont les traumatismes non intentionnels qui ont lieu au domicile et/ou pendant le temps libre (école, loisirs, sport). L'indicateur retenu par le projet ECHIM pour les accidents de la vie courante est l'incidence de ces accidents. A l'avenir, il sera renseigné à partir des données déclaratives issues de l'enquête européenne sur la santé par interview.

Les données relatives aux accidents de la vie courante sont recueillies de façon différenciée selon les pays et dépendent pour partie des organisations des soins ; les estimations sont associées à des intervalles de confiance élevés qui limitent d'autant les comparaisons et les analyses sur les évolutions temporelles.

Il existe peu de données sur l'incidence des accidents de la vie courante. Lorsque celles-ci existent, elles concernent les accidents de la vie courante dans leur ensemble, ou de grandes catégories (accidents domestiques, de sport, chutes etc.), et non des incidences plus spécifiques de tel ou tel accident. La qualité globale des données est insuffisante pour conduire des analyses fiables (voir paragraphe méthodologie ci-dessous.). Le projet de « Base de données européenne sur les blessures » (*European Injury Database, IDB*), développé dans plusieurs pays européens, permet de produire des descriptifs d'accidents de la vie courante dans les hôpitaux ayant participé à la collecte des données, mais ne bénéficie pas actuellement d'une méthodologie reconnue et partagée d'estimation de taux d'incidence en population (et de leurs intervalles de confiance).

En France, quelques estimations d'incidence ont été produites, à partir de différentes sources de données, des accidents de la vie courante traités à l'hôpital (aux urgences ou en hospitalisation). D'après l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac), ce taux d'incidence a été estimé en 2006 chez les 15 ans et plus à 54 accidents pour 1 000, ce qui correspondrait à un taux tous âges confondus de l'ordre de 87 pour 1 000. Selon une autre source, l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) réalisée en 2004, ce taux d'incidence estimé serait de l'ordre de 78 pour 1 000.

Les difficultés constatées au niveau national se retrouvent au niveau européen

Les écarts constatés entre sources de données nécessitent d'être résolus, afin de pouvoir disposer de données sur lesquelles des analyses pertinentes pourront être conduites.

Les enquêtes transversales en population sont sans doute la voie à privilégier pour établir des comparaisons entre pays, en ayant recours à une méthode unique et un noyau commun de questions. Les modalités de collecte et d'analyse de qualité des données collectées devraient cependant être décrites, afin de pouvoir estimer le degré de précision des résultats publiés.

Méthodologie et comparabilité

Les enquêtes permettant de rendre compte en France et dans les autres pays européens du nombre, de la répartition, des facteurs de risque de survenue des accidents de la vie courante sont de plusieurs types : bases de données sur les causes de décès et sur les motifs d'hospitalisation, enquêtes ponctuelles en population générale, enquête permanente auprès d'un nombre limité d'hôpitaux, enquêtes répétées sur des risques spécifiques. Néanmoins, très peu de sources enregistrent l'ensemble des informations permettant de caractériser un accident de la vie courante. Le recours à différentes méthodes de recueil (enquêtes déclaratives, enquêtes sur des échantillons spécifiques...) fait que les données sont rarement comparables au niveau international.

Selon Eurosafe (organisation non gouvernementale agissant dans le domaine de la prévention des accidents), la surveillance des accidents domestiques et de loisirs est négligée dans la plupart des États membres de l'UE (Eurosafe, 2007). La base de données européenne des blessures (*EU Injury Database IDB*) tente d'y remédier en recueillant les données des accidents et blessures à partir des registres des services d'urgence d'une sélection d'hôpitaux dans les États membres de l'Union européenne. Douze pays ont mis en œuvre l'enquête IDB. Cependant, seuls sept pays ont fourni des chiffres entre 2002 et 2007 mais de manière disparate. Ainsi en 2006, les données ne sont disponibles que pour quatre pays dont la France (Autriche, Danemark et Suède) et, en 2007, seul le Danemark a alimenté la base. En outre, les recueils de données sont très variables d'un pays à l'autre, notamment car les méthodologies de recueil, de vérification de la qualité et de l'exhaustivité des données diffèrent. L'absence de standardisation de la méthodologie de recueil de l'incidence des accidents de la vie courante rend impossible la comparaison des données entre les pays.

Une des sources de données françaises est l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac). Cette enquête est implantée dans les services d'urgence de onze hôpitaux alors que le pays compte près de 630 services d'urgence. Compte tenu de la taille réduite de l'échantillon et de la grande variabilité du recours aux services d'urgence en fonction de leur implantation, le calcul d'estimations nationales nécessite donc des modélisations complexes non réalisées au niveau européen et est assorti d'intervalles de confiance importants.

A l'avenir, les enquêtes européennes sur la santé par interview permettront d'estimer l'incidence des accidents de la vie courante à l'aide de questions portant sur les accidents survenus dans l'année ainsi que sur les éventuelles consultations (consécutives à l'accident) auprès d'un médecin, d'un(e) infirmier(e) ou d'un service d'urgence.

Bibliographie

Eurosafe. *Injuries in the European Union (EU). Statistics summary 2003 – 2005, featuring the EU Injury Database (IDB)*. Vienna, 2007. Base de données : *Injury Database (IDB)*.

Thélot B. « Les estimations d'incidence des accidents de la vie courante. Sources, méthodes, résultats, limites, perspectives ». Disponible sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/acvc/TR11B055.pdf>

30 - Traumatismes par accident de la route

Un accident de la route est un accident qui survient sur une voie publique (ou une voie privée ouverte à la circulation), dans lequel un véhicule au moins est impliqué et qui cause un traumatisme pour une ou plusieurs personnes. L'indicateur retient tous les traumatismes quelle que soit leur gravité à l'exclusion de ceux qui ont entraîné le décès de la personne accidentée dans les trente jours qui ont suivi l'accident.

L'incidence des traumatismes par accident de la route est exprimée en nombre de blessés par million d'habitants par année.

Des défauts d'enregistrement existent pour les blessés légers non hospitalisés dans certains pays, dont la France, ce qui biaise les comparaisons.

La France est un des pays européens en position favorable pour la sécurité routière

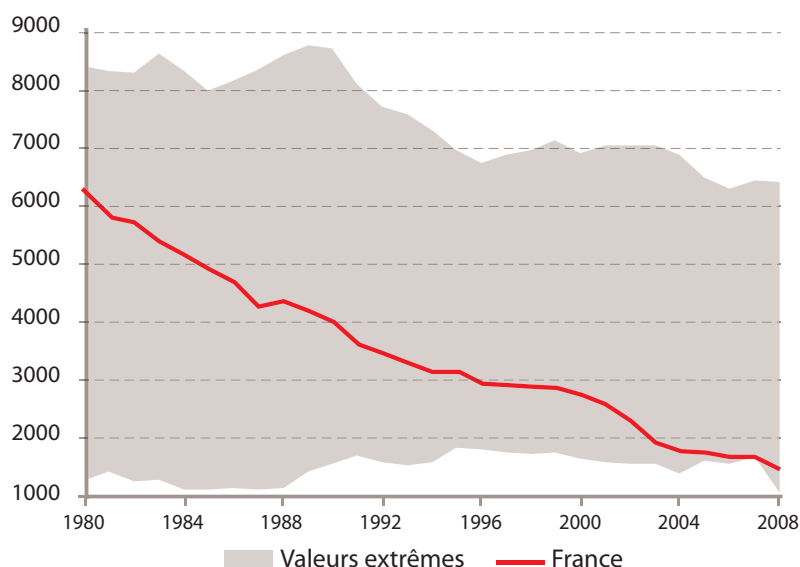
Par million d'habitants

- France : 1 454 blessés recensés
- 2^e rang sur 19 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes :
Danemark 1 078 blessés/
Slovénie 6 385 blessés

Données : OCDE, 2008

Avec 1 454 blessés recensés par million d'habitants en 2008, la France se place parmi les pays en position favorable pour la sécurité routière. Durant les dernières décennies du XX^e siècle en particulier, la France a connu une diminution très importante de l'incidence des traumatismes par accident de la route. Elle a été réduite de moitié entre 1980 et 1990 passant de 6 191 blessés par million d'habitants à 3 983. En 2003, la France est passée sous la barre des 2 000 blessés par million d'habitants. Cette tendance se poursuit puisque les dernières données disponibles montrent qu'en 2008 la France a franchi un nouveau seuil avec moins de 1 500 blessés par million d'habi-

Figure 1 **Evolution de l'incidence des traumatismes par accident de la route en France et dans les pays de l'UE membres de l'OCDE** de 1980 à 2008 par million d'habitants



OCDE. Données françaises : ONISR

tants. Le classement apparent de la France est cependant à relativiser car des études ont montré que le recensement des blessés est moins fiable en France que dans des pays comparables tels que le Royaume-Uni ou l'Allemagne.

L'Autriche, la Slovénie et la Belgique font partie des pays qui connaissent le plus de cas de traumatismes par accident de la route.

En termes de tués, la France se situe également en position favorable, quoique moindre, avec un taux de 75 tués par million d'habitants, soit en huitième position derrière notamment les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et l'Allemagne, ce classement moins favorable étant à mettre en relation avec la fiabilité du dénombrement des tués, contrairement à celui des blessés (données de 2007).

L'incidence des traumatismes par accident de la route est en baisse pour la plupart de l'Europe

L'incidence des traumatismes recensés par accident de la route est en baisse dans la plupart des pays européens, à l'exception de la Slovaquie, de la Suède et de la Pologne. Cependant ces pays ne se situent pas au même niveau en termes de sécurité routière, la Suède se situant dans les pays de tête avec 51 tués par million d'habitants contre 116 pour la Slovaquie et 146 pour la Pologne (données de 2007).

Méthodologie et comparabilité

L'OCDE fournit l'incidence des personnes blessées dans un accident de la route par million d'habitants. Les données sont disponibles pour l'ensemble des pays de l'Union européenne à l'exception de certains nouveaux Etats membres (Bulgarie, Chypre, Lettonie, Lituanie, Malte et Roumanie). Les données pour la France proviennent de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR). Elles correspondent au nombre de traumatismes par accident de la route rapporté à la population moyenne de la France métropolitaine. Les personnes décédées dans les trente jours ne sont pas comptabilisées.

Avant de comparer les bilans européens, il faut noter que les modalités de recueil des accidents varient beaucoup d'un pays à un autre. Ces comparaisons doivent également se faire en gardant en mémoire les différences structurelles (taille du pays, densité et qualité du réseau routier, population, etc.) et socio-économiques (composition du parc, présence de trafic international et touristique, comportement des usagers, etc.) propres à chaque pays.

Les écarts constatés, par exemple entre la France et le Royaume-Uni, proviennent aussi des législations différentes. Un conducteur britannique est obligé de déclarer son accident (même matériel) à la police avant d'entamer les démarches auprès de son assurance. En France, cette procédure n'est obligatoire que pour les accidents corporels et, en pratique, de nombreux accidents corporels légers ne sont pas connus des forces de l'ordre.

Bibliographie

Observatoire national interministériel de la sécurité routière :
La sécurité routière en France, bilan de l'année 2009, la documentation française
Fiche thématique : la sécurité routière dans les pays de l'union européenne :
http://www.securiteroutiere.gouv.fr/IMG/pdf/1-Europe_cle5a188a.pdf

31 - Accidents du travail

L'accident de travail est un accident survenant pendant le temps de travail, lié à l'activité professionnelle et entraînant un dommage physique ou mental chez le travailleur. Les événements d'origine strictement médicale, les maladies professionnelles et les accidents de transport domicile – travail en sont exclus.

L'indicateur retenu est le taux d'incidence pour 100 000 travailleurs des accidents graves définis comme les accidents qui entraînent plus de trois jours d'arrêt de travail, non compris le jour de l'occurrence de l'accident.

La fiche est complétée par le taux d'incidence pour 100 000 travailleurs des accidents mortels.

Les taux sont standardisés selon l'activité économique pour éliminer les effets des différences de distribution des forces de travail nationales selon les activités économiques à risque plus ou moins élevé (voir méthodologie).

Les données sont disponibles pour l'ensemble des pays de l'UE15. Elles sont également collectées pour les nouveaux Etats membres mais non utilisées dans cette fiche en raison de difficultés méthodologiques de sous-déclarations encore non résolues.

Le taux d'incidence des accidents graves du travail en France est un des plus élevés au sein de l'UE15

Taux d'incidence standardisé des accidents graves du travail pour 100 000 travailleurs

- France : 3 788 accidents graves du travail
- 12^e rang européen (UE15 - ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Irlande 818 accidents graves / Espagne 4 795 accidents graves

Taux d'incidence standardisé des accidents mortels du travail pour 100 000 travailleurs

- France : 1,8 accident mortel du travail
- 3^e rang européen (UE15 - ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Grande-Bretagne 1,3 / Portugal 6,3

Données: Eurostat 2008

Avec 3 788 accidents graves du travail pour 100 000 travailleurs en 2008, la France se place nettement au-dessus du taux d'incidence de l'UE15 estimé à 2 840 cas pour 100 000 en 2007. Aux côtés de la France, l'Espagne et le Portugal figurent parmi les pays enregistrant les taux d'incidence des accidents graves les plus élevés. L'Irlande présente le taux le plus bas en 2008 mais suite à une baisse très importante par rapport à 2007, alors que la Grande-Bretagne et surtout la Suède présentent une série continue de taux favorables. Les chiffres de la France en matière d'accidents mortels sont par contre favorables pour l'année 2008, mais les classements sont très variables d'une année à l'autre et demandent donc confirmation sur les années suivantes. Le taux pour le Portugal est particulièrement élevé, les pays nordiques et la Grande-Bretagne présentant les meilleurs résultats.

Une tendance générale à la baisse des accidents du travail dans les pays de l'UE15. La fréquence des accidents graves recensés dans l'UE15 décroît

En dix ans, le taux d'incidence standardisé dans l'UE15 a baissé de 30 %, soit de 4 106 accidents graves pour 100 000 (1997) à 2 840 (2007). La France connaît la même tendance avec une baisse d'un

cinquième (de 4 990 à 3 970). Les améliorations les plus intéressantes sont constatées en Belgique et en Grèce avec une baisse de moitié.

Figure 1 **Taux standardisés d'incidence d'accidents sur le lieu de travail en 2008 (UE15) : moyenne de l'UE15 et pays ayant les 5 taux les plus élevés et les 5 taux les plus bas** pour 100 000 travailleurs

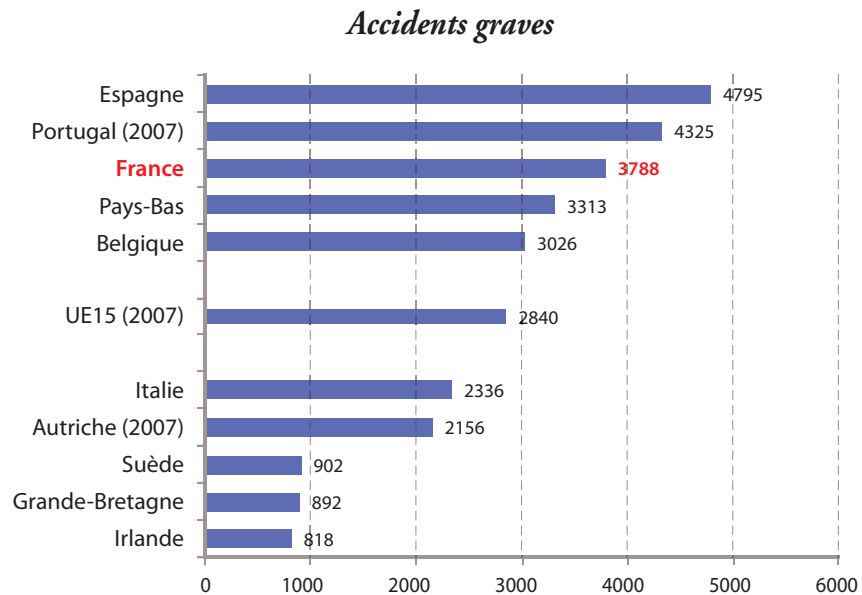
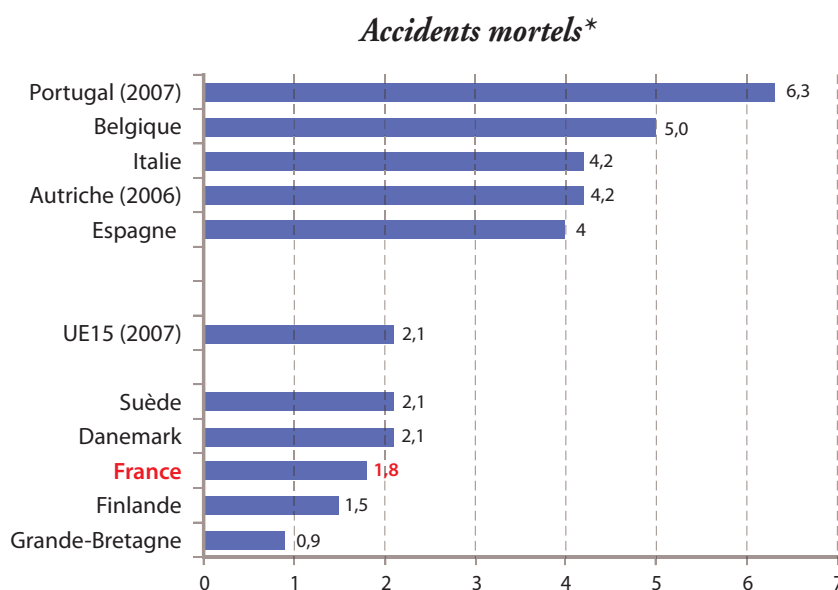


Figure 2

* hors accidents de la circulation et accidents à bord d'un moyen de transport au cours du travail



Source : Eurostat 2010. Données françaises : Cnamts

La fréquence des accidents mortels du travail se réduit également

Parallèlement aux accidents graves, la fréquence des accidents mortels a diminué globalement d'un tiers dans l'UE15 entre 1998 et 2007. La France, l'Espagne et l'Italie qui partaient d'assez haut affichent des baisses de moitié, ainsi que la Finlande qui rejoint ainsi la Grande-Bretagne et la Suède qui affichent les taux les plus faibles sur toute la période. *A contrario*, le Portugal présente de façon constante le taux le plus élevé.

Méthodologie et comparabilité

Les statistiques européennes des accidents de travail sont issues d'Eurostat dans le cadre des Statistiques européennes sur les accidents du travail (SEAT). Les sources des SEAT sont les déclarations d'accidents du travail des assurances publiques (Sécurité sociale) ou privées ou des autorités nationales compétences (Inspection du travail...) Sont présentés les accidents mortels et les accidents graves ayant entraîné une absence de plus de trois jours du travailleur.

Les données sont disponibles pour les pays membres de l'UE15 et depuis 2008 pour un certain nombre de nouveaux États membres, mais ces dernières n'ont pas été utilisées en raison de problèmes de sous-déclaration non résolus.

Dans les faits, la fréquence des accidents du travail est beaucoup plus élevée dans certaines branches d'activité que d'autres. Pour cette raison la structure économique d'un pays va influencer la fréquence totale des accidents du travail en fonction de sa répartition des secteurs à haut risque. Par exemple un pays pour lequel des branches telles que l'agriculture, la construction ou les transports comptent pour une part plus élevée de la force de travail nationale que dans d'autres pays aura un taux d'incidence global d'accidents du travail plus élevé, même avec les même taux pour chaque branche. Pour tenir compte de cet effet, un taux standardisé d'accidents du travail est calculé pour chaque pays en donnant à chaque branche le même poids au niveau national que dans l'ensemble de l'Union européenne.

Par ailleurs, les taux de décès standardisés sont calculés en excluant les décès par accidents de transports pour tenir compte du fait que ces décès ne sont pas comptabilisés dans un certain nombre d'Etats, ce qui induirait donc un biais important.

Cependant, en dépit de ces standardisations, des différences entre pays peuvent provenir des systèmes de déclaration, la comparabilité étant la meilleure au sein des deux groupes distincts de mode de déclaration (intégration au système d'assurance sociale ou notification à une autorité administrative, ce dernier cas concernant le Danemark, l'Irlande, les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni).

La comparaison des estimations relatives aux accidents mortels sur le lieu de travail est affectée par des différences dans la prise en compte des décès non immédiats. L'Allemagne inclut les décès qui surviennent dans l'espace d'un mois, la Suède et le Royaume-Uni dans l'espace d'une année, la France de 18 mois et l'Espagne de quelques jours uniquement.

D'autres données concernant la santé au travail (accidents et problèmes de santé considérés par l'individu comme reliés au travail) proviennent d'un module *ad hoc* adossé à l'enquête sur les forces de travail de 2007 (voir bibliographie)

Bibliographie

Base de données d'Eurostat.

Causes et circonstances des accidents du travail au sein de l'UE (2008).

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/documents/phase_3_causes_circumstances.pdf

Health and safety at work in Europe (1999-2007).

8,6% of workers in the EU experienced work-related health problems - Issue number 63/2009.

32 - Suicide

Les tentatives de suicide sont mesurées par la prévalence des personnes ayant répondu positivement à la question suivante : « *Avez-vous déjà tenté de vous suicider (ou avez-vous déjà fait une tentative de suicide) ?* » La mortalité est mesurée par le nombre de décès par suicide ainsi que par le taux de décès standardisés par âge pour 100 000 habitants. Cet indicateur fait encore l'objet de consultations d'experts au niveau européen concernant les modalités de recueil de l'information.

Les données comparables européennes sont extrêmement limitées

- 8 % de la population française a fait une tentative de suicide au cours de sa vie
- Classement européen indisponible

Données : Enquête CCOMS et Drees, 1999-2003

Des données sur les tentatives de suicide dans les pays de l'UE ont été collectées par le projet Mindful. La prévalence des tentatives de suicide y est calculée en ajustant sur le sexe et sur l'âge la proportion des personnes ayant répondu positivement à la question suivante : « *Avez-vous déjà tenté de vous suicider ?* » Néanmoins, les informations sont très incomplètes. Seuls quatre pays dont la France (Finlande, Allemagne et Grèce) ont fourni leurs données. Tous ces pays ont enregistré une prévalence de 1 % de tentatives de suicide pour l'année 2001. La Grèce affiche un pourcentage plus élevé pour les années 1998 (1,6 %) et 2004 (1,2 %).

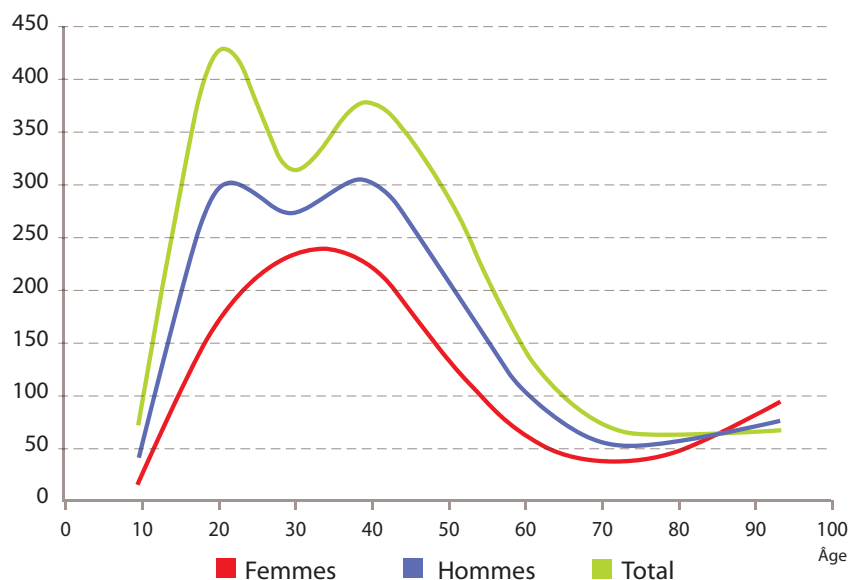
8 % de la population française a déjà fait une tentative de suicide

D'après une enquête réalisée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Drees, 8 % de la population âgée de 18 ans ou plus aurait déjà tenté de mettre fin à ses jours (Drees 2006). Les tentatives de suicide seraient plus fréquentes chez les personnes divorcées ou séparées (16 %), les demandeurs d'emploi (14 %) et les personnes célibataires (10 %). La dépression renforce les risques de tentative de suicide : 22 % des personnes repérées comme présentant un épisode dépressif au cours des deux dernières semaines et 27 % des personnes présentant un trouble dépressif récurrent ont déclaré avoir essayé d'attenter à leurs jours au cours de leur vie (Drees 2006).

Davantage de tentatives de suicide chez les femmes, surtout chez les jeunes

La proportion de personnes ayant déjà fait une tentative de suicide est plus importante chez les femmes (9 %) que chez les hommes (6 %) (Drees 2006). Le Baromètre santé 2000 de l'Inpes, avec un champ (personnes âgées de 12 à 75 ans) et une méthodologie différents (entretien par téléphone et non en face à face auprès de personnes sollicitées dans la rue), fournit une évaluation un peu plus faible (8 % chez les femmes et 3 % chez les hommes) (Drees 2006). L'examen des taux d'hospitalisations liées à une tentative de suicide conforte cette observation puisqu'ils sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes sauf pour les plus âgées.

Figure 1 **Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide selon l'âge en France métropolitaine en 2002** pour 100 000 habitants



Source : Base nationale PMSI, exploitation Drees

Une mortalité par suicide plus élevée chez les hommes que chez les femmes

10 565 décès par suicide ont été enregistrés en France en 2008 (Eurostat), 11 600 après correction sur l'hypothèse d'une sous-estimation de 10% (cf. Méthodologie et comparabilité). Le nombre de décès est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 797 et 1 732), de même que les taux de décès standardisés par âge (respectivement 23,2 et 7,5 décès pour 100 000 habitants, soit un taux trois fois supérieur chez les hommes). Avec près d'un décès sur quatre, le suicide constitue la première cause de décès chez les hommes entre 25 et 34 ans. Le taux de décès par suicide croît fortement avec l'âge. Sa tendance globale est à une légère baisse depuis les années 90, à l'exception des 45-54 ans pour lesquels il croît depuis 2000.

Des taux de décès par suicide élevés en France par rapport aux autres pays européens

Au sein des pays de l'Europe de l'Ouest, la France se situe dans le groupe des pays à forte mortalité par suicide. Pour les hommes, elle présente des taux particulièrement élevés avec la Finlande et l'Autriche (2,5 fois plus élevé que le Royaume-Uni). Pour les femmes, même si les taux sont nettement moins élevés, la position de la France est également défavorable. Au sein de l'UE27, la France présente le 7^e taux le plus fort pour les hommes et le 5^e pour les femmes (la Lituanie, la Hongrie et la Lettonie ont la mortalité la plus forte) (Aouba, Péquignot *et al.* 2009).

Méthodologie et comparabilité

Les données citées pour les tentatives de suicide sont issues d'une enquête menée en population générale entre 1999 et 2003. L'échantillon constitué pour la France métropolitaine compte environ 36 000 individus. Les informations collectées ont été redressées pour être représentatives de la population française âgée de 18 ans ou plus, sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées (sexe, âge, niveau d'étude, catégorie socioprofessionnelle et situation vis-à-vis de l'emploi). Les prévalences calculées sont des prévalences brutes tous âges représentées par les proportions de réponses positives à la question : « *Au cours de votre vie avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?* »

Pour mesurer la mortalité par suicide, les certificats de décès établis par les médecins constituent la principale source. Toutefois un certain nombre de suicides ne sont pas reconnus comme tels (incertitude de l'intentionnalité de l'acte) et sont classés dans d'autres catégories de décès. Par ailleurs, les instituts médico-légaux qui peuvent être amenés à intervenir au niveau de la certification du décès ne communiquent pas toujours au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) l'information quant à la nature du décès. Une étude réalisée a permis d'évaluer la sous-estimation de cette mortalité à environ 10%.

Les décès par suicide proviennent de la base de données d'Eurostat.

Bibliographie

Bases de données : *Mental Health Information and Determinants for the European Level (Mindful) 2001* et Eurostat

Aouba A., Péquignot F., *et al.* (2009). « La mortalité par suicide en France en 2006 », *Etudes et résultats* (702) : 8.

Drees (2006). « Suicides et tentatives de suicide en France », *Etudes et résultats*. 488.

Jougla E., Péquignot F., *et al.* (2002). « La qualité des données de mortalité sur le suicide. » *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 50, 49-62.

33 - Etat de santé perçu

L'état de santé perçu est l'évaluation subjective par les individus de leur état de santé. L'indicateur retenu est la proportion de personne ayant répondu « très bon » ou « bon » à la question « *Comment est votre état de santé général ?* » Il s'agit d'obtenir une évaluation de l'état de santé en général, plutôt que de l'état de santé au moment de l'enquête. L'état de santé perçu est un indicateur reposant sur une mesure subjective, qui tient compte des dimensions physiques, sociales et émotionnelles de la santé. Cet indicateur donne une bonne idée de la santé à l'échelle d'une population. Les études ont également montré qu'il est un bon prédicteur de la mortalité.

<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 71,7% se considèrent en bonne ou très bonne santé	• France : 66,5% se considèrent en bonne ou très bonne santé
• 13 ^e rang sur 27 pays européens (ordre décroissant)	• 14 ^e rang sur 27 pays européens (ordre décroissant)
• Pays aux extrêmes : Irlande 85,8% / Lettonie 48,9%	• Pays aux extrêmes : Irlande 83,3% / Lettonie 41%
Données : Eurostat 2008	

La France dans la moyenne des pays européens pour l'état de santé perçu de sa population

En 2008, 71,7% des hommes de 15 ans et plus en France se considéraient en bonne ou très bonne santé tandis que les femmes sont 66,5% à se décrire ainsi. Ces chiffres

situent la France légèrement au-dessus des moyennes européennes estimées à 71,1% pour les hommes et 65,0% pour les femmes. L'Irlande est le seul pays européen affichant des pourcentages de personnes qui se sentent en bonne ou très bonne santé proches de 85% (respectivement 85,8% des hommes et 83,3% des femmes). Les deux rangs suivants du classement européen sont occupés par la Suède et le Royaume-Uni. Dans les 27 pays de l'Union, quel que soit le pays, la proportion d'hommes s'estimant en bonne santé est supérieure à celle des femmes.

L'état de santé déclaré par les Français s'est amélioré d'un peu plus d'un point de pourcentage entre 2004 et 2008 ; une telle tendance à la hausse s'observe dans la plupart des pays européens.

La perception d'une bonne ou très bonne santé diminue fortement avec l'âge : on passe ainsi d'une moyenne de 93,3% pour les habitants de l'UE âgés de 15 à 24 ans à 40,3% des personnes entre 65 et 74 ans.

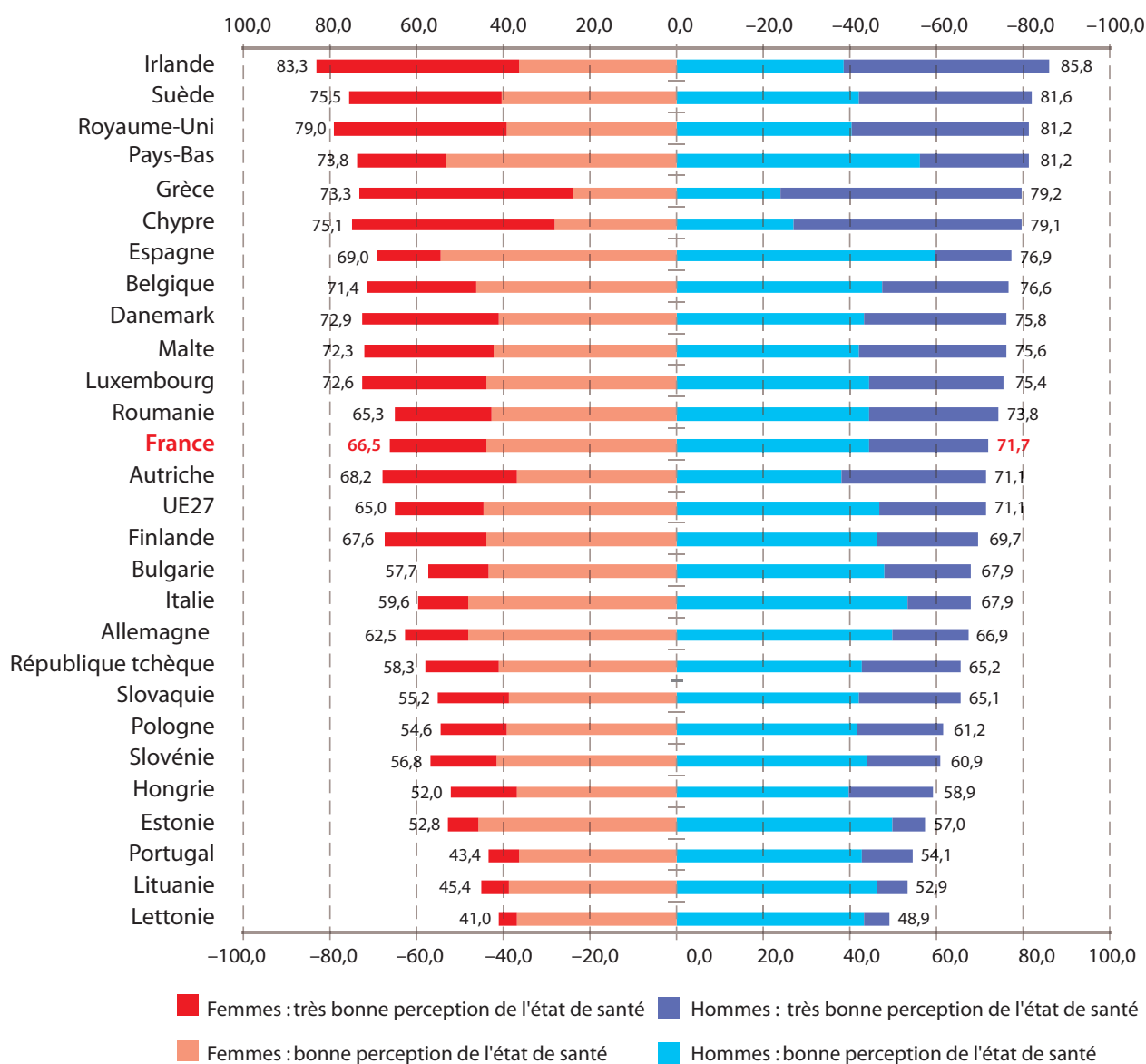
Rôle des facteurs socio-économiques et limites de la santé perçue

L'état de santé perçu est lié aux facteurs socio-économiques : la proportion de personnes se déclarant en bonne et très bonne santé s'élève en effet avec le niveau d'études et les revenus (Eikemo TA, Huisman M. *et al.* 2007 ; Mackenbach J.P., Stirbu I. *et al.* 2008 ; Kunst A.E., Bos V. *et al.* 2005). Ce sont dans les systèmes de santé d'inspiration bismarckienne que les inégalités de ce type sont le moins marquées. Les plus fortes variations dans les évaluations de l'état de santé perçu au regard des revenus, sont observées dans les pays du nord et de l'ouest de l'Europe et particulièrement en Angleterre et au pays de Galles où les inégalités de revenus sont impor-

tantes. D'après ces études, la France se situe à un niveau intermédiaire d'inégalités concernant le niveau d'éducation et faible concernant les revenus (Mackenbach J.P., Stirbu I. *et al.* 2008). L'étude de l'évolution des moyennes européennes montre que les inégalités en matière d'état de santé perçu sont restées, de manière générale, stables entre les années 1980 et les années 1990. Toutefois, elles ont augmenté en Italie et en Espagne (hommes et femmes) et aux Pays-Bas (femmes) tandis que les pays du nord de l'Europe n'affichent aucune tendance à la hausse (Kunst AE, Bos V *et al.* 2005).

Des travaux menés en France et aux Etats-Unis ont montré que le lien avec la santé « objective » variait avec le niveau social. Une même pathologie dégrade plus la santé

Figure 1 **Comparaison de l'état de santé perçu des hommes et des femmes dans l'UE en 2008 (% d'hommes et de femmes se déclarant en bonne ou en très bonne santé)**



Source : Eurostat. Données françaises : Insee

perçue des catégories favorisées que celle des autres. Ces mêmes travaux ont montré que ces liens varient selon les pays, ce qui rend complexe l'interprétation des comparaisons internationales (Delpierre C., Lauwers-Cances V., *et al.*, 2009). Le risque souligné par ces travaux est donc que l'utilisation de la santé perçue masque les inégalités sociales de santé. Une illustration en est donnée dans les comparaisons internationales publiées ces dernières années. La France se situe à un niveau élevé d'inégalités sociales de santé si la mortalité est l'indicateur utilisé. En revanche, si la santé perçue est l'indicateur de choix, alors les inégalités apparaissent peu marquées dans notre pays* (HCSP 2009).

Méthodologie et comparabilité

Les données présentées sont issues du système communautaire EU-SILC (*European Union - Social Inclusion and Living Conditions*, Etude sur l'insertion sociale et les conditions de vie), mise en place en 2003-2004. Tous les pays membres de l'UE participent à cette enquête depuis 2005. La partie française de ce système est le dispositif Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) mis en œuvre par l'Insee.

Un mini-module – *Minimum European Health Module* (MEHM) – intégré à l'étude EU-SILC compile trois questions sur l'état de santé. Il s'agit de mesurer la santé perçue, la morbidité chronique autodéclarée et les limitations d'activité. Complémentaires des mesures de l'état de santé issues de sources médicales ou médico-économiques, ces données reflètent le ressenti des personnes et se révèlent prédictives de consommations médicales, de maladies et incapacités diagnostiquées ainsi que de mortalité. L'état de santé perçu est mesuré pour les hommes et pour les femmes de 15 ans et plus selon différents niveaux : très bon, bon, correct, mauvais, très mauvais.

La question posée lors du sondage (« *Comment est votre état de santé général ?* ») ne pose pas de problème d'interprétation ou de traduction. Toutefois, la comparaison internationale des mesures de l'état de santé perçu doit prendre en compte les biais identifiés pour cet indicateur qui sont liés aux caractéristiques socio-économiques, démographiques, pathologiques et culturelles des individus (Tubeuf S., Jusot F. *et al.* 2008) comme cela est présenté dans le paragraphe ci-dessus.

Bibliographie

Delpierre C., Lauwers-Cances V., *et al.* (2009). « *Using self-rated Health for Analysing Social Inequalities in Health: a Risk for Underestimating the Gap between Socioeconomic groups ?* » *Journal of Epidemiology and Community Health* 6 (63) : 426-432.

Delpierre C., Lauwers-Cances V., *et al.* (2009). « *Do Cardiovascular Risk Factors Impact self-rated Health Equally across Social Position ?* » *American Journal of Public Health* 7(99) : 1278-1284.

Eikemo T. A., Huisman M., *et al.* (2007). *Health inequalities according to educational level in different welfare regimes : a comparison of 23 European countries Chapter 10. In: Tackling Health Inequalities in Europe : An Integrated Approach. Rotterdam, EUROTHINE Final Report. Rotterdam : Department of Public Health, University Medical Centre Rotterdam.*

HCSP (2009). « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », France.

* Certaines enquêtes proposent de remédier à ces difficultés en faisant évaluer aux enquêtés des cas-types ou « vignettes » afin de reconstituer leurs échelles de jugement et corriger, le cas échéant, leurs déclarations : voir par exemple : Lardjane S. et Dourgnon P. (2007). « Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons » *Economie et Statistique* (403-404) : 165-177.

Kunst A. E., Bos V., et al. (2005). « Trends in Socioeconomic Inequalities in self-assessed Health in 10 European Countries. » *Int. J. Epidemiol.* (34) : 295-305.

Lardjane S. et Dourgnon P. (2007). « Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons » *Economie et Statistique* (403-404) : 165-177.

Mackenbach J. P., Stirbu I., et al. (2008). « Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. » *New England Journal of Medicine*, 358 : 2468-2481.

Tubeuf S., Jusot F., et al. (2008). *Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and Measurement of Inequalities in Health*, Document de travail. Paris, (Irdes) : 12.

Base de données : Eurostat

34 - Morbidité chronique

La morbidité chronique déclarée est un indicateur mesurant la proportion de personnes dans une population déclarant souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique. Sont considérés comme chroniques les maladies ou problèmes de santé qui durent depuis six mois au moins.

La morbidité chronique déclarée en France est supérieure à la moyenne de l'UE27

Hommes

- France : 35,0 % déclarent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique
- 24^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Roumanie 16,1%/Finlande 38,3%

Femmes

- France : 38,4% déclarent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique
- 23^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Roumanie 21,9%/Finlande 42,6%

Données : Eurostat 2008

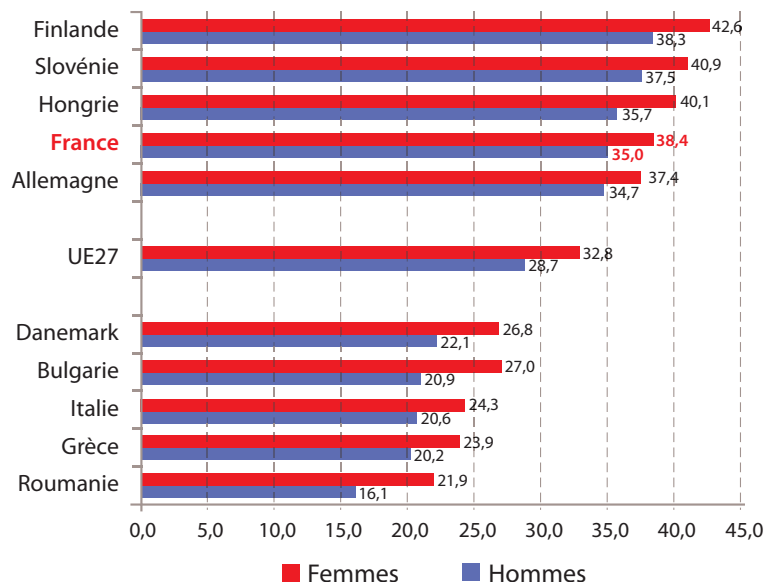
En France en 2008, le pourcentage d'hommes (35 %) et de femmes (38,4 %) de 15 ans et plus ayant déclaré souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique est plus élevé que le pourcentage moyen de l'UE27 (respectivement 28,7 % et 32,8 %). Ces chiffres placent la France parmi les pays européens où la prévalence de la morbidité chronique déclarée est la plus élevée. Les pourcentages les plus élevés (autour de 40 %) sont enregistrés en Finlande, en Slovénie et en Hongrie. L'écart moyen de pourcentage entre ces pays et les trois pays où la population se déclare la moins touchée par des affections chroniques (la Roumanie, la Grèce et l'Italie) se situe autour de 20 %.

Dans tous les pays de l'UE, les femmes rapportent plus de maladies et de problèmes de santé chroniques que les hommes.

L'évolution de la morbidité chronique déclarée entre 2004 et 2008 est très contrastée selon les pays. Plus de la moitié des pays ont connu une augmentation du pourcentage de personnes déclarant souffrir d'un problème de santé chronique. L'Autriche est le pays où cette augmentation a été la plus significative

(+ 32 %). Les autres pays ont vu sur la même période leurs pourcentages de morbidité chronique déclarée baisser (diminution notable de 50 % pour la Suède). En France, après une tendance à la baisse entre 2005 et 2007, la morbidité chronique déclarée en 2008 pour les hommes et les femmes (37 %) a dépassé celle déclarée en 2004 (36 %). La moyenne de l'UE27 a très peu évolué (environ 31 %). L'interprétation de ces évolutions contrastées est très difficile et doit prendre en compte l'éventualité de

Figure 1 **Pourcentages de personnes déclarant souffrir de maladies et de problèmes de santé chroniques dans l'UE en 2008**



Source : Eurostat. Données françaises Insee

biais de déclaration et de risques de compréhension différentes de la question dans chacun des pays.

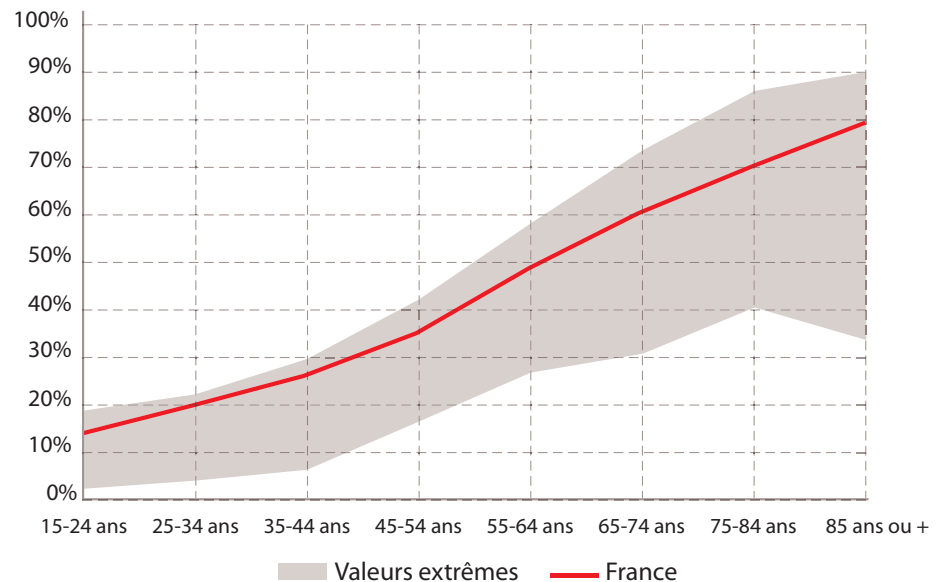
En France, la morbidité chronique déclarée varie selon les caractéristiques sociodémographiques des individus

Le pourcentage de personnes déclarant une maladie ou un problème de santé chronique augmente fortement avec l'âge. En France, en 2008, 35,4 % des 45-54 ans et plus déclarent en être atteints contre 70,2 % des 75-84 ans (Eurostat, 2008). Les actifs occupés ainsi que les étudiants et jeunes adultes comptent parmi les populations qui déclarent le moins souffrir d'un problème de santé chronique contrairement aux chômeurs. La déclaration de morbidité chronique a également tendance à se réduire avec l'augmentation du niveau d'étude (Irdes 2010).

Le taux moyen élevé (y compris chez les jeunes) de personnes déclarant souffrir de troubles de santé chroniques peut s'expliquer par le fait que cette notion peut renvoyer aussi à des problèmes de santé mineurs. Les personnes interrogées peuvent par exemple déclarer d'une manière variable des défauts de la vision corrigés par des lunettes, des problèmes dentaires ou des facteurs de risques cardio-vasculaires (hypercholestérolémie, surpoids, etc.) (Drees 2010).

Méthodologie et comparabilité

Les données présentées sont issues de l'enquête EU-SILC – Etude sur l'insertion sociale et les conditions de vie –, mise en place en 2003-2004. Tous les pays membres de l'UE participent à cette enquête depuis 2005. Les données pour la France proviennent du dispositif SRCV coordonné par l'Insee. Le pourcentage de personnes déclarant souffrir de maladie et de problèmes de santé chroniques est présenté dans

Figure 2 **Morbidité chronique déclarée par âge en France en 2008**

Source : Eurostat. Données françaises : Insee

cette fiche par sexe et tranche d'âge. Un mini-module intégré à l'étude EU-SILC compile trois questions sur l'état de santé : MEHM. Il s'agit de mesurer la santé perçue, la morbidité chronique autodéclarée et les limitations d'activité. Complémentaires des mesures de l'état de santé issues de sources médicalisées ou médico-économiques, ces données reflètent le ressenti des personnes et se révèlent prédictives de consommations médicales, de maladies et incapacités diagnostiquées ainsi que de mortalité.

La comparabilité des données européennes n'est toutefois pas optimale car les versions nationales des questionnaires n'ont pas toujours été les mêmes. Le manuel pratique diffusé à partir d'octobre 2007 aux Etats membres devrait permettre d'obtenir des données plus standardisées. La comparabilité entre la France et les autres pays pose également problème en raison de la traduction spécifique pour la France du terme « *long standing illness* » en maladie ou problème de santé chronique afin d'éviter la confusion avec les affections de longue durée (ALD), maladies dont les soins sont remboursés à 100% par la Sécurité sociale. Par ailleurs, cet indicateur n'a pas fait l'objet, à notre connaissance, de validation permettant de mesurer en particulier les biais de déclaration auxquels il peut être soumis.

Bibliographie

Drees (2010). « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2009-2010.

Irdes (2010). « Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 » rapport n°1 800, juin 2010.

35 - Restriction d'activité

L'indicateur ECHIM sur les limitations d'activité sur le long terme est le pourcentage de la population déclarant avoir été limitée dans ses activités quotidiennes par une maladie ou un problème de santé chronique au moins sur les six derniers mois.

En l'attente des résultats des enquêtes européennes de santé, est présenté le pourcentage d'hommes et de femmes déclarant être limités ou très limités dans leur vie quotidienne dans la population totale et chez les 65 ans et plus (Eurostat).

La France légèrement en dessous de la moyenne de l'UE27

<i>Hommes</i>	
• France : 21,2%	
• 14 ^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)	
• Pays aux extrêmes :	
Malte 10,1% / Allemagne 31,4%	
<i>Femmes</i>	
• France : 25,1%	
• 13 ^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)	
• Pays aux extrêmes :	
Malte 11,6% / Slovaquie 37,8%	
Données : Eurostat, 2008	

Avec 21,2% des hommes et 25,1% des femmes de 15 ans et plus déclarant en 2008 que leurs activités quotidiennes sont restreintes par des problèmes de santé chroniques, la France se situe légèrement sous la barre des moyennes hommes et femmes de l'UE27 (respectivement 22,4% et 27,2%).

Les deux pays où la population féminine se déclare la moins limitée dans ses activités sont Malte (11,6%) et la Bulgarie (17,6%). Pour les hommes, Malte est également le pays le mieux classé (10,1%) suivi de la Suède (13,6%) et de la Bulgarie (13,9%). L'Allemagne, la Slovaquie et la Lettonie se classent parmi les pays où les taux de limitation déclarés sont les plus élevés pour les hommes et pour les femmes.

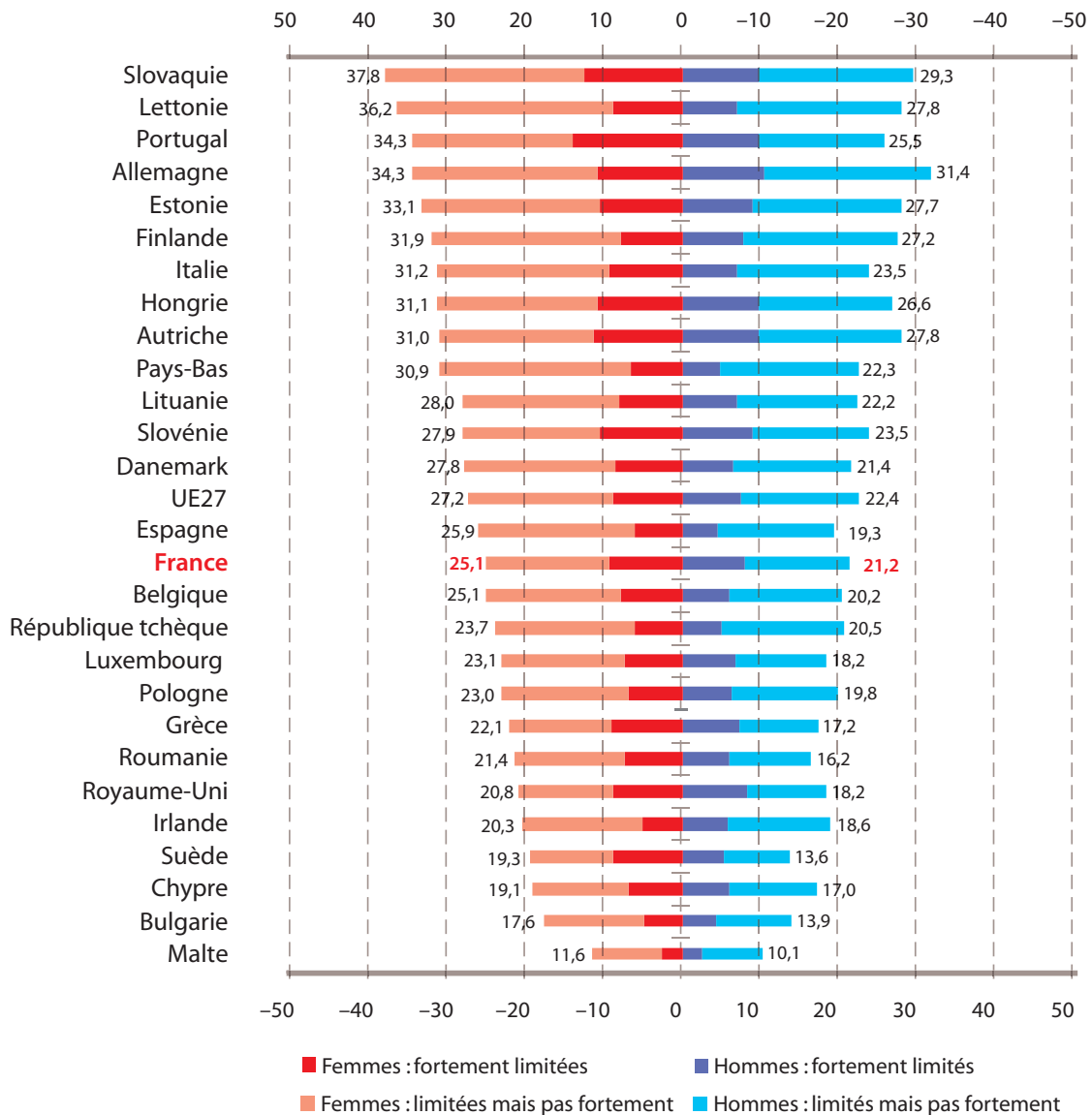
Dans l'ensemble des pays européens, le pourcentage de femmes déclarant être limitées dans leurs activités quotidiennes est supérieur à celui des hommes. On note également une légère augmentation dans le temps de la proportion de femmes se déclarant limitées (de 26,5% en 2005 à 27,2% en 2008) alors que la progression chez les hommes est *quasi* nulle : 22,4% des hommes en 2008 contre 22,1 en 2005. Parmi les personnes qui déclarent une limitation, la répartition selon le degré de limitation est assez variable d'un pays à l'autre (un tiers se déclarant très limité en moyenne dans l'UE) mais très cohérente dans chaque pays pour les hommes et les femmes.

Tableau 1
**Pourcentages
d'hommes et
de femmes
se déclarant limités
dans leur activité en
France en 2008**

Limitation d'activité depuis au moins six mois	Hommes (%)	Femmes (%)	Ensemble (%)
Fortement limités	7,9	9,2	8,6
Limités mais pas fortement	13,3	15,9	14,7
Non	78,8	74,9	76,7

Source : Eurostat. Données françaises : Insee

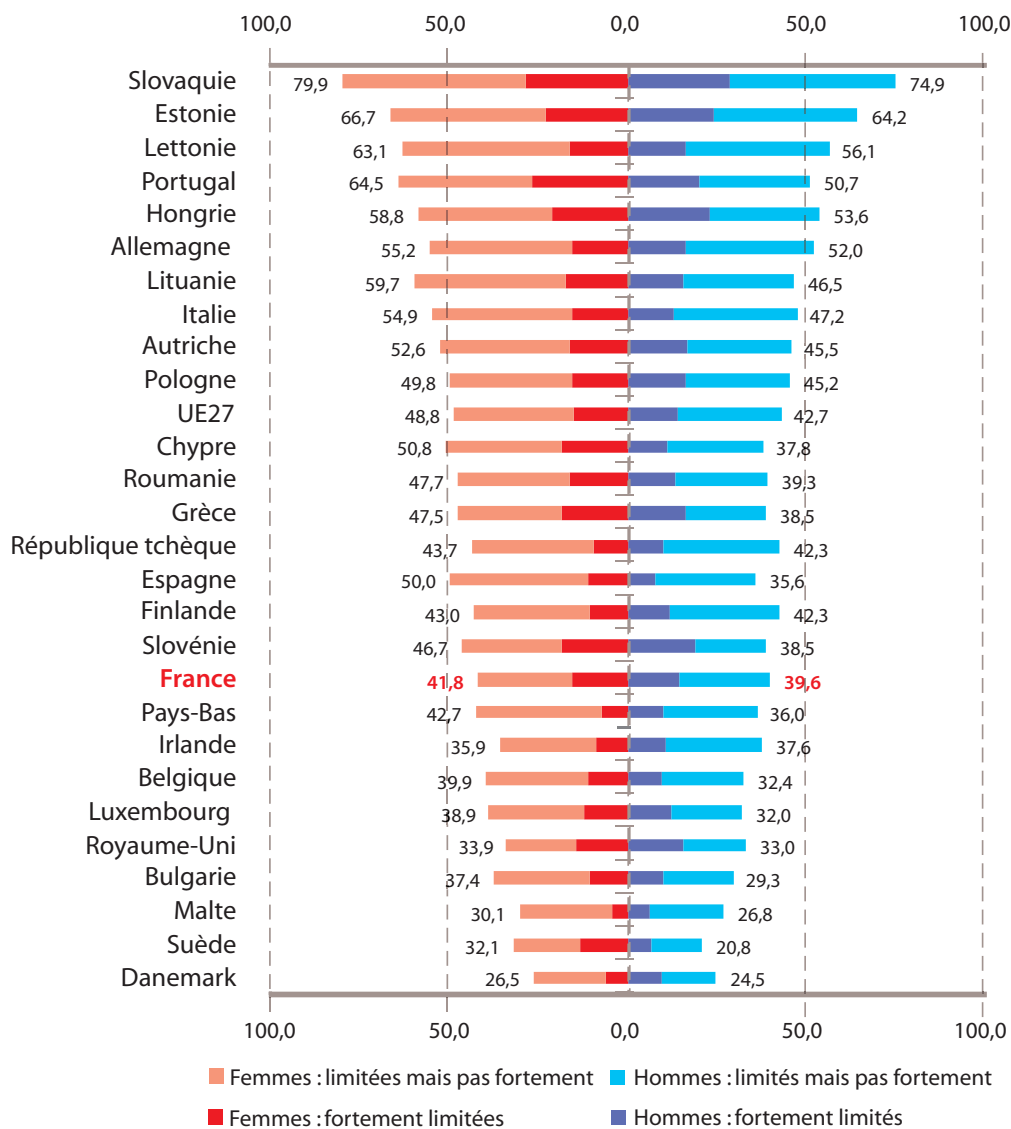
Figure 1 **Pourcentages d'hommes et de femmes se déclarant limités dans leur activité dans l'UE en 2008**



Source : Eurostat. Données françaises : Insee

En plus du sexe, d'autres déterminants importants sont l'âge et le niveau d'éducation. Dans la plupart des pays européens, les personnes qui ont un niveau d'éducation élevé déclarent moins souffrir de limitations dans leurs activités quotidiennes. La restriction dans les activités quotidiennes augmente en revanche nettement avec l'âge. En France, entre 65 et 74 ans, 41,8% des femmes et 39,6% des hommes déclarent être limités en 2008. La Slovaquie est le pays européen pour lequel les pourcentages sont les plus élevés (79,9% chez les femmes et 74,9% chez les hommes). La moyenne de l'UE27 se situe à 48,8% pour les femmes et 42,7% pour les hommes.

Figure 2 **Comparaison des pourcentages d'hommes et de femmes de 65 à 74 ans se déclarant limités dans leur activité dans l'UE en 2008**



Source : Eurostat. Données françaises : Insee

Méthodologie et comparabilité

Les données présentées sont issues de l'enquête EU-SILC, mise en place en 2003-2004. Tous les pays membres de l'UE participent à cette enquête depuis 2005. Les données pour la France proviennent du dispositif SRCV coordonné par l'Insee. Un mini-module intégré à l'étude EU-SILC compile trois questions sur l'état de santé : MEHM. Il s'agit de mesurer la santé perçue, la morbidité chronique auto-déclarée et les limitations d'activité. Complémentaires des mesures de l'état de santé issues de sources médicalisées ou médico-économiques, ces données reflètent le ressenti des personnes et se révèlent prédictives de consommations médicales, de maladies et incapacités diagnostiquées ainsi que de mortalité.

Comme cela a été noté dans le commentaire, le niveau de déclaration est très dépendant de l'âge. De ce fait, l'absence de standardisation sur l'âge induit une limitation dans la comparabilité des résultats entre pays. L'enquête concerne les personnes vivant dans les ménages ordinaires et non celles qui vivent en institution (personnes âgées, personnes handicapées).

Par ailleurs, des études de compréhension ont montré qu'il pouvait être difficile pour l'interviewé d'intégrer l'ensemble des composantes de la question : « *Depuis au moins six mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité dans les activités que font les gens habituellement ?* »

Bibliographie

Drees (2010). « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2009-2010.

Note sur l'harmonisation des questions sur la santé dans SILC et les Enquêtes européennes par interview sur la santé (EHIS).

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_status_silc_esms_an1.pdf

Base de données : Eurostat

36 - Limitations fonctionnelles

L'indicateur sur les limitations fonctionnelles, physiques et sensorielles recommandé par le projet ECHIM est le pourcentage de personnes qui déclarent souffrir d'une limitation touchant la vue, l'ouïe, la mobilité, la parole, la capacité de mâcher/mordre et l'agilité.

En l'absence actuelle de données internationales comparables, est présenté le pourcentage d'hommes et de femmes de 50 ans et plus et de 65 ans et plus qui déclarent au moins une limitation fonctionnelle physique et/ou sensorielle. Ces données sont disponibles pour treize pays européens dans l'enquête Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (Share) - Enquête santé, vieillissement et retraite en Europe. Pour la France, sont également présentées les prévalences pour chacun des trois domaines : limitations fonctionnelles physiques, sensorielles et cognitives à partir de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM) 2008.

En France, la population déclare un peu moins fréquemment des limitations physiques que ses voisins européens

C'est pour la dimension limitation physique que le classement de la France parmi treize pays européens comparés* est le plus favorable (5^e rang) : 43,4% de la population de 50 ans et plus et 60,6% de la population de 65 ans et plus déclarent une limitation physique. La situation est nettement plus défavorable pour les limitations sensorielles avec un 9^e rang pour les 50 ans et plus et un 11^e rang pour les 65 ans et plus. Pour les deux types de limitations réunies (physique et sensorielle), le pourcentage d'hommes atteints d'une limitation fonctionnelle est plus élevé en France que dans la majorité des autres pays. Avec 59,2% chez les hommes de 50 ans et plus contre

* Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Pologne, République tchèque et Suède.

73,8% chez les hommes de 65 ans et plus, la France se classe respectivement aux 10^e et 11^e rangs (sur treize pays). Les pourcentages affichés pour les femmes conduisent à un meilleur classement de la France: troisième place pour les femmes de 50 ans et plus (63,7%) et sixième place chez les femmes de 65 ans et plus (78,1%). Tandis que les Pays-Bas présentent les pourcentages les plus faibles de personnes déclarant souffrir d'une limitation fonctionnelle (physique et/ou sensorielle), la Pologne est le pays qui enregistre les pourcentages les plus élevés. L'écart entre les pays extrêmes varie selon le type de limitation observée, le genre et la tranche d'âge. Il peut parfois doubler : 30% des hommes de 50 ans et plus par exemple en République tchèque déclarent une limitation d'ordre sensoriel contre 60,2% en Pologne (Irdes - Insee 2006-2007).

Pour les 18 ans et plus, la prévalence des limitations fonctionnelles est estimée en France à 15% pour les hommes et à 22% pour les femmes vivant à leur domicile en 2008 (Enquête HSM 2008). Au total, 18,4% de la population déclare au moins une limitation fonctionnelle dont le plus souvent une limitation physique (12,8%) puis une limitation sensorielle (7%) et cognitive (4,9%) (Drees 2010).

<p>Limitations fonctionnelles : 50 ans et plus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hommes : 59,2% 10^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Grèce 52,0% / Pologne 79,3% • Femmes : 63,7% 3^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Danemark 61,7% / Pologne 86,1% 	<p>Limitations sensorielles : 50 ans et plus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hommes : 44,3% 11^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : République tchèque 30,0% / Pologne 60,2% • Femmes : 38,2% 8^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Allemagne 29,6% / Pologne 63,7% 	<p>Limitations physiques : 50 ans et plus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hommes : 35,9% 5^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Pays-Bas 30,9% / Pologne 60,1% • Femmes : 49,7% 3^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Pays-Bas 47,4% / Pologne 72,6%
<p>Limitations fonctionnelles : 65 ans et plus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hommes : 73,8% 11^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Pays-Bas 63,6% / Pologne 89,7% • Femmes : 78,1% 6^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : République tchèque 76,4% / Pologne 94,5% 	<p>Limitations sensorielles : 65 ans et plus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hommes : 56,6% 11^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Espagne 38,1% / Pologne 71,6% • Femmes : 46,7% 8^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Allemagne 35,9% / Pologne 70,9% 	<p>Limitations physiques : 65 ans et plus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hommes : 51,2% 5^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Pays-Bas 38,6% / Pologne 75,7% • Femmes : 67,5% 5^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Pays-Bas 61,2% / Pologne 86,4%

Données : Share 2006-2007

La prévalence des limitations fonctionnelles augmente avec l'âge

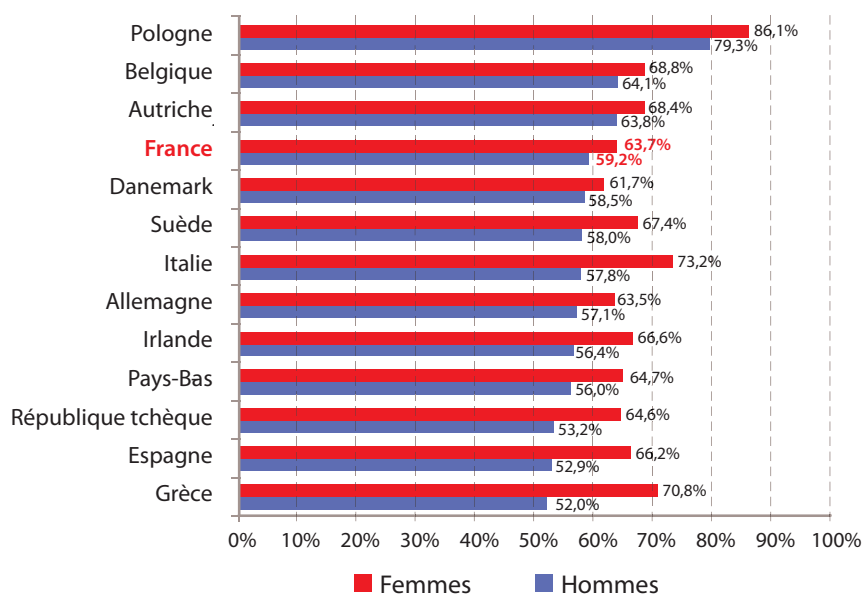
Globalement, 61,7% des 50 ans et plus ont déclaré au moins une limitation fonctionnelle physique ou sensorielle en 2007 en France. Ce pourcentage atteint 76,3% dans la population âgée de 65 ans et plus. Pour l'ensemble des treize pays comparés, la proportion de personnes souffrant de limitations fonctionnelles est plus élevée dans la tranche des 65 ans et plus que dans la tranche des 50 ans et plus. La France se place respectivement aux 9^e et 6^e rangs du classement pour ces deux tranches d'âge. La Pologne est le pays qui enregistre le pourcentage le plus élevé de personnes déclarant être atteintes d'une limitation fonctionnelle (83,2% pour les 50 ans et plus et 92,7% pour les 65 ans et plus) (Irdes-Insee 2006-2007).

Les femmes déclarent davantage de limitations fonctionnelles que les hommes

Lorsque l'on considère les limitations fonctionnelles dans leur ensemble (sensorielles et physiques), quels que soient les pays, le pourcentage de femmes déclarant une limitation fonctionnelle est plus élevé que celui des hommes. Cependant, dans les deux tiers de ces pays, la tendance s'inverse si l'on observe uniquement les limitations sensorielles. En France, pour les 50 ans et plus, 44,3% des hommes déclarent une limitation d'ordre sensoriel en 2007 contre 38,2% des femmes la même année. Pour les 65 ans et plus, le rapport est de 56,5% pour les hommes contre 46,7% pour les femmes. Les femmes sont plus nombreuses à déclarer des limitations physiques. L'écart avec les hommes est prononcé : en France, 67,5% de femmes en 2007 contre 51,2% d'hommes (Irdes - Insee 2006-2007).

À tous les âges, les femmes déclarent davantage de limitations fonctionnelles que les hommes, notamment physiques. En effet, elles sont plus sujettes aux problèmes ostéo-articulaires, sources d'incapacités physiques. De manière générale, elles sont aussi plus enclines à repérer et déclarer leurs problèmes de santé (Drees 2010).

Figure 1
Prévalence des limitations fonctionnelles chez les hommes et chez les femmes de 50 ans et plus (pourcentage de personnes déclarant une limitation fonctionnelle) dans l'UE en 2007



Source : Share. Données françaises : Insee; traitement : Irdes

Figure 2
Prévalence des limitations sensorielles chez les hommes et chez les femmes de 50 ans et plus (pourcentage de personnes déclarant une limitation sensorielle) dans l'UE en 2007

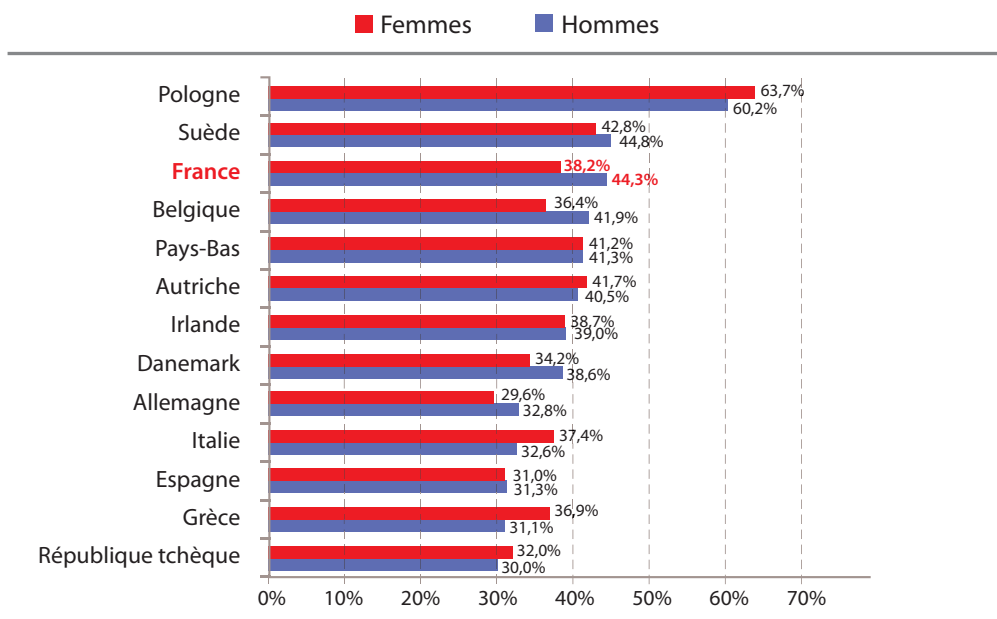


Figure 3
Prévalence des limitations physiques chez les hommes et chez les femmes de 50 ans et plus (pourcentage de personnes déclarant une limitation physique) dans l'UE en 2007

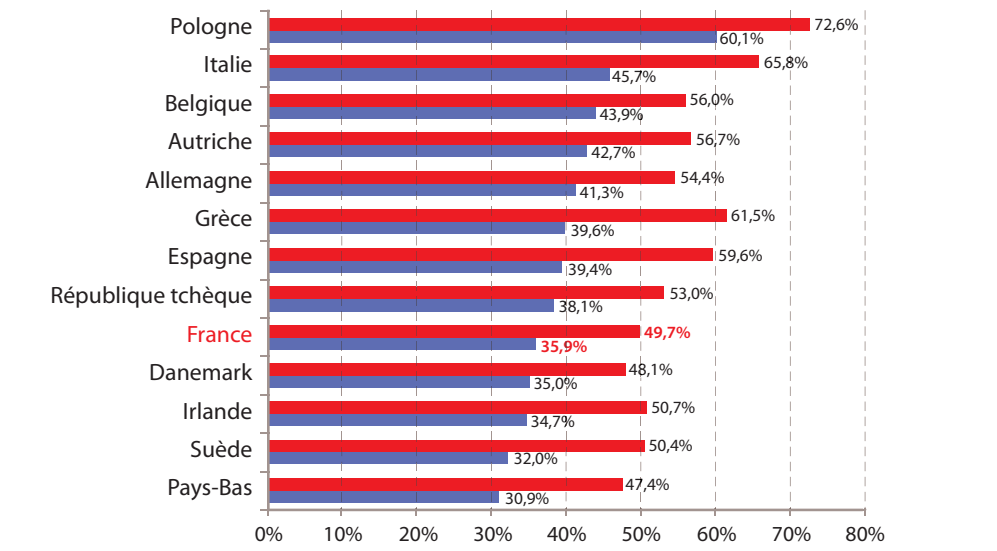
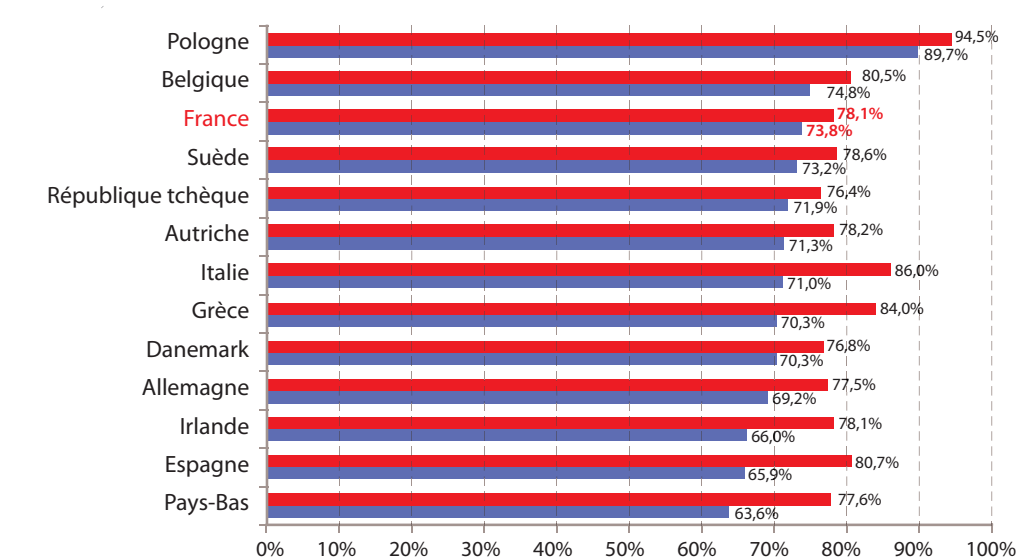


Figure 4
Prévalence des limitations fonctionnelles chez les hommes et chez les femmes de 65 ans et plus (pourcentage de personnes déclarant une limitation fonctionnelle) dans l'UE en 2007



Source : Share. Données françaises : Insee; traitement : Irdes

Figure 5
Prévalence des limitations sensorielles chez les hommes et chez les femmes de 65 ans et plus (pourcentage de personnes déclarant une limitation sensorielle) dans l'UE en 2007

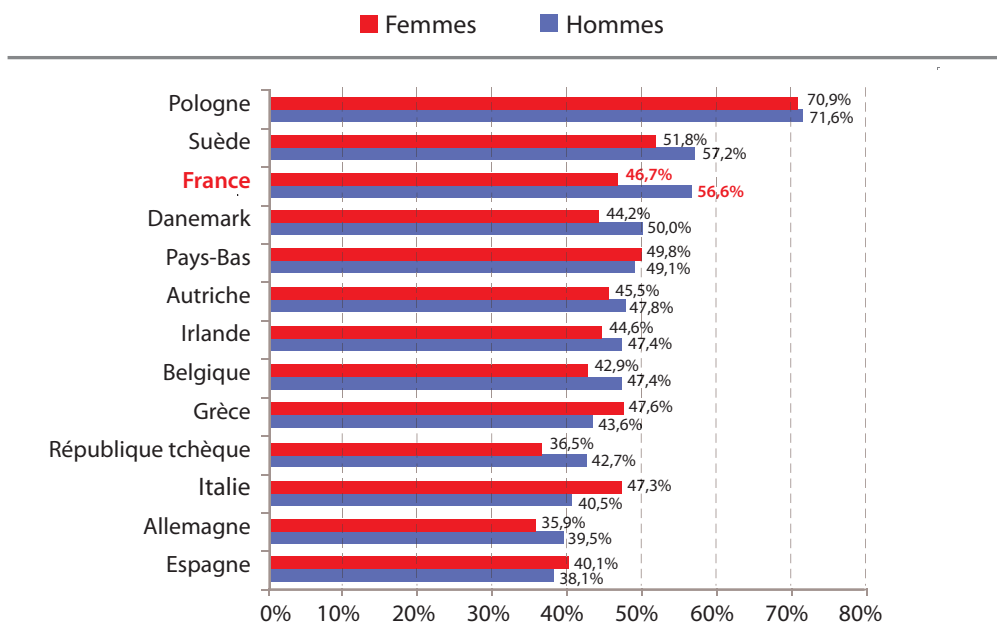
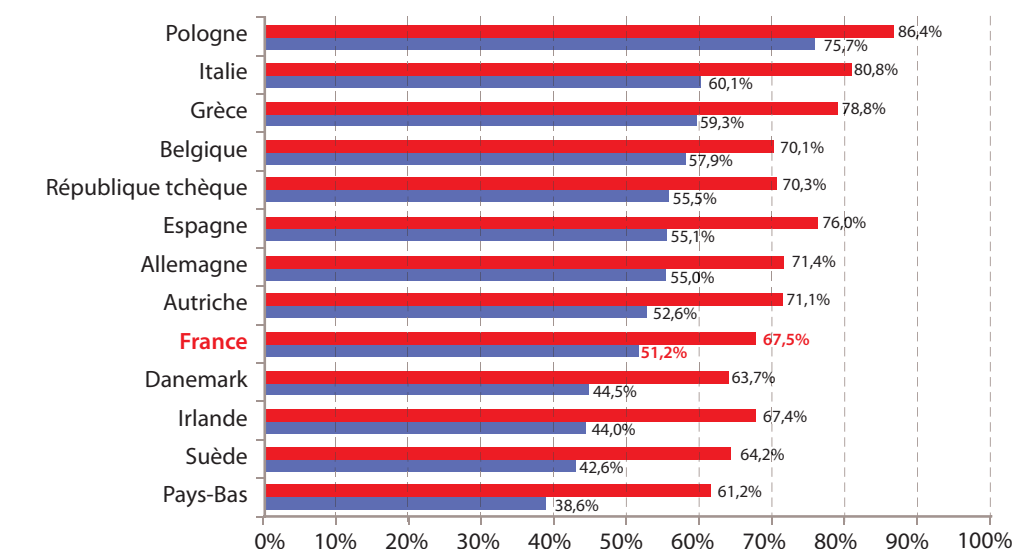


Figure 6
Prévalence des limitations physiques chez les hommes et chez les femmes de 65 ans et plus (pourcentage de personnes déclarant une limitation physique) dans l'UE en 2007



Source : Share. Données françaises : Insee; traitement : Irdes

Figure 7
Prévalence des limitations fonctionnelles en France en 2008 à tous les âges

	Part de la population déclarant... (en %)		
	Hommes	Femmes	Ensemble
Au moins une limitation fonctionnelle	15,0	21,5	18,4
Au moins une limitation physique	8,6	16,6	12,8
Au moins une limitation sensorielle	6,9	7,1	7,0
Au moins une limitation cognitive	4,8	5,0	4,9

Source : Etat de santé de la population 2009-2010. Données : Enquête HSM, Insee

Méthodologie et comparabilité

Les données comparables sur les limitations fonctionnelles ne sont pas encore disponibles pour les pays de l'Union européenne. Certains *items* ont été pris en compte dans des enquêtes nationales mais, compte tenu de la conception spécifique des instruments nationaux d'enquête, les données ne sont pas directement comparables. Des questions sur différents aspects des limitations physiques sont incluses dans les questionnaires des enquêtes européennes de santé. Le projet ECHIM recommande d'utiliser cette source de données à l'avenir. La représentativité des enquêtes n'est pas toujours optimale car les personnes en établissement (exemple : maison de retraite) sont exclues de l'échantillon.

Les données citées pour la prévalence des limitations fonctionnelles chez les 50 ans et plus et chez les 65 ans et plus sont issues d'un traitement par l'Irdes des données de l'enquête Share recueillies en 2006-2007. Elles sont disponibles pour les treize pays européens suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Pologne, République tchèque et Suède. Sont présentées les limitations fonctionnelles et, en leur sein, les limitations sensorielles et physiques par sexe et pour deux tranches d'âges (50 ans et plus et 65 ans et plus).

D'autres données pour la France complètent la présentation de cet indicateur. Ce sont les données de l'enquête Handicap-Santé 2008 (Etat de santé de la population en France 2009-2010). Est présentée pour la France une estimation de la prévalence des limitations fonctionnelles dans la population âgée de 18 ans ou plus vivant à domicile.

Les définitions retenues pour les limitations fonctionnelles, sensorielles, physiques et cognitives pour les différentes enquêtes sont développées sur la page suivante.

Bibliographie

Drees (2010). « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2009-2010.
projet Share: <http://www.share-project.org/>

« L'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale ». *Questions d'économie de la santé* n°137, décembre 2008.

	Enquête HSM	Enquête Share	Enquête EHIS
Sensorielle	<ul style="list-style-type: none"> - Voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal (avec éventuelle correction) - Voir le visage de quelqu'un à 4 mètres, de l'autre côté de la rue (avec éventuelle correction) - Entendre dans une conversation avec plusieurs personnes (avec éventuel appareillage) 	<ul style="list-style-type: none"> - Voir les choses de près, par exemple lire un journal (avec éventuelle correction) - Voir les choses à distance, par exemple reconnaître un ami de l'autre côté de la rue (avec éventuelle correction) - Entendre distinctement ce qui se dit lors d'une conversation entre plusieurs personnes (avec éventuel appareillage) 	<ul style="list-style-type: none"> - Voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal - Voir le visage de quelqu'un à 4 mètres, de l'autre côté de la rue - Entendre dans une conversation avec plusieurs personnes
Physique	<ul style="list-style-type: none"> - Marcher 500 mètres sur un terrain plat - Monter ou descendre un étage d'escaliers - Se baisser ou s'agenouiller - Porter un sac à provisions de 5kg sur 10 mètres - Lever le bras pour attraper un objet en hauteur - Prendre un objet dans chaque main - Utiliser ses doigts pour manipuler un robinet, des ciseaux... 	<ul style="list-style-type: none"> - Marcher sur une distance de 100 mètres - Rester assis pendant deux heures - Se lever d'une chaise après être resté longtemps assis - Monter plusieurs étages par les escaliers sans se reposer - Monter un étage par les escaliers sans se reposer - Se pencher, s'agenouiller ou s'accroupir - Lever ou étendre les bras au-dessus du niveau de l'épaule - Tirer ou pousser des objets assez volumineux tels qu'un fauteuil - Soulever ou porter des poids de plus de 5 kilos, comme un gros sac de provisions - Saisir une petite pièce de monnaie posée sur une table - Mordre et mâcher des aliments résistants, par exemple une pomme dure, sans difficulté (avec éventuellement un appareil dentaire) 	<ul style="list-style-type: none"> - Marcher 500 mètres sur un terrain plat sans canne ou tout autre aide ou assistance - Monter ou descendre un étage d'escaliers sans canne ou tout autre aide ou assistance ou en utilisant la rampe - Se baisser ou s'agenouiller sans aide ou assistance - Porter un sac à provisions de 5kg sur 10 mètres sans aide ou assistance - Utiliser ses doigts pour saisir ou manipuler un petit objet comme un stylo sans aide - Mordre et mâcher des aliments résistants, par exemple une pomme dure sans assistance (par exemple un dentier)
Cognitive	<ul style="list-style-type: none"> - Apprendre de nouveaux savoirs - Résoudre des problèmes de la vie quotidienne - Se concentrer plus de 10 minutes - Comprendre ou se faire comprendre des autres - Savoir à quel moment de la journée on est - Se mettre en danger par son comportement 	<ul style="list-style-type: none"> - S'habiller, y compris mettre ses chaussures et ses chaussettes - Se déplacer dans une pièce - Prendre son bain ou sa douche - Manger, par exemple couper les aliments - Se mettre au lit ou se lever - Utiliser les toilettes, y compris s'y lever et s'y asseoir - Utiliser une carte pour se repérer dans un lieu inconnu - Préparer un repas chaud - Aller faire les courses - Passer des appels téléphoniques - Prendre des médicaments - Faire le ménage ou jardiner - Gérer votre argent, par exemple payer les factures et suivre vos dépenses 	

37 - Douleurs musculo-squelettiques

Indicateur en développement

38 - Détresse psychologique

La détresse psychologique est mesurée par le module MH-5 de l'échelle de qualité de vie du SF-36 (*Short-form 36 items*). Ce module évalue le sentiment de tristesse, d'énerverment, d'abattement, de détente ou de bonheur au cours des quatre dernières semaines. L'indicateur retenu par le projet ECHIM est le score obtenu au module MH-5 sur une échelle allant de 0 à 100. Plus le score est bas et plus la détresse psychologique est grande.

Les données les plus récentes disponibles et dont les *items* se rapprochent de ceux du questionnaire MH-5 sont celles du questionnaire Eurobaromètre sur le bien-être mental au cours des quatre dernières semaines. Elles ne sont pas publiées sous forme de score. Nous avons choisi de les présenter sous forme de pourcentage.

La France est dans la moyenne européenne

D'après l'Eurobaromètre 2010 sur la santé mentale, les mesures de la santé mentale en France sont globalement dans la moyenne européenne. Le pourcentage de personnes se déclarant rarement ou jamais heureuses est proche de la moyenne européenne (9% contre 8%), de même que le pourcentage de personnes déclarant se sentir tout le temps ou la plupart du temps particulièrement tendues (16% contre 15%). Pour les autres sentiments mesurés, les pourcentages de la France divergent : 14% de la population en France a déclaré n'être jamais ou rarement calme et serein contre 10% seulement en moyenne dans l'Union européenne, alors que le pourcentage de personnes se sentant tellement malheureux que plus rien ne parvient à leur remonter le moral est plus faible en France (4%) qu'en moyenne en Europe (6%).

De l'examen des classements respectifs des pays selon les réponses à ces quatre questions, il se dégage clairement une opposition entre certains pays du Nord, où la détresse psychologique est peu fréquente et des pays de l'Est ou du Sud souvent plus mal classés. Ainsi, les Suédois, les Danois et les Irlandais sont parmi les cinq pays qui expriment le moins de détresse psychologique pour trois des quatre critères retenus : être tellement malheureux que rien ne parvient à remonter le moral, n'être jamais ou rarement calme et serein, être particulièrement tendu. Pour le quatrième critère, être heureux, ce sont l'Irlande (2%), les Pays-Bas (4%) et la Slovaquie (4%) qui déclarent le moins souvent n'être rarement ou jamais heureux.

A contrario, ce sont les Hongrois (22%), les Lettons (21%) et les Bulgares (20%) qui sont les plus nombreux à n'être que rarement ou jamais heureux, suivis de très près par les Estoniens (18%) et les Lituaniens (18%). Pour les autres critères, on retrouve les Roumains (13%), les Italiens (12%) et à nouveau les Hongrois (9%) parmi ceux se

Questionnaire 1 Détresse psychologique en France en 2010	Dans quelle mesure au cours des quatre derniers mois ?		
		France	UE27
	Rarement ou jamais		
	Avez-vous été heureux(se)	9%	8%
	Vous êtes-vous senti(e) calme et serein(e)	14%	10%
	Tout le temps ou la plupart du temps	France	UE27
	Vous êtes-vous senti (e) particulièrement tendu(e)	16%	15%
	Malheureux que plus rien ne parvenait à vous remonter le moral	4%	6%

Source : Eurobaromètre

déclarant le plus souvent tellement malheureux que plus rien ne parvenait à leur remonter le moral. De même, les Roumains (20%) et les Hongrois (16%) sont ceux qui ne se sentent rarement et jamais calmes et sereins. Certains pays du Sud sont également mal classés : les Grecs (22%) et les Chypriotes (29%) sont nombreux à se sentir tendus ; les Italiens (12%) et les Portugais (9%) à se sentir tellement malheureux que rien ne pouvait leur remonter le moral.

La détresse psychologique augmente avec le degré de précarité

De nombreuses recherches en France montrent clairement que la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, et notamment en ce qui concerne la santé mentale. La souffrance psychique est rendue plus visible avec l'augmentation de la précarité et, selon les auteurs, peut être considérée comme un déterminant à part entière de la dégradation de l'état de santé. De plus, en limitant les capacités de gain de revenu cette dégradation peut elle-même constituer un facteur de précarité.

En France l'Enquête Santé protection sociale (2008) a mesuré la détresse psychique à l'aide du module MH-5 de l'échelle de qualité de vie du SF-36. Le score se dégrade avec le degré de précarité de la population tant chez les hommes que chez les femmes. Il est en niveau plus élevé chez ces dernières, quel que soit le niveau de précarité considéré, ce qui signifie que les hommes souffrent moins de détresse psychologique que les femmes (Afrite A., Bourgueil Y. *et al.* 2010).

Des tendances cohérentes se dégagent de l'analyse sociodémographique de l'enquête de l'Eurobaromètre 2005-2006 sur la santé physique et psychologique. Les hommes, les jeunes, les personnes ayant étudié plus longtemps, les étudiants, les managers et les indépendants et les personnes qui n'ont jamais cherché ni reçu d'aide pour des problèmes psychologiques sont les plus nombreux à dire qu'ils se sont sentis bien tout le temps ou la plupart du temps au cours des quatre dernières semaines. A l'opposé, les femmes, les personnes âgées de 55 ans et plus, celles qui n'ont pas été à l'école au-delà de 15 ans, les personnes retraitées, les personnes restant à la maison les sans-emploi et celles qui ont cherché ou reçu une aide psychologique sont plus enclines à évoquer leurs quatre dernières semaines en termes négatifs.

Méthodologie et comparabilité

Le SF-36 est un instrument de mesure de l'état de santé à partir de 36 questions qui abordent 9 domaines : l'activité physique, les gênes occasionnées par le physique dans les activités quotidiennes et professionnelles, la douleur physique, la santé per-

çue, la vitalité, les relations avec les autres, la santé psychique, les gênes occasionnées par le psychique dans les activités quotidiennes et professionnelles, l'évolution de la santé perçue par rapport à l'année précédente.

Le module MH-5 de l'échelle de qualité de vie du SF-36 mesure le sentiment d'énergie et de joie de vivre, de fatigue et d'épuisement au cours des quatre dernières semaines les classant en six catégories selon la fréquence de la survenue de ces sentiments (de en permanence à jamais) ; ces catégories peuvent être ensuite transformées en une échelle allant de 0 à 100 pour une bonne qualité de vie.

L'Eurobaromètre 2010 utilise des questions similaires au module MH-5. Cependant il n'étudie pas les scores composites mais rapporte seulement des pourcentages. A noter cependant que les données de l'Eurobaromètre sont soumises à caution du fait notamment du faible échantillon représentatif de la population nationale (1 053 personnes interrogées pour la France et 26 800 au total dans l'UE27).

Les questions du MH-5 sont comprises dans les enquêtes de santé européennes, qui sont la source de données recommandée à l'avenir par le projet ECHIM.

Bibliographie Afrite A., Bourgueil Y., Célant N., Mousquès J., Rochereau T.. Score Epices : « Comparaison des résultats dans les échantillons ESPS et Cetaf », in : Allonier C, Dourgnon P, *et al.* (2010). Enquête Santé protection sociale 2008 (ESPS), Irdes. Rapport 1 800. Eurobaromètre sur la santé mentale, octobre 2010, Eurobaromètre 73.2 Commission européenne.

39 - Bien-être psychologique

Le bien-être psychologique est mesuré par le module *Energy and Vitality Index* (EVI) de l'échelle de qualité de vie du SF-36. Ce module évalue le sentiment d'énergie et de joie de vivre, de fatigue et d'épuisement au cours des quatre dernières semaines. L'indicateur retenu par le projet ECHIM est le score obtenu au module EVI sur une échelle allant de 0 à 100. Plus le score est élevé, plus le bien-être psychologique est grand.

Les données les plus récentes disponibles sont celles du questionnaire Eurobaromètre sur le bien-être mental au cours des quatre dernières semaines dont les *items* se rapprochent de ceux du questionnaire EVI. Elles ne sont pas publiées sous forme de score. Nous avons choisi de les présenter sous forme de pourcentage.

La France est dans la moyenne européenne

L'Eurobaromètre sur la santé mentale (Eurobaromètre 2010) rapporte que le bien-être psychologique, estimé en France, est dans la moyenne européenne. Pour les sentiments mesurés (sentiment d'épuisement, de fatigue, d'être plein de vie et plein d'énergie), les pourcentages relevés en France sont très proches de ceux de l'UE27. Par exemple, 60 % de la population en France se déclare en pleine joie de vivre (tout le temps ou la plupart du temps) contre 59 % en moyenne dans l'UE27 et 54 % se déclare pleine d'énergie (tout le temps ou la plupart du temps) contre 51 % des Européens en moyenne. Malgré des pourcentages élevés pour la mesure de sentiments

positifs, 24 % de la population en France seulement ne se sent jamais ou rarement fatiguée contre 26 % en moyenne en Europe.

C'est dans les pays de l'Europe du Nord que le bien-être psychologique semble être le plus grand.

Les populations du Danemark, de la Finlande et des Pays-Bas enregistrent les pourcentages les plus élevés de personnes se déclarant rarement ou jamais épuisées et fatiguées. Ces mêmes pays connaissent les pourcentages les plus élevés de personnes déclarant se sentir en pleine joie de vivre ou d'énergie. A l'extrême inverse, on retrouve majoritairement des pays du sud et de l'est de l'Europe ainsi que le Royaume-Uni et l'Allemagne. Les disparités entre les pays sont importantes. En Finlande par exemple, 91 % de la population a déclaré lors de l'enquête s'être sentie en pleine joie de vivre au cours des quatre semaines passées contre 24 % seulement en Hongrie. De même, 79 % des personnes au Danemark ont déclaré ne se sentir jamais ou rarement épuisées contre 34 % au Royaume-Uni. De manière générale, il semble que la fatigue soit le sentiment négatif le plus couramment partagé au sein des populations européennes. Seuls 26 % des Européens en moyenne ne se sentent jamais ou rarement fatigués, avec des variations entre pays relativement faibles (36 % aux Pays-Bas et 18 % en Grèce).

Questionnaire Bien-être psychologique en France	Dans quelle mesure au cours des quatre dernières semaines ?		
	Tout le temps ou la plupart du temps	France	UE27
	Vous êtes-vous senti(e) plein(e) d'énergie	54 %	51 %
	Vous êtes-vous senti(e) en pleine joie de vivre	60 %	59 %
	Jamais ou rarement	France	UE27
	Vous êtes-vous senti (e) épuisé(e)	48 %	47 %
	Vous êtes-vous senti (e) fatigué(e)	24 %	26 %

Source : Eurobaromètre

Méthodologie et comparabilité

Le SF-36 est un instrument de mesure de l'état de santé à partir de 36 questions qui abordent 9 domaines : l'activité physique, les gênes occasionnées par le physique dans les activités quotidiennes et professionnelles, la douleur physique, la santé perçue, la vitalité, les relations avec les autres, la santé psychique, les gênes occasionnées par le psychique dans les activités quotidiennes et professionnelles, l'évolution de la santé perçue par rapport à l'année précédente.

Le module EVI de l'échelle de qualité de vie du SF-36 mesure le sentiment de tristesse, d'énervement, d'abattement, de détente ou de bonheur au cours des quatre dernières semaines les classant en six catégories selon la fréquence de la survenue de ces sentiments (de en permanence à jamais) ; ces catégories peuvent être ensuite transformées en une échelle allant de 0 à 100. Plus le score est élevé, plus le bien-être est important.

Les données présentées dans cette fiche proviennent de l'Eurobaromètre sur la santé mentale (Eurobaromètre 2010). L'enquête Eurobaromètre a utilisé des questions similaires à celles de l'échelle EVI pour mesurer le bien-être mental des individus. Les résultats de l'étude sont présentés sous forme de pourcentage et non de scores comme pour EVI. Toutefois, les données de l'Eurobaromètre sont soumises à caution du fait notamment du faible échantillon représentatif de la population nationale (1053 personnes interrogées pour la France et 26 800 au total dans l'UE27).

A l'avenir, les données seront issues des enquêtes de santé européennes (EHIS).

Bibliographie Eurobaromètre sur la santé mentale, octobre 2010, Eurobaromètre 73.2. Commission européenne.

40 - Espérance de vie sans incapacité

L'indicateur européen «Années de vie en bonne santé» (AVBS), fait partie de la famille des espérances de vie sans incapacité (EVSI). Il représente le nombre d'années de «bonne santé» qu'il reste à vivre en moyenne au sein de l'espérance de vie à un âge donné dans une population, compte tenu des conditions médicales, sanitaires et sociales qui ont cours.

Pour les AVBS, la «bonne santé» est définie par sa dimension fonctionnelle et elle est mesurée par l'absence de limitation d'activité durable liée à un problème de santé (au travail, au domicile, pour les soins personnels...). C'est un des indicateurs possibles de l'incapacité, qui exprime une situation dans laquelle les problèmes de santé ont induit des gênes dans les activités importantes de la vie quotidienne.

L'indicateur AVBS est utilisé pour établir une distinction entre des années de vie marquées par ce type d'incapacité et les années de vie qui en sont exemptes. Il repère ainsi une période de vie critique de diminution des capacités pour certaines activités et potentiellement, de besoin d'aide. L'AVBS met l'accent sur le nombre et la «qualité» des années vécues pour en suivre l'évolution à mesure que l'espérance de vie augmente.

Hommes

- France : 62,7 ans
- 11^e rang sur 24 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Suède 70,7 ans / Slovaquie 52,4 ans

Femmes

- France : 63,3 ans
- 10^e rang sur 24 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Malte 71,0 ans / Slovaquie 52,6 ans

Données : Eurostat, 2009

La France dans la moitié supérieure de l'Union européenne

En 2009, la France se classe au 10^e rang pour l'indicateur des AVBS des femmes et au 11^e rang pour celle des hommes (classement par ordre décroissant). Le nombre d'AVBS à la naissance pour les femmes en France est de 63,3 années en 2009, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne des années de vie sans incapacité que peuvent espérer les femmes de l'UE27 prises dans leur ensemble (62,0 ans). En revanche, cette espérance était inférieure à celle de l'ensemble des femmes de l'UE15 tant que cette valeur était estimée, à savoir jusqu'en 2003. Les hommes en France, avec 62,7 années en 2009, ont un nombre d'AVBS légèrement inférieur à celui des femmes. Mais l'espé-

rance de vie sans incapacité des hommes en France reste au-dessus de la moyenne européenne, qui s'élève à 61,3 années en 2009. De même que pour les femmes, cette espérance était inférieure à la valeur estimée pour l'ensemble des hommes de l'UE15 jusqu'en 2003. L'écart entre les pays européens est extrêmement large. Pour les femmes, l'AVBS s'étend de 52,6 ans en Slovaquie à 71,0 ans pour Malte. La fourchette pour les hommes va de 52,4 ans en Slovaquie à 70,7 ans pour la Suède.

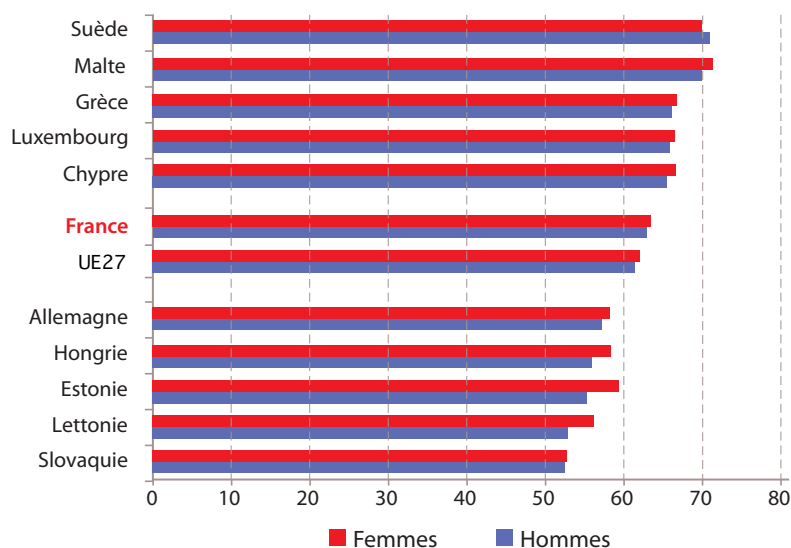
Au niveau national et européen, les femmes vivent plus longtemps que les hommes mais hommes et femmes vivent presque aussi longtemps sans incapacité

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes mais hommes et femmes vivent en bonne santé fonctionnelle jusqu'au même âge. Pour les femmes, les années de vie vécues en plus sont globalement vécues avec des incapacités.

Ainsi, alors que l'espérance de vie des femmes en France est supérieure de sept ans à celle des hommes (respectivement 85,0 et 78,0 années, Eurostat 2009), l'espérance de vie sans incapacité, mesurée par le nombre d'AVBS, est sensiblement la même pour les deux sexes (+ 0,6 an en faveur des femmes). Il en est de même dans les autres pays de l'UE La moyenne de l'espérance de vie pour les femmes est ainsi supérieure de 5,9 ans à celle des hommes en 2009 pour seulement 0,7 ans en termes d'AVBS. De fait la proportion des années vécues sans incapacité est inférieure de 6 points chez les femmes en comparaison avec les hommes (74,4% versus 80,4%) en France et de 5 points pour la moyenne de l'UE (75% versus 80%). Dans 7 pays sur 27 les hommes ont même une espérance de vie sans incapacité légèrement supérieures à celle des femmes (Belgique, Danemark, Italie, Pays-Bas, Portugal, Espagne et Suède), soit un nombre significatif des pays de l'Europe de l'ouest.

En 2009 la France affiche le premier rang concernant l'espérance de vie à la naissance chez les femmes et le huitième rang pour les hommes. La différence est donc grande

Figure 1 **Comparaison de l'espérance de vie en bonne santé chez les hommes et chez les femmes dans l'UE en 2009** Classement par ordre décroissant sur les hommes



Source : Eurostat

avec l'espérance de vie sans incapacité (10^e et 11^e rang). Ceci reflète le classement en termes de proportion des années vécues sans incapacité (14^e rang pour les femmes comme pour les hommes).

A 65 ans la France se situe très légèrement au dessus des moyennes européennes

Espérance de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans

Hommes

- France : 9,0 ans
- 12^e rang sur 24 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Suède 13,6 ans / Slovaquie 3,5 ans

Femmes

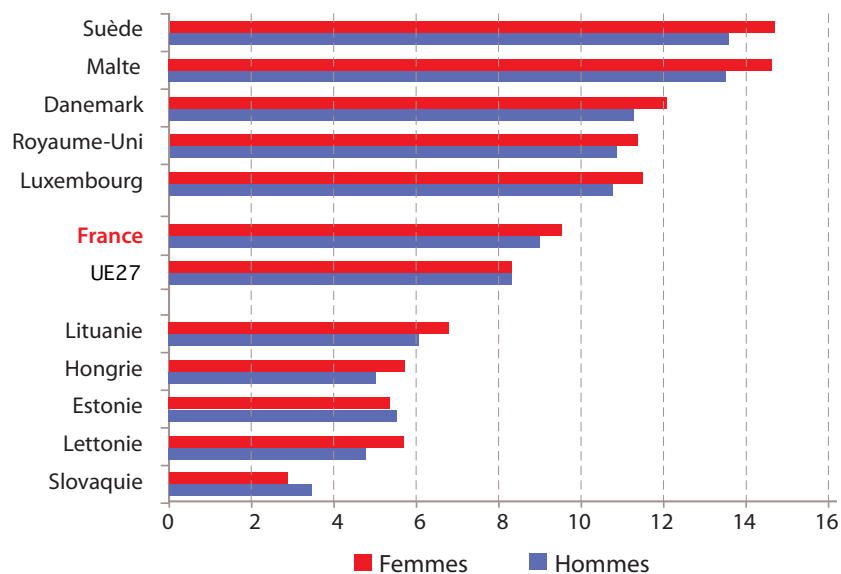
- France : 9,5 ans
- 10^e rang sur 24 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Suède 14,7 ans / Slovaquie 2,9 ans

Données : Eurostat, 2009

Concernant l'espérance de vie sans incapacité à l'âge de 65 ans, la France se situe en 2009 très légèrement au dessus des moyennes européennes avec des valeurs de 9,0 ans *versus* 8,4 pour les hommes et 9,5 *versus* 8,4 pour les femmes. Elle se situe ainsi respectivement au 12^e et 10^e rang européens. Comme pour l'espérance de vie sans incapacité à la naissance, hommes et femmes ont à 65 ans pratiquement le même nombre attendu d'années à vivre sans incapacité alors que l'écart d'espérance de vie totale est de 4,5 années en faveur des femmes. De fait la proportion des années vécues sans incapacité est inférieure de plus de 7 points pour les femmes par rapport aux hommes (40,8% *versus* 48,1). La France possède les meilleures espérances de vie à 65 ans pour les deux sexes (pour les femmes seulement à la naissance). Le classement nettement moins bon pour l'espérance de vie sans incapacité reflète comme pour l'espérance de vie à la naissance mais de façon accentuée le classement en termes de proportion des années vécues sans incapacité (15^e rang pour les femmes comme pour les hommes).

Pendant la période 1995-2001, l'EVSI à 65 ans, issue des données ECHP (voir méthodologie), a légèrement augmenté. La proportion d'années vécues sans incapacité parmi les années totales d'espérance de vie, reste stable pour les deux sexes à en-

Figure 2 **Comparaison de l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans chez les hommes et chez les femmes dans l'UE en 2009** Classement par ordre décroissant sur les hommes



Source : Eurostat

viron 41 % pour les femmes et 48 % pour les hommes. Entre 1995 et 2001 l'EVSI en France était en dessous de la moyenne de l'UE15.

La nouvelle série d'EVSI, initiée en 2004 avec les données de SILC (voir méthodologie), poursuit la tendance stable observée en France et se situe en 2009 légèrement au dessus de la moyenne de l'UE27 comme cela a déjà été noté. Entre 2008 et 2009 l'EVSI décroît en France pour les femmes et augmente légèrement pour les hommes. Il faut noter que l'intitulé de la question GALI a été légèrement modifié en 2008 pour mieux se conformer au standard européen. Mais cette légère modification ne peut expliquer à elle seule la baisse de l'EVSI observée depuis 2007.

Entre 2004 et 2009 la proportion des années vécues sans incapacité, qui est supérieur pour les hommes, diminue clairement pour les femmes alors qu'elle reste stable pour les hommes.

Méthodologie et comparabilité

Les EVSI et l'indicateur européen AVBS sont de plus en plus utilisés pour compléter les mesures traditionnelles de l'espérance de vie.

La comparaison des tendances des AVBS est rendue difficile du fait d'un changement dans les sources de données. Pour les pays membres de l'UE15, sur la période 1995-2001, les données sont issues des enquêtes ECHP. Leur comparabilité est limitée à cause de différences dans les conceptions des enquêtes et dans la formulation des questions. En 2002 et 2003, des estimations ont été effectuées sur la base des tendances 1995-2001. L'incapacité évoluant lentement dans le temps, il a été supposé que l'évolution de la prévalence était linéaire pour les calculs de 2002 et 2003. Pour les nouveaux membres de l'Union, les sources nationales ont été utilisées lorsqu'elles étaient comparables. Depuis 2004, les données proviennent des enquêtes EU-SILC, en utilisant la question sur l'incapacité à long terme connue sous le nom de GALI (Indicateur général de limitation d'activité). Ces enquêtes ont été mises en place progressivement dans l'ensemble des pays. Ainsi, le passage des enquêtes ECHP aux enquêtes EU-SILC en 2004 a causé une rupture des séries.

Notons que les AVBS diffèrent du *Health-Adjusted Life Expectancy* (HALE, espérance de vie dans un état de « pleine santé ») et du *Disability-Adjusted Life Expectancy* (DALE, espérance de vie ajustée sur l'incapacité). Le HALE retranche à l'espérance de vie les années de « pleine santé » perdues du fait d'un mauvais état de santé. Le DALE est obtenu en appliquant à chaque année de l'espérance de vie un système de poids (estimé à partir des maladies prévalentes et de la gravité des incapacités qui leur sont associées) pour ne conserver que la portion qualifiée de bonne santé. Ces indicateurs utilisés par l'OMS reposent sur des bases de calcul et sources de données différentes des indicateurs européens AVBS.

Bibliographie

Base de données : Eurostat.

EHEMU (2005). *Are we living longer, healthier lives in the EU? Disability-Free Life Expectancy (DFLE) in EU countries from 1991 to 2003 based on the European Community Household Panel (ECHP)*, European Health Expectancy Monitoring Unit.

Jagger, C. (2005). *Healthy Life Expectancy in the EU15*. European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU). Budapest.

EHEMU. *rapports nationaux espérance de santé en France (2012)*:http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue5_translated/France.pdf

41 - Autres indicateurs d'espérance de santé

Les autres indicateurs d'espérance de santé correspondent au nombre d'années que peut s'attendre à vivre les personnes d'un âge donné

- a) en bonne santé perçue et
- b) sans maladie chronique compte tenu des conditions médicales, sanitaires et sociales qui ont cours.

Espérance de vie en bonne santé perçue à l'âge de 16 ans en France

- Hommes : 43,3 ans
11^e rang sur 27 pays européens (ordre décroissant)
 - Pays aux extrêmes :
Suède 52,1 ans / Lettonie 27,0 ans
 - Femmes : 43,8 ans
13^e rang sur 27 pays européens (ordre décroissant)
 - Pays aux extrêmes :
Irlande 53,1 ans / Lettonie 27,4 ans
- Données : EHLEIS 2009

L'analyse conjointe des tendances des indicateurs d'espérance de vie et d'espérance de santé permet d'estimer si les années gagnées sont des années de vie en bonne santé ou non, en s'appuyant sur des dimensions différentes de la santé.

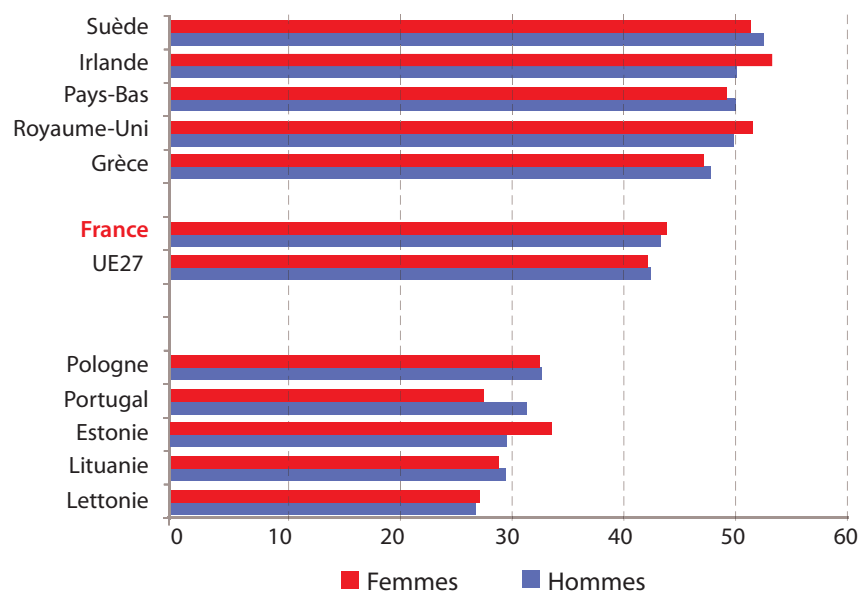
Le calcul de l'indicateur est prévu à la naissance et à 65 ans. Concernant le premier point, actuellement le calcul est effectué pour l'âge de 16 ans.

L'espérance de vie en bonne santé perçue en France est légèrement supérieure à la moyenne européenne

En France, l'espérance de vie en bonne santé perçue des hommes et des femmes à l'âge de 16 ans est respectivement de 43,3 ans et 43,8 ans en 2009, ce qui place la France au 11^e et 13^e rang (classement par ordre décroissant) parmi les 27 pays

de l'UE. Les résultats correspondant pour l'ensemble des pays de l'UE est de 42,4 ans pour les hommes et de 42,2 pour les femmes. Dans un peu moins de la moitié des

Figure 1 **Comparaison de l'espérance de vie en bonne santé perçue à l'âge de 16 ans dans l'UE en 2009** Classement par ordre décroissant sur les hommes



Source : EHLEIS

pays de l'UE, les femmes ont une espérance de vie en bonne santé perçue légèrement plus élevée que celle des hommes. Cependant du fait que leur espérance de vie totale est dans tous les pays sans exception supérieure à celle des hommes, même pour ces pays, la proportion des années vécues en bonne santé perçue, parmi l'ensemble des années restant à vivre, est nettement inférieure pour les femmes comparativement aux hommes (en France comme pour l'UE 63,0% versus 69,3%). Les écarts entre pays sont considérables puisque l'espérance de vie en bonne santé perçue à l'âge de 16 ans varie pour les hommes de 27,0 ans en Lettonie à 52,1 ans en Suède et pour les femmes de 27,4 ans en Lettonie à 53,1 ans Irlande.

De façon générale les anciens Etats membres présentent les meilleurs résultats, à l'exception notable du Portugal. Parmi les nouveaux Etats membres, les deux Etats insulaires, Chypre et dans une moindre mesure Malte s'intercalent parmi les pays de l'UE15. Chypre présente de meilleurs résultats que la France pour les deux sexes.

La position relative de la France est donc nettement moins favorable pour l'espérance de vie en bonne santé perçue que pour l'espérance de vie totale puisque la France a la meilleure espérance de vie totale à 16 ans pour les femmes avec 69,4 ans (moyenne de l'UE27 de 67,4 ans) et se situe en 7^e position pour les hommes avec 62,5 ans pour une moyenne de l'UE à 61,2 ans. De fait la France ne se situe qu'en 14^e position pour les hommes comme pour les femmes concernant la proportion des années vécues en bonne santé perçue soit 69,3% pour les hommes et 63% pour les femmes.

L'espérance de vie sans maladie chronique en France est inférieure à la moyenne européenne

Espérance de vie sans maladie chronique à l'âge de 16 ans en France

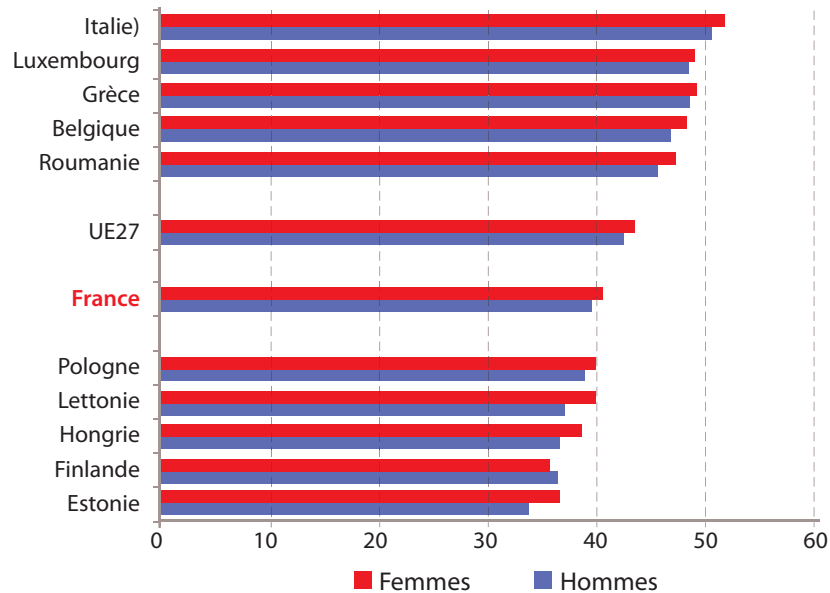
- **Hommes : 39,6 ans**
20^e rang sur 27 pays européens
(ordre décroissant)
- **Pays aux extrêmes :**
Italie 50,6 ans / Estonie 33,8 ans
- **Femmes : 40,7 ans**
21^e rang sur 27 pays européens
(ordre décroissant)
- **Pays aux extrêmes :**
Italie 51,9 ans / Finlande 35,8 ans

Données : EHLEIS, 2009

Concernant l'espérance de vie sans maladie chronique, à l'âge de 16 ans, en France en 2009, les hommes peuvent s'attendre à vivre 39,6 ans sans maladie chronique et les femmes 40,7 ans. Les espérances de vie des hommes et des femmes en France se situent en-dessous de celles observées en moyenne pour l'UE en 2009. Les hommes peuvent ainsi espérer à l'âge de 16 ans vivre 42,6 années sans maladie chronique en moyenne dans l'UE, et les femmes pour leur part 43,6. Les variations au sein des pays européens sont fortes : de 33,8 ans en Estonie à 50,6 ans en Italie pour les hommes et de 35,8 ans en Finlande à 51,9 ans pour l'Italie pour les femmes. Les résultats comparés des anciens et nouveaux Etats membres sont beaucoup plus hétérogènes que pour l'espérance de vie en bonne santé perçue puisque par exemple la Roumanie et la Bulgarie figurent parmi les cinq Etats avec les meilleures données (concernant les hommes pour la

Roumanie, concernant les femmes pour la Bulgarie). *A contrario* la Finlande affiche les résultats les plus faibles en formant un ensemble avec l'Estonie et la Lettonie. L'Allemagne se situe au niveau de la France. Globalement en Europe, les femmes ont une espérance de vie sans maladie chronique légèrement plus élevée que les hommes, à l'exception de la Suède, de la Finlande, du Portugal et du Danemark. Comme pour l'espérance de vie en bonne santé perçue, la proportion des années vécues sans ma-

Figure 2 **Comparaison de l'espérance de vie sans maladie chronique à l'âge de 16 ans dans l'UE en 2009** Classement par ordre décroissant sur les hommes



Source : EHLEIS

l'espérance de vie sans maladie chronique parmi l'ensemble des années restant à vivre est systématiquement inférieure pour les femmes comparativement aux hommes (58,6% versus 63,3% pour la France, 65,0 % versus 69 ,6% pour l'UE)

Si l'on compare à l'espérance de vie en bonne santé perçue, le moins bon classement relatif de la France concernant l'espérance de vie sans maladie chronique par rapport à celui pour l'espérance de vie totale est accru du fait que la proportion des années vécues sans maladies chroniques est particulièrement faible en France puisque seules l'Estonie et la Finlande présentent des proportions inférieures.

Le classement relatif de la France pour les espérances de vie à 65 ans est meilleur que pour les espérances de vie à 16 ans.

Concernant l'espérance de vie en bonne santé perçue à l'âge de 65 ans la France se situe en 10^e position pour les hommes et en 9^e pour les femmes, à rapprocher des 11^e et 13^e rang à 16 ans.

De même pour l'espérance de vie sans maladie chronique à 65 ans les classements sont le 15^e rang pour les hommes et le 14^e rang pour les femmes pour respectivement les 20^e et 21^e à 16 ans.

Ceci est à rapprocher de la position française en termes d'espérance de vie

Espérance de vie en bonne santé perçue à l'âge de 65 ans en France	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 7,1 ans	• France : 7,5 ans
• 10 ^e rang sur 27 pays européens (ordre décroissant)	• 9 ^e rang sur 27 pays européens (ordre décroissant)
• Pays aux extrêmes : Suède 11,3 ans / Lituanie 1,4 ans	• Pays aux extrêmes : Irlande 12,8 ans / Lituanie 1,0 ans
Données : EHLEIS, 2009	

Figure 3 **Comparaison de l'espérance de vie en bonne santé perçue à l'âge de 65 ans dans l'UE en 2009** Classement par ordre décroissant sur les hommes

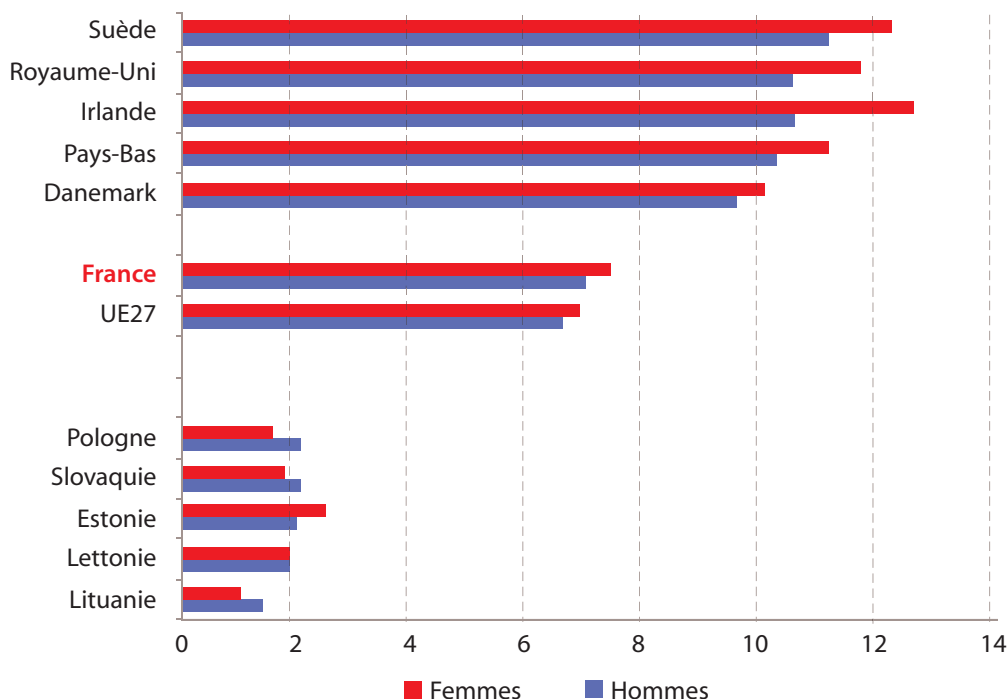
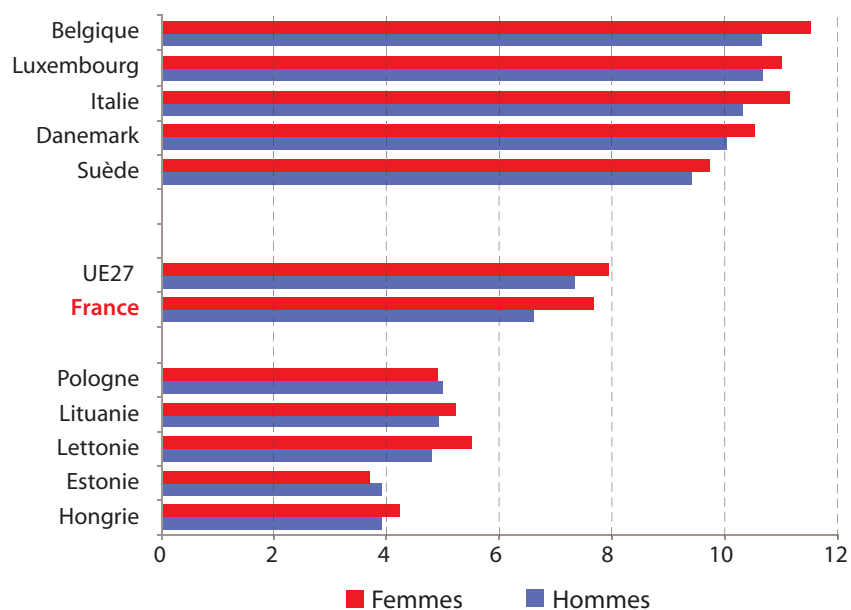


Figure 4 **Comparaison de l'espérance de vie sans maladie chronique à l'âge de 65 ans dans l'UE en 2009** Classement par ordre décroissant sur les hommes



Source : EHLEIS

Espérance de vie sans maladie chronique à l'âge de 65 ans en France	
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
• France : 6,6 ans	• France : 7,6 ans
• 15 ^e rang sur 27 pays européens (ordre décroissant)	• 14 ^e rang sur 27 pays européens (ordre décroissant)
• Pays aux extrêmes : Belgique 10,6 ans / Hongrie-Estonie 3,9 ans	• Pays aux extrêmes : Belgique 11,4 ans / Estonie 3,6 ans
Données : EHLEIS, 2009	

à 65 ans qui est la plus élevée pour les hommes comme pour les femmes. Dans ces conditions comme cela a déjà été noté pour les espérances à 16 ans le classement moins bon pour les espérances de santé que pour l'espérance de vie totale reflète le classement en termes de proportion des années vécues en bonne santé perçue et sans maladie chronique parmi les années restant à vivre: Pour la santé perçue. Il s'agit des 13^e et 10^e rangs

et pour les maladies chroniques des 23^e et 18^e rangs.

Méthodologie et comparabilité

Les données sur l'espérance de vie en bonne santé perçue et sur l'espérance de vie sans maladie chronique sont issues du projet EHEMU (*European Health Expectancy Monitoring Unit* - Observatoire européen des espérances de santé). Ces données ne sont pas disponibles sur Eurostat. Elles proviennent du mini module santé posé dans le cadre de l'enquête EU-SILC (*Statistics on income and living conditions* – Enquête européenne sur le revenu et les conditions de vie) qui a remplacé l'enquête ECHP (*European community household panel* – Panel communautaire des ménages) en 2004. Le mini module comporte trois questions portant sur la santé perçue, la présence de problèmes de santé chroniques et la présence de restrictions d'activité au long cours (ce dernier étant utilisé pour calculer les années de vie en bonne santé, voir fiche précédente). La santé perçue, les limitations d'activité et les maladies chroniques, déclarées par les personnes, couvrent trois dimensions de la santé permettant de refléter différentes facettes des situations de santé dans la population. Ces mesures sont basées sur le ressenti et la connaissance qu'ont les personnes de leur état de santé. Elles ne reposent pas sur des diagnostics médicaux. Les différences de conceptions des enquêtes ECHP et EU-SILC ainsi que les différences dans la définition des termes employés, notamment concernant les limitations d'activité et les maladies chroniques, affectent la comparabilité des tendances récentes (EHEMU 2005 ; Jagger 2005). En outre, les données de l'enquête ECHP ne couvrent que la période 1996-2001 pour les pays de l'UE15 (exception faite du Luxembourg). L'enquête EU-SILC quant à elle, fournit des données pour 13 pays européens seulement en 2004 contre 25 en 2005 et pour l'ensemble de l'UE depuis 2006). Notons que l'Observatoire européen des espérances de santé devrait se renforcer dans les années qui viennent avec la mise en place en 2011 de l'action conjointe entre la Commission et les Etats-Membres pour développer le système européen d'information sur les espérances de vie et de santé (EHLEIS).

Bibliographie

Base de données : EHLEIS) : <http://www.eurohex.eu/>

EHEMU (2005). *Are we living longer, healthier lives in the EU? Disability-Free Life Expectancy (DFLE) in EU countries from 1991 to 2003 based on the European Community Household Panel (ECHP)*, European Health Expectancy Monitoring Unit.

Jagger, C. (2005). *Healthy Life Expectancy in the EU15*. European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU). Budapest.

III. Déterminants de la santé

42 - Surpoids et obésité

L'indice de masse corporelle (IMC) est couramment utilisé pour déterminer la corpulence. Il est défini par le poids corporel (en kilogrammes) divisé par la taille (en mètres) au carré. La surcharge pondérale chez l'adulte est définie selon les références internationales par un IMC supérieur ou égal à 25 ; le surpoids correspond à un IMC compris entre 25 et 30 et l'obésité à un IMC supérieur ou égal à 30. Il se base de préférence sur les données mesurées plutôt que déclarées.

Dans cette fiche, il convient d'être prudent dans l'analyse des comparaisons entre pays. Outre le fait que les enquêtes ont été réalisées à des dates variables entre 2000 et 2008 et que les évolutions des prévalences peuvent parfois être rapides sur une courte période, deux facteurs peuvent contribuer à fausser les interprétations. D'une part, les enquêtes déclaratives par rapport aux enquêtes avec

examen de santé se caractérisent par une sous-déclaration du poids et une sur-déclaration de la taille ce qui a comme conséquence une sous-estimation de l'IMC calculé. D'autre part, les prévalences du surpoids et de l'obésité dépendent de l'âge et les données ne sont pas standardisées sur l'âge, ce qui empêche une bonne comparabilité entre pays.

La France n'est pas épargnée par les problèmes de surcharge pondérale et d'obésité

La France comptait en 2007 57,2% d'hommes en surcharge pondérale pour 41,4% de femmes et 16,1% d'hommes obèses pour 17,6% de femmes. Près de la moitié de la population adulte résidant en France (49,3%) était donc concernée par la surcharge pondérale parmi laquelle 16,9% étaient obèses. Il s'agit d'un réel problème de santé publique, car la surcharge pondérale est un important facteur de risque de maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires (principalement cardiopathie et accident vasculaire cérébral), certains cancers, le diabète de type 2 et les troubles musculo-squelettique en particulier l'arthrose.

La surcharge pondérale et plus spécifiquement l'obésité ont fortement augmenté pendant les années 1990 dans la population adulte vivant en France. Les évolutions très récentes ont montré un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité observées depuis le début des années 1990 ; pour autant, celle-ci continue de progresser, notamment chez les femmes. Néanmoins, la problématique est moins préoccupante que dans d'autres pays européens. En Angleterre, en 2007,

Hommes

Surcharge pondérale

- France (2006-2007, données mesurées) : **57,2%**
- Pays aux extrêmes :
Lettonie (2006, données déclarées) **44,6%** / Malte **71,9%** (données déclarées)

Obésité

- France : **16,1%**
- Pays aux extrêmes: Roumanie (2000, données mesurées) **7,7%** / Grèce (2003, données déclarées) **26%** (2002) **23%**

Femmes

Surcharge pondérale

- France (2006-2007, données mesurées) : **41,4%**
- Pays aux extrêmes : Autriche (2008, données déclarées) **31%** / Royaume-Uni (2002, données déclarées) **56,6%**

Obésité

- France : **17,6%**
- Pays aux extrêmes : Autriche (2008) **9%** / Royaume-Uni (2002) **23%**

Données : OMS 2008

Tableau 1
Comparaison des prévalences (%) de la surcharge pondérale et de l'obésité dans l'UE pour la dernière année disponible

Données mesurées		Femmes		Hommes		Année de l'enquête
Pays	Age	Surcharge pondérale	Obésité	Surcharge pondérale	Obésité	
Bulgarie	20 - 100	51,4	19,2	53,0	13,4	2004
Chypre	15 - 100	38,7	11,8	53,9	12,9	2003
France	18 - 74	41,4	17,6	57,2	16,1	2006-2007
Irlande	18 - 44	41,0	17,0	57,0	16,0	2007
Pologne	19 - 100	48,6	19,9	56,7	15,7	2000-2001
Portugal	18 - 64	47,8	13,4	60,2	15,0	2003-2005
République tchèque	20 - 100	51,5	22,32	66,7	23,9	2008
Roumanie	15 - 100	38,1	9,5	45,8	7,7	2000

Données déclarées		Femmes		Hommes		Année de l'enquête
Pays	Age	Surcharge pondérale	Obésité	Surcharge pondérale	Obésité	
Allemagne	18 - 100	41,2	12,3	57,7	13,6	2003
Autriche	18 - 65	31,0	9,0	52,0	13,0	2007-2008
Belgique	15 - 100	37,8	13,4	50,6	11,9	2004
Danemark	16 - 100	37,4	11	48,6	11,8	2005-2006
Espagne	18 - 100	45,8	15,4	60,7	15,7	2006-2007
Estonie	16 - 64	44,6	19,3	56,3	17,5	2008
Finlande	15 - 64	43,6	16,0	55,8	15,4	2008
Grèce	20 - 69	48,1	18,2	67,1	26,0	2003
Hongrie	18 - 100	49,43	18,2	58,9	17,1	2003-2004
Italie	18 - 100	35,7	9,1	53,0	10,5	2005
Lettonie	15 - 64	45,6	18,1	44,6	12,3	2006
Lithuanie	20-64	49	19,2	56,0	20,6	2006
Malte	18 - 100	53,2	19,3	71,9	22,2	2006-2007
Pays-Bas	20 - 100	39,6	11,4	50,4	9,9	2005
Royaume-Uni	16 - 100	56,6	23,0	66,3	22,3	2002
Slovaquie	15 - 64	37,4	15,0	57,8	13,5	2002
Slovénie	25 - 64	Non calculé	13,8	Non calculé	16,5	2001
Suède	16 - 84	39,0	12,0	54,0	13,0	2009

Source : OMS. Données françaises : Étude nationale nutrition santé 2006-2007, InVS/Université Paris 13

d'après des données mesurées (personnes âgées de 16 à 100 ans), 65 % des hommes et 56 % des femmes étaient en surcharge pondérale (24 % souffraient d'obésité quel que soit le sexe). A l'inverse, l'Autriche se distingue par des taux de surcharge pondérale et d'obésité féminins les plus bas d'Europe avec respectivement 31 et 9 % en 2008, mais il s'agit de données déclarées sur une population âgée de 18 à 65 ans. Pour les hommes, Malte affiche la proportion d'hommes en surcharge pondérale la plus élevée avec 71,9 %, contre 44,6 % seulement en Lettonie ; la Grèce comprend la part d'hommes obèses la plus élevée avec 26 % contre 7,7 % en Roumanie.

Des inégalités sociales et de genre

Dans toute l'Europe, on a observé une augmentation plus rapide de l'obésité dans les groupes socialement les plus défavorisés et chez ceux où le niveau d'éducation est plus bas. En France, les disparités sociales semblent en effet s'accroître depuis les années 1980. Bien que les prévalences augmentent quelles que soient les caractéristiques sociales, l'enquête décennale santé de l'Insee a mis en évidence des évolutions différentes selon les Professions et catégories socioprofessionnelles (PCS), le niveau de diplôme ou le niveau de vie du ménage. Ainsi, la prévalence de l'obésité a augmenté de 7 points chez les agriculteurs entre 1992 et 2003 contre 2 points chez les cadres. De même, si l'on considère le niveau de diplôme, l'écart de prévalences d'obésité entre les personnes de niveau brevet ou sans diplôme et celles d'un diplôme supérieur au baccalauréat est passé de 5 points à 10 points. Ces évolutions semblent particulièrement marquées chez les femmes (Drees 2010).

Méthodologie et comparabilité

Les données présentées proviennent de la base de données de l'OMS sur l'IMC. Elles sont issues de l'Etude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007 pour la France.

Les enquêtes déclaratives par rapport aux enquêtes avec examen de santé se caractérisent par une sous-déclaration du poids et une sur-déclaration de la taille, ce qui a comme conséquence une sous-estimation de l'IMC calculé. Par ailleurs, les prévalences du surpoids et de l'obésité dépendent de l'âge et les données ne sont pas standardisées sur l'âge, ce qui empêche une bonne comparabilité entre pays.

L'IMC ne correspond pas au même degré de surpoids au sein de différentes populations : il devrait être pondéré pour tenir compte de possibles variations anthropomorphiques entre populations, ce qui n'est pas le cas. Les risques de santé associés à un IMC élevé doivent donc être interprétés de manière contextuelle (OMS 1995).

A l'avenir, les enquêtes de santé européennes devraient permettre d'harmoniser la méthodologie utilisée par les différents pays et ainsi d'améliorer la comparabilité des données. Il s'agira dans un premier temps des enquêtes santé par interview puis dans le futur des enquêtes santé par examen.

Bibliographie

Drees (2010). «L'état de santé de la population en France». Rapport 2009-2010 : 122-3.

OMS (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. WHO Technical Report Series 854. Report of a WHO Expert Committee. Geneva.

Base de données : OMS (<http://apps.who.int/bmi/index.jsp>)

Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). «Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)», InVS, Université de Paris 13, CNAM, décembre.

43 - Hypertension artérielle

L'indicateur recommandé par le projet ECHIM pour l'hypertension artérielle (HTA) est la prévalence des hypertendus avérés et potentiels. Elle correspond au nombre de personnes dont la pression artérielle systolique (PAS) est d'au moins 140 mmHg ou dont la pression artérielle diastolique (PAD) est d'au moins 90 mmHg ou qui déclarent prendre des médicaments pour diminuer leur tension artérielle, divisé par le nombre de participants à l'enquête. Outre la prévalence de l'HTA, la liste ECHI comporte aussi des indicateurs complémentaires sur la prévalence du traitement et du contrôle de l'HTA.

Le suivi de cet indicateur s'inscrit dans une perspective de prévention primaire du risque cardio-vasculaire. Il existe en effet une relation positive et continue entre les niveaux de pression artérielle systolique et aussi diastolique et la morbidité cardio-vasculaire. Cet indicateur renseigne sur le risque de maladies coronariennes, d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de diabète.

Le recours à un traitement médical, combiné à un changement dans les habitudes de vie – particulièrement la perte de poids, la pratique d'une activité physique ainsi que la réduction de la consommation de sel et d'alcool –, a un effet bénéfique sur l'hypertension.

Les données présentées dans cette fiche sont issues du projet Monica de l'OMS.

Ces données étant anciennes, elles sont complétées par des données plus récentes pour la France issues de l'enquête nationale nutrition santé.

A l'avenir l'indicateur sera renseigné à partir des enquêtes européennes sur la santé par interview, puis par examen.

La prévalence de l'hypertension artérielle varie selon les pays européens

Les dernières données disponibles permettant des comparaisons internationales datent des années 1990 (années d'enquête variables selon les pays). Elles sont issues du projet *Multinational Monitoring of trends and determinants in cardiovascular Disease* (Monica) de l'OMS. À titre d'information, de grandes disparités entre les pays européens pour la prévalence de l'hypertension artérielle étaient constatées. Les prévalences de l'hypertension artérielle variaient de 19 % en Espagne (région de Catalogne, 1994-96) à 60 % en Finlande (région de Turku/Loimaa, 1992) pour les hommes et de 20 % en Espagne (même région, mêmes années) à 49 % en Finlande (région de Kuopio, 1992) pour les femmes (Antikainen *et al.*, 2006). De manière générale, la prévalence de l'HTA est plus élevée dans les pays du nord-est de l'Europe que dans les pays du sud-ouest. En France, plus de 40 % des 35-64 ans (48 % chez les hommes et 37,4 % chez les femmes) étaient hypertendus d'après les données de l'enquête réalisée entre 1995 et 1997 auprès de 3 registres situés à Lille, Strasbourg et Toulouse.

Les tendances observées au travers de l'étude Monica montrent que, entre le milieu des années 1980 et le milieu des années 1990, la majorité des pays européens ont connu un déclin de la prévalence de l'HTA (Antikainen *et al.*, 2006).

La détection et le contrôle de l'HTA demeurent insuffisants en France

Selon une étude plus récente ENNS 2006-2007, 31 % de la population (18-74 ans) en France est atteint d'HTA. La prévalence de l'HTA augmente fortement avec l'âge, passant de 9,6 % chez les 18-44 ans à 67,3 % chez les 65-74 ans. L'hypertension touche également plus les hommes que les femmes (34,1 % contre 27,8 %) et augmente avec l'âge (de 56,8 % chez les 18-44 ans à 93,3 % chez les 65-74 ans). Elle est connue dans 47 % des cas chez les hommes et 59 % chez les femmes. Parmi les hypertendus connus, la part des personnes traitées (médicaments à action antihypertensive) est de 77 % chez les hommes et de 87 % chez les femmes (ENNS 2006-2007). Parmi les hypertendus traités, la moitié (42 % chez les hommes et 59 % chez les femmes) ont une pression artérielle contrôlée, c'est-à-dire inférieure à 140/90 mm Hg (Godet-Thobie H., 2008).

D'après les données de l'étude Monitoring national du risque artériel (Mona Lisa) réalisée dans la Communauté urbaine de Lille et les départements du Bas-Rhin et de la Haute-Garonne entre 2005 et 2007, l'analyse de l'évolution sur dix ans chez les 35-64 ans montre que la prévalence de l'hypertension artérielle a diminué de 7,5 % chez les hommes (passant de 45 % en 1996 à 42 % en 2006), et de 18,5 % chez les femmes (passant de 34 % en 1996 à 28 % en 2006). Elle révèle également que les sujets hypertendus traités étaient mieux contrôlés en 2006 que dix ans auparavant (Wagner A. *et al.*, 2008).

Les populations des groupes socio-économiques défavorisés sont les plus touchés par l'hypertension artérielle

L'analyse de huit enquêtes de santé nationales en Europe révèle que l'HTA est plus fréquente parmi les personnes les moins éduqués (Dalstra *et al.*, 2005) (Godet-Thobie H., 2008). Cette différence d'ordre socio-économique diminue en fin de vie et est plus marquée entre les femmes qu'entre les hommes.

Méthodologie et comparabilité

Le projet Monica est une étude internationale planifiée et coordonnée par l'OMS ayant pour objectif de mesurer les tendances et les déterminants de la mortalité et de la morbidité par maladies cardio-vasculaires et d'étudier les facteurs de risque de ces mêmes maladies. Au total, 39 centres répartis dans 27 pays à travers le monde ont participé à l'enquête de 1985 à 1995, dont 3 en France. Les enquêtes de population ont été réalisées entre 1995 et 1997 parallèlement dans les trois registres français de Lille, Strasbourg et Toulouse, implantés dans trois régions françaises connues pour leur différence en termes de niveau de facteurs de risque et de morbidité et mortalité coronaires.

Ces trois centres ont renouvelé l'étude entre octobre 2005 et décembre 2007 (étude Mona Lisa).

En France, l'Étude nationale nutrition santé (ENNS), réalisée en 2006-2007, est la première étude représentative de la population adulte (18-74 ans) résidant en France métropolitaine et qui comprend des données sur la pression artérielle. La tension artérielle est mesurée trois fois au cours d'une visite. Selon cette étude, une personne est considérée comme ayant une hypertension artérielle quand sa PAS

ou sa PAD est élevée, ou encore quand elle prend un médicament agissant sur la pression artérielle.

Les difficultés pour obtenir une prévalence de l'HTA standardisée par les enquêtes de population sont présentées dans l'article de Wolf-Maier *et al.*, 2003.

Bibliographie

Drees. «L'état de santé de la population en France» – rapport 2009-2010 de suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Collection «Études et statistiques».

Projet Monica : <http://www.ktl.fi/monica/>

Antikainen R. L., Moltchanov V. A., Chukwuma C., Sr., Kuulasmaa K. A., Marques-Vidal P. M., Sans S., Wilhelmsen L., Tuomilehto J. O. (2006). *Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension: the WHO Monica Project. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*; 13: 13-29.

Dalstra J. A., Kunst A. E., Borrell C., Breeze E., Cambois E., Costa G., Geurts J. J., Lahelma E., Van Oyen H., Rasmussen N. K., Regidor E., Spadea T., Mackenbach J. P. (2005). «Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries». *Int. J. epidemiol.*; 34:316-26.

Godet-Thobie H., Vernay M., Noukpoape A., Salanave B., Malon A., Castetbon K., de Peretti C. (2008). «Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans», ENNS 2006-2007. *BEH*, n°: 49-50.

Wagner A., Arveiler D., Ruidavets J-B, Cottel D., Bongard V., Dallongeville J., Ferrière J., Amouyel P., Haas B. «Etat des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude Mona Lisa». *BEH*, 2008, n°: 49-50

Wolf-Maier K., Cooper R. S., Banegas J. R., Giampaoli S., Hense H. W., Joffres M., Katarinen M., Poulter N., Primatesta P., Rodriguez-Artalejo F., Stegmayr B., Thamm M., Tuomilehto J., Vanuzzo D., Vescio F. (2003). «Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States». *Jama*; 289: 2363-9.

44 - Tabagisme

D'après la distinction posée par l'OMS :

– Est non fumeur tout individu qui ne fume pas du tout au moment de l'enquête. Parmi cette catégorie, on distingue les :

- 1) anciens fumeurs quotidiens,
- 2) les anciens fumeurs occasionnels,
- 3) ceux n'ayant jamais fumé

– Est fumeur tout individu qui fume quotidiennement ou occasionnellement au moment de l'enquête. Un fumeur quotidien est une personne qui fume au moins une fois par jour alors qu'un fumeur occasionnel ne fume pas tous les jours.

L'indicateur sur les fumeurs quotidiens est le pourcentage de fumeurs quotidiens dans la population âgée de plus de 15 ans.

Les données citées pour la France font référence aux fumeurs quotidiens, même si la notion de fumeurs habituels, catégorie qui regroupe non seulement les fumeurs quotidiens mais aussi les fumeurs occasionnels, est parfois utilisée en France.

La consommation de tabac est l'une des principales causes de décès et de maladies évitables en Europe. C'est un facteur de risque majeur des maladies cardio-

vasculaires, des maladies pulmonaires obstructives, de la bronchite chronique, de l'emphysème, du cancer des poumons, du cancer de la vessie et d'autres pathologies.

La France fait partie des pays européens à forte consommation, en particulier pour les femmes

Fumeurs quotidiens en France parmi les 15-75 ans en 2010 :

- 32 % d'hommes – 20^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Suède 12% / Grèce 46%
- 26 % de femmes – 25^e rang sur 27 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Roumanie 9% / Grèce 34%

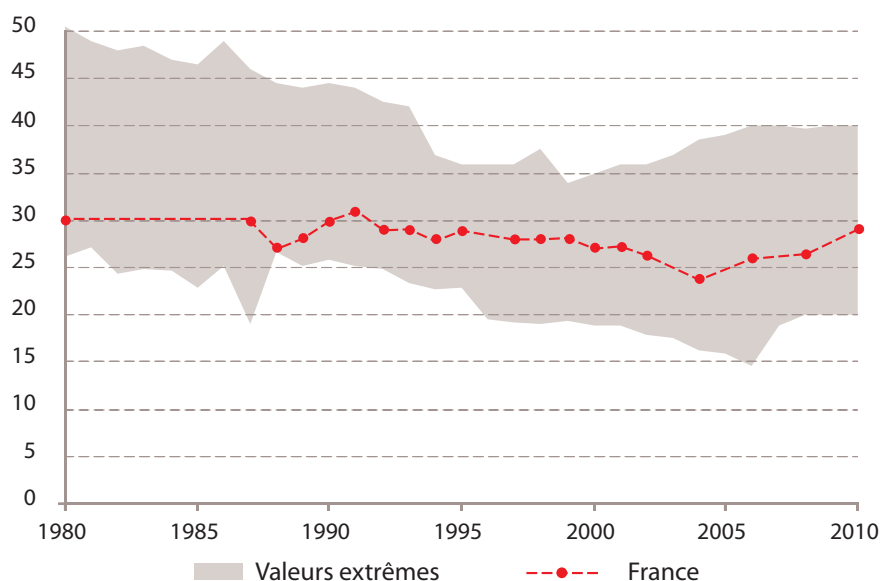
Données : OCDE et Eurostat 2008
Baromètre santé 2010 pour la France

Entre les années 1980 et le milieu des années 2000, le pourcentage de fumeurs quotidiens a diminué d'environ 10% en France. Jusqu'au début des années 2000, le tabagisme quotidien oscille entre 28 et 30%. La plus forte baisse est enregistrée en 2005 avec une estimation de 27% de fumeurs quotidiens. Les dernières données disponibles (2010) font état de 29% de fumeurs quotidiens en France. Ces données situent la France parmi les Etats membres de l'UE à forte consommation. En 2008, la Suède, la Slovénie, le Portugal et la Belgique affichaient les pourcentages les plus faibles de fumeurs quotidiens (de 14% à 20%), tandis que la Grèce affichait le pourcentage le plus élevé (40%) suivie par la Bulgarie, l'Irlande et la France aux alentours de 30%. On constate ainsi une grande variabilité intra-européenne, y compris entre pays voisins.

En France, le pourcentage d'hommes fumeurs quotidiens s'est stabilisé depuis 2005 après une baisse continue depuis 1970

A l'inverse de la tendance observée pour les femmes, le pourcentage d'hommes fumant quotidiennement est en baisse en France. Il est passé de plus de 40% dans

Figure 1 **Pourcentage de fumeurs quotidiens dans la population âgée de 15 ans et plus en France et en Europe** entre 1980 et 2008



OCDE et Eurostat. Baromètre santé pour la France

les années 1980 à 32% en 2010. Cette tendance à la baisse chez les hommes est générale dans l'ensemble des pays européens, sauf en Irlande et en Grèce, et les variations sont pour certains tout à fait considérables. Le Danemark connaît la baisse la plus significative avec 57% d'hommes fumeurs quotidiens en 1980 contre 24% en 2008, et la Suède et le Luxembourg présentent des baisses de plus de 40% de leurs taux depuis 1995. La Grèce (46%), la Bulgarie et les pays Baltes sont les pays européens qui présentent les pourcentages de fumeurs quotidiens dans la population masculine la plus élevée à l'inverse de la Suède (12%), du Royaume-Uni, de la

Figure 2 **Pourcentage de fumeurs quotidiens dans la population âgée de 15 ans et plus en France et en Europe** entre 1980 et 2008

Les minima en 1986, 1995 et 1998 correspondent au Portugal pour lequel les enquêtes sont irrégulières ; le minimum réel est donc en fait à ce niveau.

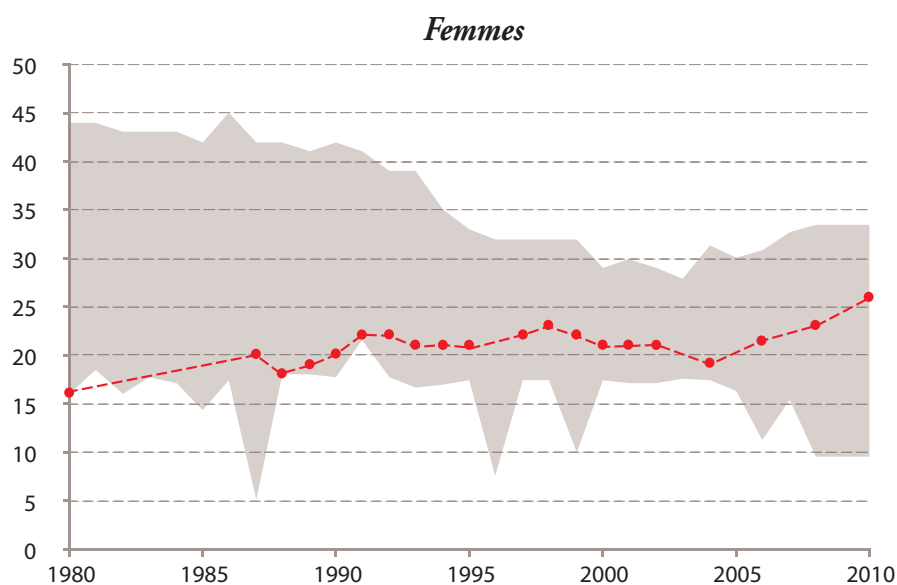
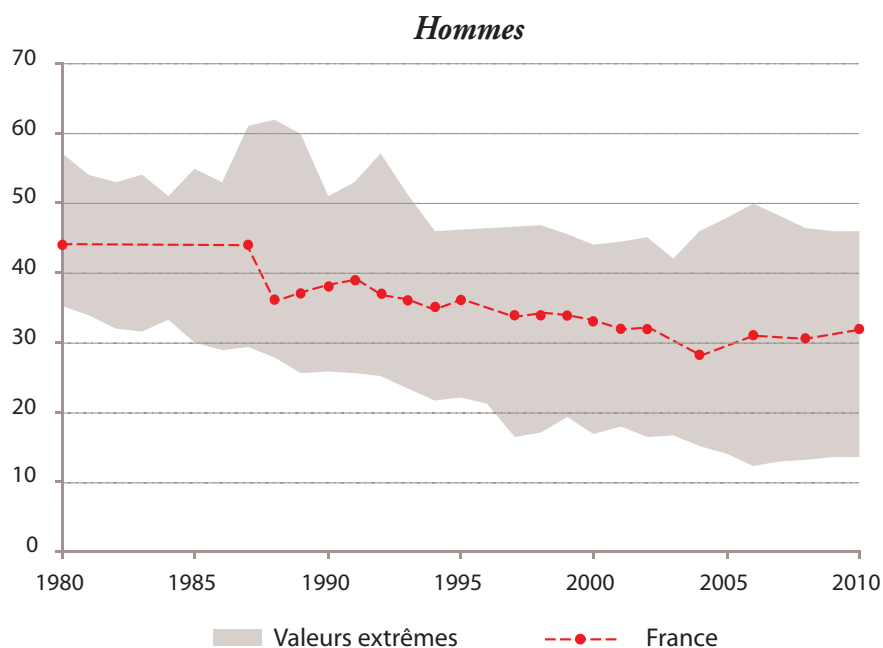


Figure 3



Source : OCDE et Eurostat. Baromètre santé pour la France

Slovénie et du Luxembourg (22 - 23%). La Suède présente la particularité d'être le seul pays avec une prévalence de fumeurs quotidiens plus élevée pour les femmes que pour les hommes.

Inégalités sociales face au tabac

Les études ont montré que la consommation de tabac est liée au niveau socio-économique. L'écart de prévalence du tabagisme entre les différents niveaux d'éducation semble ainsi avoir augmenté durant cette dernière décennie. En 2000, on observait dans tous les Etats membres de l'UE une proportion de fumeurs de sexe masculin plus importante dans les groupes aux niveaux socio-économiques les plus bas. Cette tendance était identique pour les femmes des pays d'Europe du Nord ; cependant on commence à la voir apparaître aussi dans les pays du Sud, en particulier chez les jeunes femmes (Kunst *et al.*, 2004).

En France, les chômeurs comptent toujours, en 2010, davantage de fumeurs quotidiens (51,0%) que les actifs occupés (33,4%) du même âge, cette caractéristique restant vraie quels que soient le sexe et l'âge. Entre 2005 et 2010, l'augmentation de prévalence du tabagisme quotidien est plus de deux fois plus importante chez les chômeurs (+ 16 %) que chez les actifs occupés (+ 6 %).

Dans toutes les enquêtes, malgré des modes différents d'échantillonnage et de recueil des informations sur la consommation de tabac et la catégorie sociale, le gradient social apparaît marqué avec des taux plus élevés chez les ouvriers et des taux intermédiaires pour la catégorie « artisans, commerçants et chefs d'entreprise » et les employés. Les taux les plus bas sont observés chez les cadres et chez les agriculteurs.

Dans la plupart des Etats membres de l'UE, la consommation de tabac évolue selon un modèle épidémique. Ce modèle montre que ce sont d'abord les hommes des classes socio-économiques les plus favorisées qui commencent à fumer, puis suivent les femmes étant le plus à l'aise financièrement, après quoi l'usage du tabac se répand progressivement aux classes socio-économiques les moins favorisées alors que les personnes ayant un niveau d'éducation élevé arrêtent de fumer (Cavelaars *et al.*, 2000).

Par ailleurs, des conditions socio-économiques difficiles durant l'enfance et l'adolescence prédisposent au tabagisme à travers un ensemble de facteurs (Kunst *et al.*, 2004). Les personnes ayant un niveau d'éducation bas commencent à fumer à un âge plus précoce et risquent plus de développer une addiction à la nicotine. Les fumeurs adultes ayant un niveau d'éducation bas, un faible niveau d'emploi ou de revenu cessent de fumer moins fréquemment et ont plus de risques de reprendre le tabagisme lorsqu'ils l'ont arrêté. Les tentatives infructueuses d'arrêt du tabagisme sont liées à des niveaux élevés d'addiction à la nicotine ainsi qu'à d'autres facteurs tels que le manque de soutien social ou d'aides spécifiques (Kunst *et al.*, 2004). En conséquence, alors que les tentatives d'arrêt sont aussi fréquentes parmi les classes les plus défavorisées, les arrêts réussis sont plus rares dans cette population.

Méthodologie et comparabilité

Eurostat, l'OMS et l'OCDE fournissent des données sur la prévalence du tabagisme à partir de sources diverses dont les enquêtes santé par interview nationales. De façon générale, la comparabilité des données est affectée par le manque de standardisation des méthodes de mesures entre les enquêtes de santé nationales.

La fiche utilise les données de l'OCDE complétées par des données d'Eurostat telles que présentées dans la publication *Health at a Glance 2010* qui sont les plus récentes en attendant la publication des résultats de la première vague de l'enquête santé européenne par interview. Cette publication fournit les pourcentages de la population âgée de 15 ans et plus qui déclare fumer quotidiennement. Les données françaises sont issues depuis 1980 de l'Enquête conditions de vie des ménages de l'Insee (1987, 1997-2001) ou de l'enquête Santé et protection sociale de l'Irdes (1988-1995, 2002-2008). Elles concernent le tabagisme habituel qui comprend le tabagisme quotidien et occasionnel, ce qui ne correspond donc pas exactement à la définition. C'est pourquoi la fiche utilise les données des baromètres santé de l'Inpes qui au contraire y correspondent.

L'enquête santé européenne par interview devrait permettre d'avancer dans la voie de l'harmonisation et d'une meilleure couverture du nombre de pays renseignés

Bibliographie

Drees (2011). « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2011:

Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de) (2007). « Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé », Inpes.

Premiers résultats du Baromètre santé 2010 sur le tabac : http://www.inpes.sante.fr/rubrique_etudes/enquetes_tabac

Kunst et al. *Socioeconomic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies*. Rotterdam, the Netherlands : Department of Public Health Erasmus Medical Center, 2004.

Cavelaars et al. *Educational differences in smoking: international comparison*. *BMJ*, 2000 ; 320 :1102-7.

Remler D.K. (2004). « Poor smokers, poor quitters, and cigarette tax regressivity », *American Journal of Public Health*, 94, p. 225-229.

Jefferis B.J., Power C., Graham H., Manor O. (2004). « Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow up in a British birth cohort », *Journal of Public Health Medicine*, 26, 1, p. 13-18.

Health at a glance Europe 2010, OCDE

Bases de données : Eurostat et OCDE

45 - Tabagisme des femmes enceintes

L'indicateur sur le tabagisme des femmes enceintes correspond au pourcentage de femmes qui fument pendant leur grossesse. Fumer pendant la grossesse est un facteur de risque de complications périnatales telles que les fausses couches précoces, les retards de croissance intra-utérins, les accouchements prématurés et les morts périnatales (foetales et néonatales).

- France : 20,8% des femmes fument pendant la grossesse (troisième trimestre) en 2003 et 17,1% en 2010
- 12^e rang sur 12 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Lituanie 4,8% / France 20,8% en 2003 ; 17,1% en 2010

Données : Euro-Peristat project, 2008
Enquête périnatale 2010

C'est en France que les femmes fument le plus pendant la grossesse

Dans la plupart des pays européens, plus de 10% des femmes fument pendant leur grossesse. Le pourcentage de femmes enceintes fumeuses varie ainsi de 5-7% en Lituanie, République tchèque, Suède et Malte à 16% au Danemark et 17,1% en France en 2010 (20,8% en 2003 année comparable aux autres pays) (fumeuses pendant le dernier trimestre). Sur les douze pays comparés, la France est le pays qui affiche la plus grande part de femmes enceintes fumeuses. Cela retentit très défavorablement sur les indicateurs de périnatalité, en particulier la prématurité et

le retard de croissance (2,5 fois plus fréquent chez une femme fumant plus de dix cigarettes par jour) (Nabet K., Lelong N. *et al.* 2007).

Les femmes ayant un faible niveau d'éducation continuent davantage à fumer pendant la grossesse

Le niveau d'éducation influe sur la consommation de tabac pendant la grossesse : plus les femmes sont diplômées, moins elles continuent de fumer. En France, la variation selon la catégorie socioprofessionnelle est très nette : près de quatre ouvrières non qualifiées sur dix fument pendant leur grossesse contre moins d'une femme cadre sur dix (Blondel B., Supernant K. *et al.* 2005). Un phénomène identique se retrouve en Europe et notamment aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Allemagne (Kayemba-Kay's S., Geary M.P. *et al.* 2008 ; Schneider S., Maul H. *et al.* 2008). En outre, les femmes enceintes fumeuses sont caractérisées par un niveau psychosocial plus défavorisé et une vie solitaire plus fréquente. Leur dépendance est forte et leur perception du risque foetal plus faible (Grangé G., Borgne A. *et al.* 2005).

De moins en moins de femmes enceintes fumeuses dans les pays les plus développés

Sur les vingt dernières années, la consommation de tabac des femmes enceintes a diminué de 60 à 75% dans les pays développés. En France, la consommation de tabac chez les femmes enceintes a fortement augmenté de 9% à 25% entre 1972 et 1995, est restée stable jusqu'en 1998 puis a montré une tendance à la baisse de 25% en 1998 à 21% en 2003 puis 17% en 2010. La diminution de l'usage de tabac est plus marquée chez les femmes socialement favorisées et non isolées. On observe donc un accroissement des inégalités sociales (Lelong N., Blondel B. *et al.* 2010). La loi de santé publique de 2004 a fixé l'objectif de réduire la prévalence de la consommation

de tabac chez les femmes notamment chez les jeunes et les catégories à forte prévalence. La dernière enquête périnatale réalisée en 2010 permettra de connaître la tendance récente.

Tableau 1
Comparaison des pourcentages estimés de femmes fumant pendant la grossesse pour quelques pays européens en 2004

P a y s	Fumeuses Période 1	Fumeuses Période 2	Période 1	Période 2
Allemagne		10,9%		Durant la grossesse
Danemark		16%		Durant la grossesse
Espagne	19,6%		1 ^{er} semestre	
Estonie	11,9%	9,9%	1 ^{er} semestre	Après le 1 ^{er} trimestre
Finlande	15,4%	12,4%	Premier trimestre	Après le 1 ^{er} trimestre
France (2003)	35,9%	20,8%	Avant la grossesse	3^e trimestre
France (2010)	30,5%	17,1%		
Lettonie		11,3%		Durant la grossesse
Lituanie	7,9%	4,8%	Avant la grossesse	Durant la grossesse
Malte		7,2%		Durant la grossesse
Pays-Bas		13,4%		Durant la grossesse
République tchèque		6,1%		Durant la grossesse
Royaume-Uni	17,7%	10,7%	Avant ou pendant la grossesse	A l'accouchement
Slovénie	10,9%		Premier trimestre	
Suède	8,9%	6,3%	Premier trimestre	3 ^e trimestre

Source : Euro-Peristat project 2008 et enquête périnatale 2010. Données françaises : Drees et Inserm

Méthodologie et comparabilité

Les statistiques concernant le tabagisme des femmes enceintes proviennent des registres nationaux (ou régionaux) des naissances et des enquêtes de santé périnatales. Les données concernant la France ainsi que le Royaume-Uni et les Pays-Bas proviennent d'enquêtes périodiques. Cependant, la qualité des données (autodéclarées) et la définition des trimestres (en semaines) ainsi que le calcul de la durée de la grossesse peuvent varier d'un pays à l'autre et limitent l'interprétation des résultats.

Pour avoir des données comparables et des tendances temporelles fiables, il est important de constituer un cadre commun de mesure du tabagisme à des temps définis de la grossesse. Les mesures d'exposition au tabac réalisées pendant le troisième trimestre de la grossesse sont plus pertinentes que celles réalisées au premier trimestre. Le rapport européen de santé périnatale (Euro-Peristat *project with SCPE Eurocat Euroneostat* 2008), présentant des données internationales, a pour objectif de déterminer le développement d'une stratégie de surveillance et d'évaluation de la santé périnatale en Europe. Selon son premier rapport en 2005, il n'existerait pas de consensus concernant le moment de la grossesse auquel le tabagisme devrait être mesuré, à savoir durant le premier trimestre de la grossesse ou à quelconque moment de la grossesse. Demander aux femmes si elles fument durant le premier trimestre de la grossesse permet d'obtenir une bonne vision du nombre de femmes qui arrêtent de fumer quand elles constatent qu'elles sont enceintes.

Bibliographie

Blondel B., Supernant K., et al. (2005). Enquête nationale périnatale - 2003. « Situation en 2003 et évolution depuis 1998 », Inserm.

Blondel B. et Kermarec M. (2010). Enquête nationale périnatale - 2010. « Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 ».

Synthèse effectuée par le bureau État de santé de la population (Drees) à partir de l'analyse et du rapport réalisé par Béatrice Blondel et Morgane Kermarrec (U953 Inserm (2011). « La situation périnatale en France en 2010 », *Études et Résultats*, Drees, n° 775, octobre.

Euro-Peristat project with SCPE Eurocat Euroneostat (2008). *European Perinatal Health Report*

Grangé G., Borgne A., et al. (2005). « Perception des risques liés au tabac par les femmes enceintes. » *Alcoologie et Addictologie* 27(1) : 31-35.

Kayemba-Kay's S., Geary M.P., et al. (2008). « Gender, smoking during pregnancy and gestational age influence cord leptin concentrations in newborn infants » *European Journal of Endocrinology* 159 : 217-224.

Lelong N., Blondel B., et al. (2010). « Evolution de la consommation de tabac des femmes pendant la grossesse en France de 1972 à 2003 » *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* (sous presse).

Nabet K., Lelong N., et al. (2007). « Smoking during pregnancy according to obstetric complications and parity : results of the EUROPOP study », *European Journal of Epidemiology* 22(10) : 715-721.

Schneider S., Maul H., et al. (2008). « Who smokes during pregnancy ? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005 », *Public Health* 112(11) : 1210-1216.

46 - Consommation d'alcool

Cet indicateur porte sur la consommation totale d'alcool définie par le nombre de litres d'alcool pur consommé par personne et par an (parmi les personnes âgées de 15 ans et plus). Il est calculé à partir des données du commerce et de la production (production intérieure et importations diminuées des exportations).

Les données proviennent de la base de données de l'OMS *Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH). Les données françaises y sont limitées à 2005. Aussi ces données de comparaison internationales sont complétées par des données plus récentes pour la France.

En raison de problèmes méthodologiques résiduels (estimation de l'autoconsommation...), l'harmonisation entre les données publiées en France et par l'OMS est encore en cours.

En tant que déterminant important de santé, la consommation totale d'alcool par habitant a été choisie comme un des indicateurs du volet sur la santé et les soins à long terme de la méthode ouverte de coordination dans le domaine de la protection et de l'inclusion sociale.

Consommation d'alcool pur par personne de plus de 15 ans et par pays :

- France : 12,5 litres en 2006
- 21^e rang européen (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes :
Malte 5,2 litres /
Estonie 16,2 litres

Données : OMS, 2005 /2006
Insee/OFDI pour la France

La France parmi les plus gros consommateurs d'alcool de l'UE

En 2005/2006, la consommation d'alcool pur par personne de plus de 15 ans en France dépasse les moyennes de l'UE15 et de l'UE27 (11 litres). Avec 12,5 litres, la France compte parmi les dix plus gros consommateurs d'alcool de l'Union européenne. La consommation varie largement selon les États, de 5,2 litres par personne à Malte à 16,2 litres en Estonie.

La France a tendance à se rapprocher de la consommation moyenne européenne

Depuis 1980 (chiffres disponibles), la France se situe au-dessus des moyennes de l'UE15 et UE27 pour sa consommation d'alcool pur par habitant et a même longtemps été en tête du classement. Cependant l'écart entre les niveaux de consommation de la France et de l'Union européenne n'a cessé de diminuer. Il est passé de plus de 4 litres au début des années 1980 à 3 litres en 1993, puis 2 litres dix ans plus tard. L'observation des tendances au sein des 27 pays européens révèle de façon générale une convergence des niveaux de consommation d'alcool en Europe au cours des trente dernières années (Anderson et Baumberg, 2006). Ce phénomène est encore plus marqué pour les pays de l'UE15. La consommation totale d'alcool des pays du sud de l'Europe qui était assez élevée (comme en Italie, et en France) a diminué tandis que celle des pays du nord et du centre de l'Europe (Royaume-Uni, Irlande et Finlande) qui était assez basse a augmenté.

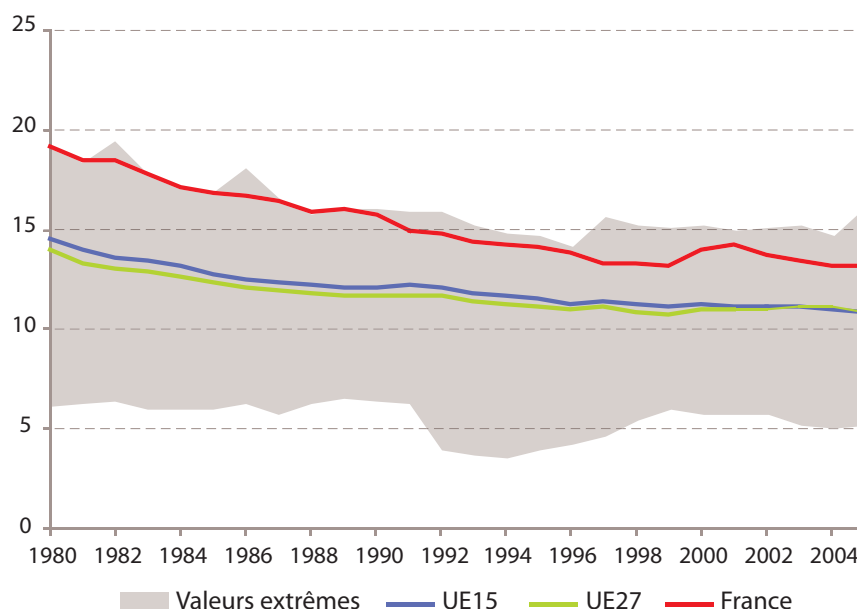
Tableau 1
Consommation enregistrée d'alcool dans les pays membres de l'UE en 2006, en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus

Pays	Litres/hab.	Pays	Litres/hab.
Estonie**	16,2	Bulgarie**	10,9
République tchèque	14,9	Danemark	10,8
Irlande	13,4	Slovaquie	10,6
Lituanie	12,9	Pays Bas	10,6
Autriche	12,8	Pologne	10,4
Hongrie**	12,5	Finlande	10,1
France*	12,5	Espagne	10,0
Slovénie	12,4	Belgique	9,7
Portugal**	12,2	Chypre**	9,3
Allemagne	11,9	Grèce**	9,2
Luxembourg**	11,8	Italie	8,0
Roumanie	11,8	Suède	6,8
Royaume Uni	11,4	Malte**	5,3
Lettonie	11,2		

*Le chiffre fourni pour la France en 2006 est celui qui a été calculé à partir de la méthode définie conjointement par l'Insee et l'OFDT. Cette donnée n'est pas harmonisée avec celle de la base de l'OMS pour l'instant.
** Chiffres 2005.

Sources : France : Insee et OFDT ; autres pays de l'UE : OMS (Global Information System on Alcohol and Health)

Figure 1 **Consommation totale d'alcool par habitant de 1980 à 2005 (OMS)**



Source : OMS

Après une phase de stabilisation, la consommation d'alcool en France baisse à nouveau dans les années récentes

La consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant s'est stabilisée entre 2005 et 2007 après avoir diminué pendant quatre ans à un rythme soutenu. La baisse a nettement repris en 2008 et au total la consommation aura chuté d'un peu plus de 2 litres entre 1999 et 2009, soit une baisse proche de 14% sur dix ans. Le volume

annuel de consommation reste cependant supérieur à l'objectif fixé par la loi de santé publique qui était de réduire la consommation par habitant âgé de quinze ans ou plus à 11,5 litres pour l'année 2008.

Méthodologie et comparabilité

Les données de consommations d'alcool par habitant des 27 pays de l'UE proviennent de la base de données de l'OMS, GISAH. Ces données reposent sur la production et le commerce, elles peuvent être biaisées notamment par le trafic transfrontalier, la consommation des non-résidents (touristes essentiellement) et la production illégale (de contrebande). Chaque fois que possible, ces situations ont été prises en compte.

Plusieurs estimations étaient disponibles pour la France. Il a paru souhaitable de préciser et d'harmoniser les modes de calcul de cet indicateur. Ce travail, effectué dans le cadre d'une commission rassemblant des membres du groupe Indicateurs d'alcoolisation IDA*, de l'OFDT et de l'Insee, a abouti à déterminer un mode de calcul commun sur les dernières années écoulées. Ce sont ces données qui ont été reprises pour la France bien qu'elles ne soient pas encore harmonisées avec celles publiées dans la base de l'OMS.

Bibliographie

OFDT. « Drogues et dépendances, données essentielles », Paris, Éditions La Découverte, 2005.

Hill C., Laplanche A., (2008). « La consommation d'alcool en France », Rapport d'étude, Institut Gustave Roussy, 139 p.

Anderson et Baumberg. *Alcohol in Europe. A public health perspective :*

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf

Sites internet : OFDT : <http://www.ofdt.fr>:

DG Sanco : http://ec.europa.eu/health/alcohol/policy/index_fr.htm

OMS (*Global Information System on Alcohol and Health*) : <http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>

* Le groupe IDA rassemble les principaux producteurs institutionnels de données sur les questions d'alcool (DGS, DHOS, Drees, Inpes, Inserm, ANPAA, OFDT), des représentants des producteurs d'alcool, des professionnels de la santé et de la prévention ainsi que des chercheurs intéressés par la question des indicateurs.

47 - Consommation d'alcool à risque

Les problèmes de santé liés à l'alcool augmentent avec le niveau de la consommation d'alcool. Les dommages peuvent être causés par une seule consommation abusive d'alcool (ex : accidents, violence...) ou peuvent être liés à une consommation abusive d'alcool régulière (ex : cirrhose du foie, augmentation du risque de développer une maladie cardio-vasculaire).

Cet indicateur sera renseigné à partir de l'enquête européenne sur la santé par interview dont le questionnement précis est encore en discussion.

Dans l'attente, cette fiche présente des résultats pour la France et des éléments de comparaisons internationales issus d'un projet financé par l'OMS qui porte sur la consommation excessive chronique.

- France : 31,6 % des adultes ont une consommation d'alcool excessive (2008)

- Classement européen indisponible

- Pays aux extrêmes : indisponibles

Données : « État de santé de la population en France », 2010

Près d'un tiers de la population a une consommation excessive d'alcool en France

En 2008, 31,6% des adultes en France présentent une consommation excessive d'alcool dans l'année selon l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) en population générale. Parmi cette population, 7,9% sont des consommateurs à risque chronique et 23,7% des consommateurs à risque ponctuel. Globalement, la prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année a augmenté entre 2002 et 2008, passant de 29% à 32% (Drees 2010).

La consommation excessive d'alcool est plus élevée chez les hommes que chez les femmes

En 2008 en France, 14,2% des hommes de 18 ans et plus présentent un risque d'alcoolisation excessive chronique contre 2,4% des femmes. Chez les hommes, le risque augmente globalement avec l'âge. Parmi les femmes, les niveaux, qui demeurent faibles, se différencient aussi selon l'âge et culminent chez les 55-64 ans. Le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle est bien plus élevé (33,9% chez les hommes contre 14,7% chez les femmes). Il apparaît particulièrement élevé chez les jeunes et décroît assez régulièrement avec l'âge (Drees 2010).

Des disparités selon les catégories socioprofessionnelles

Une étude sur dix pays européens indique que les hommes ont plus tendance à boire de manière abusive quand ils sont d'un faible niveau d'éducation, tandis que les femmes sont au contraire plus enclines à consommer de l'alcool de manière abusive lorsqu'elles ont reçu une éducation supérieure (Bloomfield K, Grittner U. *et al.* 2006). Ce constat se vérifie en France. Parmi les hommes en 2008, les artisans-commerçants, les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés en France sont les plus touchés par le risque d'alcoolisation chronique (respectivement 22,5%, 18% et 17,9%). En ce qui concerne les femmes, les femmes cadres sont celles qui présentent les risques d'alcoolisation chronique et ponctuelle les plus élevés (respectivement 4,6% et 21%) (Drees 2010).

La consommation d'alcool excessive à risque en Europe est plus importante que dans le reste du monde

Le projet *Choosing Interventions that are Cost Effective* (CHOICE) – Choisir des interventions efficaces aux meilleurs coûts) – de l'OMS montre que la prévalence de la consommation d'alcool à risque, pour la consommation excessive chronique, définie comme une consommation moyenne de plus de 20 grammes d'alcool pur par jour pour les femmes et de plus de 40 grammes par jour pour les hommes, est plus élevée en Europe que dans le reste du monde (Chisholm D, Rehm J *et al.* 2004). La prévalence a été estimée dans douze régions du monde parmi lesquelles trois régions européennes. Deux de ces régions (incluant l'ensemble des pays de l'Union européenne sauf la Bulgarie, la Pologne, la Roumanie, la Slovaquie et Chypre) ont une prévalence de la consommation d'alcool à risque supérieure à celles des autres régions du monde. Pour les hommes, la prévalence de ces régions va de 14 à 19% et pour les femmes de 9 à 11%.

Méthodologie et comparabilité

Aucune donnée comparable au niveau international n'est recueillie régulièrement. Le projet CHOICE de l'OMS a estimé les niveaux de la consommation d'alcool à risque. Cependant, ces données n'ont pas été calculées directement à partir des questionnaires HIS (*Health Interview Survey*) mais à partir des données sur la consommation totale combinées avec les données sur l'abstinence, le sexe, les tranches d'âges et les informations sur les habitudes de consommation (Chisholm D., Rehm J. *et al.* 2004). A l'avenir, ECHIM recommande d'utiliser les enquêtes de santé européennes (EHIS).

Les données pour la France sont issues de deux enquêtes. L'enquête Santé et protection sociale de 2008 (Irdes) estime la prévalence des personnes ayant des consommations d'alcool excessives ou à risque de dépendance à partir du test AUDIT-C relatif aux douze derniers mois disponible depuis 2002. Le pourcentage de buveurs excessifs est représenté ici en distinguant le risque ponctuel du risque chronique. L'indicateur AUDIT-C est produit à partir des trois premières questions du test *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), développé par l'OMS. Comportant dix questions, ce test est conçu pour détecter les personnes dont le mode de consommation provoque déjà des troubles ou risque de causer des dommages dans le futur, en termes de santé physique ou mentale. L'AUDIT-C n'étant pas un test suffisamment précis pour repérer la dépendance à l'alcool, les alcoolo-dépendants ne sont pas distingués des consommateurs à risque chronique. En revanche, il permet de mesurer l'usage à risque ponctuel, en particulier chez les jeunes, qui expose à des risques spécifiques (dont les accidents) et permet de cibler les actions de prévention.

Le Baromètre santé de 2005 (Inpes) utilise également le test de l'AUDIT-C à cela près que les questions d'usage du baromètre se déclinent selon les 4 types d'alcool (vin, bière, alcools forts et autres alcools). De nombreux travaux méthodologiques suggèrent que la sous-déclaration des fréquences et des volumes de consommation est importante dans les enquêtes déclaratives, mais diminue avec la distinction des types d'alcool consommés. Un autre test, le Diminuer, entourer, trop, alcool (DETA), est également utilisé. Son intérêt est surtout de suivre l'évolution depuis une décennie car ses qualités sont plutôt moyennes en termes de spécificité et de sensibilité. Sa

limite la plus importante est sans doute de porter sur la vie entière, ce qui en fait une mesure de stock incluant des individus qui ne sont plus concernés par l'usage d'alcool à risque d'abus ou de dépendance.

- Bibliographie** Bloomfield K., Grittner U., et al. (2006). « *Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'* » *Alcohol Suppl.* 41: i26-36.
- Chisholm D., Rehm J., et al. (2004). « *Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis* », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* (65) : 782-793.
- Drees (2010). « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2011.

48 - Usage de drogues illicites

L'usage de drogues illicites peut être à la fois un facteur et une conséquence de problèmes socio-sanitaires notamment chez les jeunes.

L'indicateur sur l'usage de drogues illicites est la prévalence de l'usage de certaines drogues psycho-actives. Les prévalences retenues sont la prévalence au cours de la vie et la prévalence au cours des douze derniers mois pour le cannabis, la cocaïne, les amphétamines, l'ecstasy et le LSD.

En population générale, les données françaises proviennent des Baromètres Santé. Ces enquêtes sont réalisées tous les cinq ans par l'Inpes. Les dernières données disponibles datent de 2005. Les données du Baromètre 2010 seront transmises à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) dans le courant de l'année 2011. L'enquête *European School Survey on Alcohol and other Drugs* (ESPAD) permet de renseigner les différents niveaux de consommation chez les jeunes âgés de 15-16 ans.

Cannabis

(Prévalence au cours de la vie)

- France (2005) : 30,6% des 15-64 ans ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie
- 24^e rang européen (ordre croissant sur 26 pays renseignés)
- Pays aux extrêmes : Roumanie 1,5% (2007) / Danemark 38,6% (2008)

Données OEDT, 2009

Les Français sont parmi les plus grands consommateurs de cannabis de l'UE

En France, 30,6% des 15-64 ans déclarent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie (2005). Ce chiffre est supérieur à la moyenne européenne, qui se situe autour de 22% (soit plus d'un Européen sur cinq). La consommation de cannabis varie considérablement selon les pays : 1,5% en Roumanie contre 38,6% au Danemark (prévalence au cours de la vie). La moitié des pays enregistrent des prévalences dans la fourchette des 10 - 30%. La prévalence au cours des douze derniers mois est estimée à 7% dans l'UE et à 16,7% en France.

La consommation de cannabis est essentiellement le fait de jeunes adultes (15-34 ans)

Les niveaux de consommation les plus élevés sont généralement observés chez les 15-24 ans à l'exception du Portugal : dans les douze derniers mois, 12,5% de jeunes adultes européens (15-34 ans) ont consommé du cannabis contre 15,8% si on considère les 15-24 ans (OEDT, 2009).

Les données de l'enquête ESPAD 2007 révèlent que la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis chez les jeunes scolarisés de 15 et 16 ans est la plus élevée en République tchèque (45%), alors que l'Estonie, la France, les Pays-Bas, la Slovaquie et le Royaume-Uni font état de niveaux de prévalence allant de 26 à 32% (OEDT, 2009). Les prévalences les plus faibles (moins de 10%) sont relevées en Grèce, à Chypre, en Roumanie, en Finlande et en Suède. Globalement, elles varient peu entre les sexes (OEDT, 2009). Les données des enquêtes nationales communiquées à l'OEDT révèlent que, dans pratiquement tous les pays européens, la consommation de cannabis a connu un déclin marqué au cours des années 90, surtout chez les jeunes et les élèves. En France, l'expérimentation de cannabis est passée de 35% en 1999 à 31% en 2007 chez les jeunes scolarisés de 16 ans.

Amphétamines

(Prévalence au cours de la vie)

- **France (2005) : 1,4% des 15-64 ans ont consommé des amphétamines au moins une fois dans leur vie**
- **8^e rang européen** (ordre croissant sur 23 pays renseignés)
- **Pays aux extrêmes :**
Roumanie (2007) 0%/
Royaume-Uni (2006) 11,7%

Ecstasy

(Prévalence au cours de la vie)

- **France (2005) : 2% des 15-64 ans ont consommé de l'ecstasy au moins une fois dans leur vie**
- **10^e rang européen** (ordre croissant sur 24 pays renseignés)
- **Pays aux extrêmes :**
Roumanie (2007) 0,3%/
Royaume-Uni (2006) 7,5%

LSD

(Prévalence au cours de la vie)

- **France (2005) : 1,5% des 15-64 ans ont consommé du LSD au moins une fois dans leur vie**
- **14^e rang européen** (ordre croissant sur 20 pays renseignés)
- **Pays aux extrêmes :**
Roumanie (2007) 0%/
Royaume-Uni (2006) 5,6%

Données OEDT, 2009

L'usage d'amphétamines, d'ecstasy et de LSD est en France inférieur à la moyenne européenne

Les enquêtes les plus récentes (OEDT, 2009) indiquent que la prévalence au cours de la vie de la consommation **d'amphétamines** (15-64 ans) varie entre 0 et 11,7% au sein de l'UE. Les pays aux extrêmes sont la Roumanie et le Royaume-Uni comme pour l'usage d'ecstasy. En France, cette prévalence est estimée à 1,4% ce qui est inférieur à la moyenne de l'Union européenne (3,5%).

La prévalence au cours des douze derniers mois se situe en Europe à 0,5% et en France à 0,1%.

La France compte 2% de personnes ayant déclaré avoir expérimenté au moins une fois **l'ecstasy**, parmi les 15-64 ans contre 3% en moyenne dans l'UE. La prévalence chez les 15-64 ans dans les pays de l'UE se situe entre 0,3 et 7,5%.

Après une augmentation de la consommation d'ecstasy des jeunes adultes dans certains pays européens à la fin des années 80 et au début des années 90, la prévalence de la consommation au cours de la dernière année a diminué pour atteindre une moyenne européenne de 1,6%. Parmi les pays ayant mené des enquêtes plus récentes, la prévalence reste plus élevée au Royaume-Uni que dans les autres pays.

L'expérimentation (prévalence au cours de la vie) de **LSD** au sein de la population adulte (15-64 ans) varie entre 0 et 5,6% selon les pays européens. Une fois encore, la Roumanie et le Royaume-Uni sont aux extrêmes de ce classement européen. La France affiche une prévalence proche de celle de la consommation d'ecstasy avec 1,5% en 2005.

D'après le rapport de l'OEDT de 2009, la **cocaïne** pourrait être en train de remplacer les amphétamines et l'ecstasy dans certains pays et dans certains segments de la population toxicomane. Cette hypothèse peut être vérifiée au Royaume-Uni et dans une certaine mesure dans d'autres pays (par exemple le Danemark et l'Espagne)

où l'on a pu observer simultanément une augmentation de la consommation de cocaïne et une baisse de celle des amphétamines (OEDT, 2009).

Cocaïne

(Prévalence au cours de la vie)

- France (2005) : 2,6% des 15-64 ans ont consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie

- 17^e rang européen (ordre croissant)

- Pays aux extrêmes : Roumanie (2007) 0,1 % / Espagne (2007-08) 8,3 %

Données OEDT, 2009

La consommation de cocaïne est en hausse

En Europe, la cocaïne est la deuxième substance la plus utilisée (après le cannabis), mais les tendances ne sont pas uniformes selon les pays (variation de 0,1 % en Roumanie à 8,3 % en Espagne). Treize millions d'européens ont consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie, soit 3,9 % des 15-64 ans. Parmi eux, 7,5 millions, soit 5,6 % de jeunes adultes (15-34 ans), sont concernés (OEDT, 2009). La prévalence au cours des douze derniers mois est égale à 1,2 % chez les 15-64 ans et à 2,2 % chez les 15-34 ans. En France, les prévalences correspondantes sont de 2,6 % au cours de la vie et de 0,6 % au cours des douze derniers mois.

La consommation de cocaïne reste concentrée dans les pays de l'ouest de l'Europe : Irlande (5,3 %), Royaume-Uni (6,5 %), Italie (6,6 %) et Espagne (8,3 %), où la tendance est généralement stable ou continue à augmenter (OEDT, 2009)

Le profil des consommateurs de cocaïne est hétérogène

Les données disponibles font état d'une diversité considérable chez les consommateurs de cocaïne, tant en termes de mode de consommation qu'en termes sociodémographiques. La consommation est particulièrement élevée chez les jeunes hommes (15-34 ans). Dans la plupart des pays, le ratio de prévalence hommes/femmes pour la consommation de cocaïne au cours de la dernière année chez les jeunes adultes est au moins de 2/1 (OEDT, 2009.)

Le groupe le plus important est constitué d'usagers qui ne font qu'expérimenter la substance à une ou à de rares occasions. Un autre groupe comprend des consommateurs réguliers socialement bien intégrés qui, dans certains pays, représentent un nombre relativement important de jeunes. Certains d'entre eux, toujours d'après le rapport de l'OEDT, intensifieront leur consommation de cocaïne ou en consommeront pendant longtemps, ce qui peut conduire à des problèmes de santé chroniques ou sociaux et à une nécessité de traitement. Un troisième groupe d'utilisateurs comprend des personnes issues de groupes socialement exclus.

Méthodologie et comparabilité

Les indicateurs retenus sont la prévalence de l'usage de drogues au cours de la vie et la prévalence de l'usage de drogues dans les douze derniers mois. Le premier indicateur donne une estimation de l'étendue de l'expérimentation de la drogue par la population d'un pays, tandis que le second renseigne plus précisément sur la situation actuelle.

Les données présentées proviennent de l'OEDT et concernent l'année 2007 (ou la dernière année disponible selon les pays). L'OEDT se base pour les données adultes sur des enquêtes de population nationales et représentatives. Les données relatives aux jeunes de 15-16 ans scolarisés sont recueillies par des enquêtes scolaires internationales et d'autres enquêtes nationales.

Bien que l'OEDT s'attache par des recommandations à harmoniser les méthodologies utilisées par les Etats membres, il subsiste des différences qui affectent la comparabilité des données. Par exemple, certains pays ont recours à des entretiens en face-à-face tandis que d'autres procèdent par entretiens téléphoniques ou par Internet.

Bibliographie OEDT. Rapport annuel 2009 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies <http://www.emcdda.europa.eu/>
Publications de l'OFDT : <http://www.ofdt.fr/>
Baromètres santé : <http://www.inpes.sante.fr/>

49 et 50 - Consommation de fruits et de légumes

En l'absence des résultats de l'enquête santé européenne par interview qui fournit des données comparatives sur la consommation déclarée de fruits et légumes, nous présentons dans cette fiche des données sur la disponibilité de fruits et de légumes sous forme de quantité moyenne (exprimée en grammes) de fruits et de légumes disponibles par personne et par an. Les données sont publiées par l'OMS et sont reprises de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). L'année 2007 est la dernière année disponible.

A titre de complément des données plus précises sont ensuite présentées, reprises du rapport de la Drees sur le suivi des objectifs de la loi de santé publique.

Les deux indicateurs (fruits et légumes), distincts dans le projet ECHIM, sont présentés conjointement dans cette fiche.

Quantité de fruits et de légumes disponibles

• France : 214 kg par personne et par an

• 12^e rang européen (ordre décroissant)

• Pays aux extrêmes : Grèce 404 kg / Bulgarie 132 kg

Données : OMS, 2007

La France rejoint les moyennes européennes

Avec 214 kg de fruits et de légumes disponibles par personne et par an en 2007, la France se situe sous les moyennes de l'UE15 (232 kg) et de l'UE27 (224 kg) et au 12^e rang (ordre décroissant) du classement parmi les vingt-sept pays de l'Union européenne.

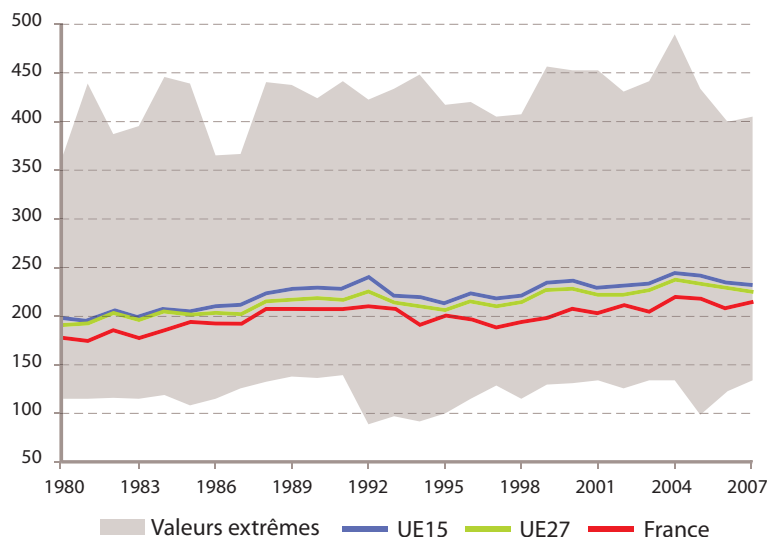
Les Européens du Sud sont ceux qui ont accès à la plus grande quantité de fruits et de légumes : 404 kg par personne en Grèce, 318 à Malte, 295 en Italie et 287 au Portugal (2007). En revanche, la disponibilité se fait plus rare dans quelques nouveaux Etats membres telles la Bulgarie (132 kg), la République tchèque (144 kg),

la Slovaquie (154 kg) et la Lettonie (168 kg) (2007). Globalement, les pays d'Europe du Nord se situent sous la moyenne européenne. La quantité de fruits et de légumes disponibles est plus importante dans le sud de l'Europe que dans le nord.

La disponibilité et la consommation de fruits et de légumes augmentent en France

La disponibilité de fruits et de légumes sur les deux dernières décennies a augmenté de manière continue en Europe et l'écart historique entre le nord et le sud s'est réduit (Naska A., Fouskakis D. *et al.* 2006). La France a suivi cette tendance même si elle reste en dessous des moyennes européennes. La hausse de la consommation de fruits et légumes en France est l'un des neuf objectifs nutritionnels prioritaires de

Figure 1 **Evolution de la quantité de fruits et de légumes disponibles par personne et par an en France et dans l'UE (en kilogrammes), entre 1980 et 2007**



Source : OMS repris de la FAO

la Loi de santé publique de 2004 et du Programme national nutrition santé (PNNS) de 2001. D'après les données de la comptabilité nationale (Insee, consommations apparentes), la consommation de fruits a augmenté en France : une personne achetait 63,1 kg de fruits en 2007 contre 62,3 kg en 2000. Ces valeurs comprennent les fruits frais, qui représentaient plus de 90% des volumes en 2007, ainsi que les compotes et les fruits en sirop (hors jus de fruits, fruits secs et confitures). Il faut noter que ces valeurs n'incluent pas les pertes, liées à la préparation notamment. Les achats de jus de fruits et nectars sont passés quant à eux de 20,0 litres à 27,2 litres par personne entre 2000 et 2007 (+ 36 %). Au cours des années 2000, les achats de fruits ont connu un maximum en 2004 (67,5 kg par personne), avant de diminuer à nouveau (66,5 kg en 2005 et 65,3 kg en 2006). Les achats de légumes (hors pommes de terre et légumes secs) sont passés de 123,2 kg par personne en 2000 à 121,0 kg en 2007 (-9%). Les achats de légumes frais ont diminué de plus de 5% (90,1 kg en 2000 contre 85,9 kg en 2007), mais les achats de légumes surgelés (6,9 kg en 2000 contre 7,3 kg en 2007) et en conserve (26,3 kg contre 27,8 kg) ont augmenté de 6% (Drees 2010).

Méthodologie et comparabilité

Les données de la FAO reprises par l'OMS fournissent la disponibilité de chaque produit pour la consommation humaine. Elles ont comme base les statistiques sur l'offre (production intérieure, importations et les variations de stocks) et sur l'utilisation (exportations, alimentation du bétail et semences, alimentation humaine et autres utilisations, y compris les déchets et pertes pendant le stockage et le transport). La quantité disponible par habitant est alors obtenue en divisant l'approvisionnement total du pays par la population (FAO, 2008). Cela ne permet d'avoir qu'une estimation approximative de la consommation et de la disponibilité à l'échelle des ménages. C'est pourquoi les enquêtes en population sont nécessaires pour connaître la distribution plus précise de la consommation en particulier en fonction des variables sociodémographiques.

- Bibliographie** Drees (2010). « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2009-2010: page 134.
- Naska A., Fouskakis D., et al. (2006). « Dietary patterns and their socio-demographic determinants in 10 European countries: data from the DAFNE databank », *European Journal of Clinical Nutrition* 60: 181-190.

51 - Allaitement

L'allaitement maternel est recommandé par l'OMS en raison de ses bénéfices sur la santé de l'enfant et de la mère. Un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et mixte jusqu'à 2 ans est préconisé. Ces recommandations ont été reprises par la Haute Autorité de Santé (HAS) en France. La promotion de l'allaitement maternel fait également partie des objectifs spécifiques du PNNS.

Les indicateurs ECHI actuellement retenus sont les pourcentages de nouveau-nés qui atteignent leur premier anniversaire en ayant été allaités au sein au moins partiellement à 3 mois et à 6 mois ce qui correspond aux indicateurs figurant dans la base de l'OMS « la santé pour tous » mais qui sont peu renseignés (moins de dix pays). Euro-Peristat retient le pourcentage de nouveaux nés allaités à 48 heures de vie, c'est un indicateur de prise en charge de la mère et de l'enfant pendant la grossesse et après l'accouchement.

Les comparaisons entre pays sont à interpréter avec précaution car les définitions des indicateurs, le libellé des questions ou les méthodes de collecte diffèrent entre les pays.

En l'absence de données disponibles pour la France pour les indicateurs ECHI (allaitement à 6 mois et un an), l'indicateur présenté est le pourcentage d'enfants allaités au sein à la maternité. Cet indicateur est recueilli dans le cadre des enquêtes nationales périnatales.

L'allaitement maternel est une pratique peu répandue en France

- Enfants allaités à la sortie de maternité en France : 62,3 % (en 2003) 68,7% en 2010
- Classement européen : 13^e rang européen sur 14 (ordre décroissant) en 2003, indéterminé en 2010
- Pays aux extrêmes : Suède 98,0% / Irlande 46,6% (2004)

Euro-Peristat

Les données sur l'allaitement maternel sont collectées en routine dans un nombre limité de pays européens. La France fait partie des pays où l'allaitement maternel est peu initié dans les 48 premières heures, mais en progression (68,7% d'après les données de l'enquête périnatale en 2010). Les pourcentages d'allaitement varient fortement dans l'UE. D'après les données du rapport Euro-Peristat, plus de 95 % des enfants nés dans les pays de l'Europe du Nord, tels que la Suède, sont allaités mais seulement 46,6% en Irlande (données de 2003-2004)..

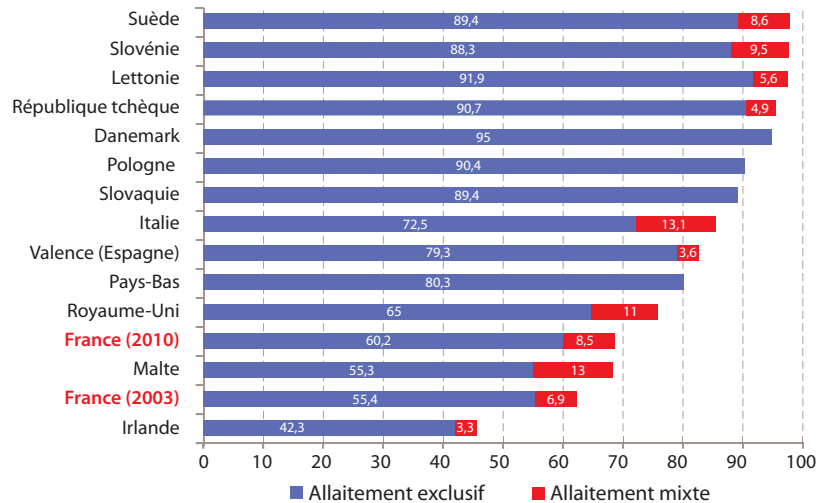
Les données pour l'allaitement sont disponibles pour quatorze pays (Lettonie, République tchèque, Pologne, Suède, Slovaquie, Slovénie, Pays-Bas, Danemark, Valence (Espagne), Italie, Royaume-Uni, France, Malte et Irlande). Ces données proviennent principalement d'enquêtes en population et de données hospitalières.

En France, les enquêtes nationales périnatales montrent une augmentation de l'allaitement en maternité : 36,6% des nourrissons étaient allaités dans les premiers jours de vie en 1972 contre 52,5% en 1998 et 62,6% en 2003 et 68,7% en 2010. L'allaitement

Figure 1

Répartition de l'allaitement exclusif et de l'allaitement mixte pour les nouveau-nés sur les premières 48 h

Le Danemark ne collecte pas les données relatives à l'allaitement car plus de 95 % des nouveau-nés sont nourris exclusivement au sein pendant au moins les 48 premières heures. En Hongrie, environ 40 % des enfants sont nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois. Les Pays-Bas et la Pologne ne distinguent pas l'allaitement exclusif de l'allaitement mixte. La République tchèque fournit les pourcentages d'allaitement basés sur les données hospitalières des années 2000 à 2005 agrégées.



Euro-Peristat, 2008. Enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010, Drees et Inserm

ment exclusif à la maternité en France concernait 60% des enfants en 2010. L'allaitement au sein a donc augmenté de manière très importante au cours des 15 dernières années. De nombreuses mesures et des politiques locales en faveur de l'allaitement ont été mises en place progressivement depuis la fin des années 90 et peuvent expliquer la poursuite de l'augmentation. Les taux restent cependant encore bas par rapport à d'autres pays européens car ces politiques de promotion de l'allaitement maternel ont été plus tardives en France que dans les autres pays, ce qui pourrait expliquer une augmentation des taux d'allaitement maternels seulement à partir de 1998.

Des disparités selon les régions et les caractéristiques des femmes en France

L'initiation de l'allaitement en France varie selon les régions. Plus de 80 % des femmes allaitent en petite couronne de la région parisienne pour seulement 59% dans le nord et dans l'ouest (2010). Une étude détaillée des données de l'enquête périnatale de 2003 montrait que l'allaitement est plus élevé chez les primipares, les femmes de niveau d'étude élevé et les femmes de nationalité étrangères. D'après diverses études régionales, la période médiane de l'allaitement est estimée à 10 semaines ce qui correspond à la durée légale du congé maternité de 12 semaines après la naissance. A noter que les facteurs associés à la durée de l'allaitement sont proches de ceux décrits pour l'initiation de l'allaitement.

Méthodologie et comparabilité

En France, des enquêtes nationales périnatales sont réalisées à intervalle régulier. Seuls le nombre d'enfants allaités à la maternité est recensé ce qui ne permet pas d'avoir de données nationales sur la poursuite de l'allaitement après le retour à la maison. La dernière enquête publiée a été réalisée en 2010. Au niveau national, l'enquête est coordonnée par la Drees et l'Unité de Recherches Epidémiologiques sur la Santé Périnatale et la Santé des Femmes et des Enfants (U.953) de l'INSERM.

Les certificats de santé du neuvième mois comportent des informations sur l'allaitement mais les données fournies sont en phase d'expertise.

Euro-Peristat a pour projet de mettre en place un système d'information pérenne au niveau européen, afin de fournir des chiffres en routine et de mesurer l'évolution des indicateurs de santé périnatale sur le long terme (Blondel and Zeitlin 2009).

- Bibliographie** Blondel B. et Kermarec M. Enquête Nationale Périnatale (2010) Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003
Synthèse effectuée par le bureau État de santé de la population (Drees) à partir de l'analyse et du rapport réalisé par BLONDEL B. et KERMAREC M. (U953 Inserm (2011) La situation périnatale en France en 2010 *Études et Résultats*, Drees, n° 775, octobre.
La Santé des femmes en France, Fiche 27 « Pratiques de l'allaitement maternel » Drees, 2008
Blondel B, Supernant K, et al. (2005). Enquête Nationale Périnatale - 2003 Situation en 2003 et évolution depuis 1998, Inserm.
Blondel and Zeitlin (2009). «La santé périnatale : la situation de la France par rapport aux autres pays de l'Union européenne.» *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 38(2) : 103-105
Euro-Peristat project with SCPE Eurocat Euroneostat (2008). European Perinatal Health Report.

52 - Activité physique

L'activité physique a un impact important sur l'état de santé. Ainsi, le manque d'activité physique est associé au développement de maladies non-transmissibles, comme les maladies cardio-vasculaires, certains cancers, l'obésité, le diabète et l'ostéoporose.

L'intensité de l'activité physique ainsi que sa fréquence sont variables. Des valeurs seuil permettent de définir si l'activité physique est suffisante.

La description de l'activité physique peut reposer sur des mesures physiques objectives (accélérométrie, podométrie, etc.), mais leur coût et leurs contraintes d'utilisation amènent à utiliser des questionnaires reposant sur les données déclarées par les personnes dans les enquêtes en population.

Dans l'attente des résultats issus de l'enquête santé européenne par interview, la seule source de comparaisons internationales existante est un Eurobaromètre datant de 2002, avant l'élargissement, qui utilisait le même questionnaire *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) que les enquêtes conduites en France. Les résultats de cet Eurobaromètre pour la France sont globalement cohérents avec ceux de l'enquête nationale nutrition santé 2006-2007. Il a donc été décidé de l'utiliser. Plusieurs indicateurs relatifs à l'activité physique sont présentés dans la fiche : la prévalence de l'activité physique de niveau élevé, de la sédentarité, de la marche régulière et du temps passé assis.

Environ un quart de la population française a une activité physique de niveau élevé en 2002 d'après l'Eurobaromètre, ce qui est relativement faible en rapport avec les autres pays de l'UE15

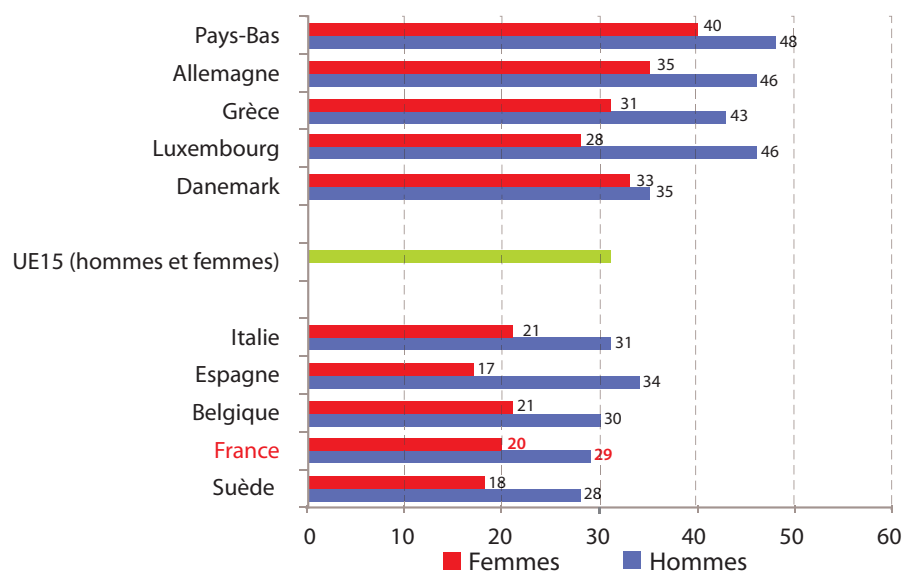
D'après l'Eurobaromètre sur l'activité physique dans l'UE15 réalisé fin 2002, en moyenne 31 % des Européens de l'UE15 ont une activité physique de niveau élevé en

- Population française ayant une activité physique de niveau élevé en 2002 : 24 %
- 14^e rang européen (sur 15 pays) (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Pays-Bas 44% / Suède 23%

Sjöström *et al.*, 2006

2002. Les variations selon les pays vont de 23 % en Suède à 44 % aux Pays-Bas. Les Pays-Bas et l'Allemagne présentent les pourcentages les plus élevés de population ayant une activité physique suffisante (respectivement 45 et 40 %). En revanche, la Suède affiche la plus faible prévalence avec 23 %. Dans tous les pays, la prévalence de l'activité physique de niveau élevé est supérieure chez les hommes, la différence entre les hommes et les femmes n'étant cependant pas significative pour les Pays-Bas, le Danemark, le Portugal et la Finlande. Pour les hommes, les Pays-Bas et l'Allemagne sont une fois encore les pays les plus actifs, avec une prévalence d'activité physique de niveau élevé de 48 % et 46 %. Le Luxembourg (46 %) et la Grèce (43 %) ont des prévalences proches. La Suède se situe au dernier rang par ordre décroissant avec une prévalence de 28 %. Dans le classement pour les femmes, les Pays-Bas et l'Allemagne restent en tête, tandis que le Danemark se classe en troisième position. La France (20 %), avec la Suède (18 %) et l'Espagne (17 %), fait partie des trois pays européens où la prévalence de l'activité physique de niveau élevé chez les femmes est la plus faible.

Figure 1 **Pourcentage de la population ayant une activité physique de niveau élevé pour les hommes et pour les femmes parmi les pays de l'UE15**



Source : Sjöström *et al.*, 2006

La France a le taux de sédentarité le plus élevé dans l'UE15

- Sédentarité en France en 2002 : 43 % de la population
- 15^e rang européen UE15 (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Pays-Bas 19% / France 43%

Sjöström *et al.*, 2006

La prévalence de la sédentarité, qui est le complémentaire de celle des activités de niveau modéré et élevé (voir méthodologie), est en règle générale le reflet inverse de la prévalence de l'activité physique de niveau élevé (à l'exception de la Grèce qui a un taux de sédentarité relativement élevé parallèlement à celui de l'activité physique de niveau élevé, et du Danemark, de la Finlande, de l'Espagne et de la Suède dont les faibles proportions de population sédentaire correspondent à des proportions impor-

tantes de population classée en activité physique de niveau modéré). Dans tous les pays, excepté au Danemark et en Allemagne, la prévalence de la sédentarité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. L'écart entre les hommes et les femmes est néanmoins faible (< 5%) dans la plupart des pays. Seuls la Belgique, l'Irlande et le Luxembourg présentent des différences de prévalence de la sédentarité entre hommes et femmes plus importantes (>10%).

Relativement peu de Français pratiquent la marche régulière, comparé au reste de l'UE15

- **Marche régulière en France en 2002 : 30% de la population**
 - **13^e rang européen UE15**
(ordre décroissant)
 - **Pays aux extrêmes : Espagne 51% / Belgique 25%**
- Sjöström et al., 2006*

La marche régulière (au moins 5 jours par semaine pendant 30 minutes) se pratique le plus en Espagne où plus de la moitié de la population marche régulièrement ; viennent ensuite le Danemark, la Finlande, l'Allemagne et l'Irlande où 48% à 40% de la population marche régulièrement. Des sept pays les plus actifs selon la prévalence d'activité physique élevée, la Grèce, le Portugal et les Pays-Bas présentent des niveaux de marche situés dans la moitié inférieure de l'éventail des résultats de l'ensemble des pays. La Belgique a la prévalence la plus basse de

marche régulière (25%). Dans six pays, les femmes marchent plus que les hommes, la plus grande différence (>10%) étant en Finlande (49% de femmes contre 36% d'hommes) et au Luxembourg (31% de femmes contre 41% d'hommes). En France, la proportion d'hommes pratiquant une marche régulière est très légèrement plus élevée que celle des femmes (30% de femmes contre 31% d'hommes).

34% des Français passent plus de 6h par jour en position assise

- **Temps passé assis en France en 2002 : 34%**
 - **Classement européen : 12^e-13^e/UE15** (ordre croissant)
 - **Pays aux extrêmes : Portugal 24% / Danemark 56%**
- Sjöström et al., 2006*

La prévalence du temps passé en position assise pendant plus de 6h par jour est la plus importante au Danemark avec 56% alors qu'elle est seulement de 24% au Portugal. Parmi les pays les plus actifs (Pays-Bas, Allemagne, Grèce, Luxembourg, Danemark, Portugal, Finlande), cinq d'entre eux présentent aussi des taux importants de temps passé assis. Seuls le Portugal et la Grèce ont des prévalences de temps passés assis bas, respectivement de 24% et 37%. Dans trois pays seulement (l'Autriche, le Danemark et la Grande-Bretagne), la prévalence de temps pas-

sés assis est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. La différence entre hommes et femmes est néanmoins faible, excepté aux Pays-Bas où les hommes passent 10% de temps assis de plus que les femmes (42% chez les femmes contre 55% chez les hommes). En France, les femmes ont une prévalence de temps passé en position assise inférieure à celle des hommes (29% contre 39%).

Association entre les variables sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'éducation, lieu de vie et pays) et l'activité physique :

Les hommes pratiquent une activité de niveau élevé 1,6 fois plus que les femmes considérant le total des activités de la semaine. Ils sont également moins sédentaires et passent légèrement plus de temps assis par jour. Le sexe n'affecte par contre pas la

pratique de la marche régulière. La probabilité d'avoir une activité physique élevée diminue avec l'âge tandis que la probabilité de devenir sédentaire augmente. La probabilité d'être assis au moins 6 h par jour est plus élevée chez les plus jeunes. Il n'y a par contre pas de relation entre l'âge et la pratique de la marche régulière. Un niveau intermédiaire d'éducation est associé à une probabilité d'activité physique élevée plus importante. Les habitants des grandes villes présentent une prévalence d'activité physique suffisante inférieure aux habitants des petites villes, et sont également moins sédentaires. La marche régulière augmente avec la taille de la ville ainsi que le temps passé assis mais dans une moindre mesure.

Méthodologie et comparabilité

Le questionnaire utilisé dans l'Eurobaromètre est le questionnaire IPAQ. Ce questionnaire fournit une description globale de l'activité physique en recueillant des informations sur la fréquence (nombre de jours) et la durée des activités physiques d'intensité élevée et celles d'intensité modérée. L'ensemble de ces informations sur la fréquence, la durée et l'intensité de l'activité physique permet de classer les personnes dans des catégories d'activités physiques : niveaux « **bas** », « **modéré** » ou « **élevé** ». Dans la fiche, le niveau bas est qualifié de sédentaire.

Une limite importante des Eurobaromètres est la faiblesse de la taille des échantillons enquêtés (1 000 personnes en France).

Dans cet Eurobaromètre, les pourcentages d'hommes pratiquant une activité physique de niveau « élevé » est de 29 % et celle des femmes de 19,5 % pour respectivement 29,5 % et 23,6 % dans l'ENNS 2006-2007.

Des différences peuvent exister dans la qualification des différents niveaux quant aux effets en termes de santé. Ainsi pour les résultats de l'Eurobaromètre utilisé pour cette fiche (Sjöström *et al.*, 2006), seul le niveau élevé est qualifié d'activité physique suffisante en termes de santé alors que l'objectif correspondant de la loi de santé publique porte également sur l'élévation de la proportion de la population ayant une activité de niveau modéré.

CALCUL DES NIVEAUX

L'indicateur correspondant au niveau élevé est défini par la pratique d'une activité physique se rapportant à l'un des deux critères suivants :

- trois jours ou plus par semaine d'activité intense entraînant une dépense énergétique d'au moins 1 500 (équivalent métabolique d'un effort physique (MET)-min/semaine ;
- ou sept jours ou plus par semaine d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou intense, entraînant une dépense énergétique d'au moins 3 000 MET-min/semaine

Le niveau modéré est défini par une pratique d'activité physique se rapportant à l'un des trois critères suivants :

- trois jours ou plus par semaine d'une activité physique intense au moins 20 minutes par jour ;
- ou cinq jours ou plus par semaine d'une activité physique modérée ou de marche pendant au moins 30 minutes par jour ;
- ou cinq jours ou plus par semaine d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou intense entraînant une dépense énergétique d'au moins 600 MET-min/semaine.

L'équivalent métabolique d'un effort physique (MET) exprime le ratio entre la consommation d'énergie au cours de l'effort et la consommation d'énergie au repos. La consommation d'énergie pendant une activité ou un effort physique est donc exprimée comme un multiple de la consommation d'énergie au repos et ce multiple est la valeur MET.

Bibliographie

Special Eurobarometer wave 58.2 physical activity :

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf

Sjöström M., Oja P., Hagströmer M., Smith B. J., Bauman A., (2010). *Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study*. «L'état de santé de la population en France». Drees, Rapport 2011 : page 152.

Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>

http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf

53 - Travail et risques pour la santé

Deux indicateurs sont utilisés. Le premier correspond à la proportion de personnes qui estiment que leur travail menace leur santé ou leur sécurité. Le second est défini comme la proportion de personnes qui pensent que leur travail affecte leur santé.

Les sources de données disponibles sont les réponses à l'enquête européenne sur les conditions de travail qui est quinquennale.

A l'avenir, ces deux indicateurs seront complétés par la réponse à des questions sur le soutien social au travail.

Ces indicateurs posent des questions d'interprétation (voir la méthodologie) et pour certains pays les tailles d'échantillon sont assez réduites.

Le travail peut entraîner des risques pour la santé :

- France : 24,6 % des travailleurs estiment que leur travail menace leur santé ou leur sécurité (2010) - 10^e rang européen (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Danemark (15,5 %) / Lettonie (47,2 %)

Le travail affecte la santé :

- France : 25,6 % des travailleurs estiment que leur travail affecte leur santé, 10^e rang européen (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Irlande 10,6 % / Lettonie 52,5 %

Données : Eurofound, 2005

En effet, ils montrent une tendance à la baisse correspondant à une amélioration alors que les variables portant directement sur les différents facteurs physiques, cognitifs ou sociaux montrent au contraire une dégradation. C'est pourquoi nous avons complété les données portant sur les deux indicateurs figurant dans la liste ECHI par les résultats d'une étude récente du Centre d'études de l'emploi analysant l'évolution de la qualité de vie au travail au sein de l'UE15 entre 1995 et 2005 à partir de ces variables.

Environ un quart des travailleurs français considèrent que leur travail affecte leur santé

En France, 24,6 % des travailleurs estimaient en 2010 que leur santé ou leur sécurité menacée par leur travail. La proportion de travailleurs estimant que leur travail affecte leur santé était du même ordre (25,6 %). Ces chiffres placent la France très légèrement au-dessus des moyennes européennes (respectivement

Figure 1 **Proportion de travailleurs estimant en 2010 que leur travail menace leur santé ou leur sécurité : pays de UE27 ayant les pourcentages les plus élevés et les plus faibles, moyenne UE15 et moyenne UE 27**

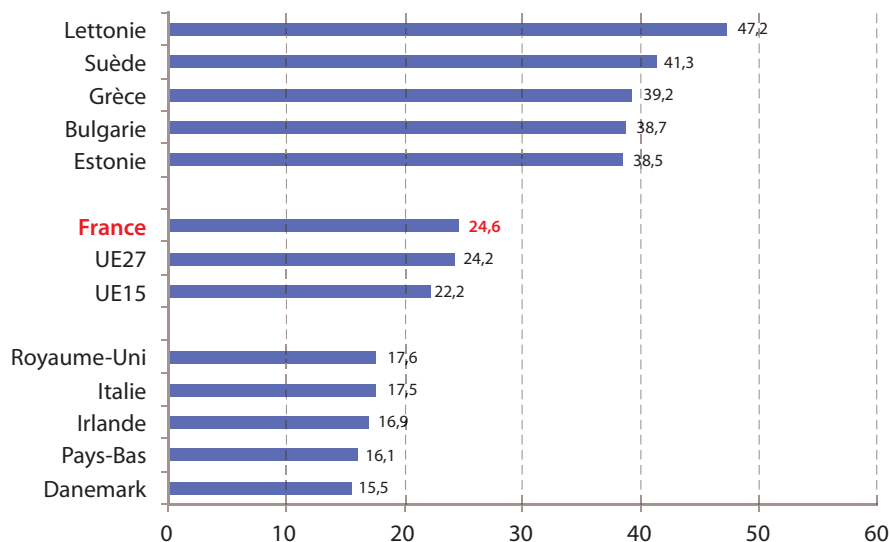
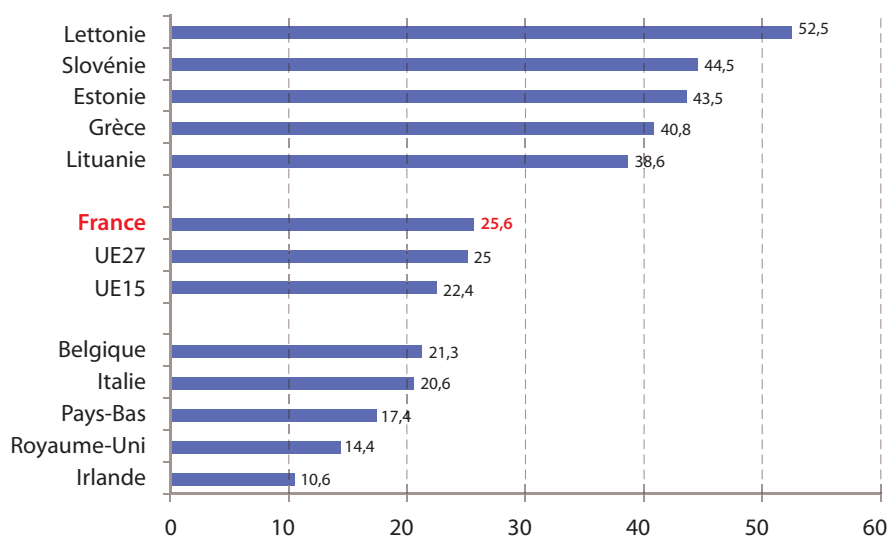


Figure 2 **Proportion de travailleurs estimant en 2010 que leur travail affecte leur santé : pays de l'UE27 ayant les pourcentages les plus élevés et les plus faibles, moyenne UE15 et moyenne UE27**



Source : Eurofound

24,2% et 25,0). De façon générale, les nouveaux États membres de l'UE, à l'exception de la République tchèque, présentent de moins bons résultats mais ceci est également le cas de la Grèce et de la Suède.

La proportion de travailleurs estimant que leur travail affecte ou menace leur santé ou leur sécurité suit une tendance à la baisse en Europe. Entre 2000 et 2010, la proportion estimée de travailleurs français considérant que leur travail représentait une menace pour leur santé ou leur sécurité est passée de 28,6%

à 24,6% avec un minimum de 23,1% en 2005. On retrouve une même tendance, mais régulière, au sein de l'UE27 (31,1% en 2000, 28,6% en 2005 et 24,2% en 2010) et de l'UE15 (respectivement 27,9%, 25,2% et 22,2%).

On constate la même tendance concernant la proportion de travailleurs estimant que leur travail affecte leur santé qui passe de 26,9% en 2005 à 25,6% en 2010 pour la France, et des évolutions estimées beaucoup plus fortes au niveau de l'Union européenne avec des baisses de 30,6% à 22,4% pour l'UE15 et de 35,4% à 25,0% pour l'UE27.

En sens inverse, des indicateurs synthétiques reflétant les pénibilités physiques, les contraintes techniques et marchandes et la complexité du travail indiquent une dégradation de la qualité de vie au travail au sein de l'UE15 entre 1995 et 2005

Relativement à ces indicateurs, le Royaume-Uni et l'Irlande se situent en haut du classement, tant du point de vue des pénibilités physiques que de l'intensité des contraintes techniques et marchandes. Ces deux pays sont donc placés parmi les États dans lesquels le travail est le moins pénible et le moins intense. Mais, en même temps, celui-ci y est moins complexe que dans d'autres pays. À l'inverse, c'est dans les pays nordiques que le travail atteint son plus haut niveau de complexité et d'intensité, notamment marchande : il y est valorisant pour les travailleurs, mais fortement contraint. Le Danemark et la Suède s'opposent néanmoins à la Finlande en ce qui concerne les pénibilités physiques et les contraintes techniques qui sont plus modérées dans les deux premiers pays que dans le troisième.

Les pays méditerranéens figurent dans le bas du classement quant aux pénibilités physiques et à la complexité du travail. Et, si leur position au regard des indicateurs d'intensité n'est pas homogène, il s'avère que les contraintes d'ordre technique pèsent plus particulièrement sur les travailleurs grecs et portugais, sans oublier que la Grèce, suivie de près par le Portugal, se situe à la dernière place dans le domaine des pénibilités physiques. Ces deux pays, qui connaissent actuellement une crise économique très grave, occupent la position la plus défavorable au sein de l'UE15 en matière de qualité de vie au travail.

Les pays de l'Europe de l'Ouest, plus nombreux, sont aussi moins typés. Ils se caractérisent par une situation intermédiaire au regard des quatre indicateurs. Toutefois, les Pays-Bas enregistrent le plus faible niveau de pénibilités physiques parmi les quinze pays étudiés. À noter également que, si l'Allemagne est renommée pour sa politique de l'emploi « à tout prix », sa situation n'est pas des plus favorables. En effet, si la pénibilité y est relativement réduite, elle cumule une forte intensité et une faible complexité.

La position de la France au sein de ce groupe est mitigée. Elle est proche du modèle anglo-saxon avec un classement en haut de tableau pour l'intensité et une position centrale pour la complexité, mais le degré de pénibilités physiques y est nettement plus élevé qu'en Irlande ou au Royaume-Uni : la France occupe le 11^e rang au sein de l'UE15 sur cet indicateur, juste après l'Espagne.

Entre 1995 et 2005, la qualité de vie au travail s'est en moyenne dégradée au sein de

Tableau 1
**Qualité de vie
 au travail dans
 l'Europe à 15 entre
 1995 et 2005**

Pénibilités physiques		Contraintes techniques		Contraintes marchandes		Complexité du travail	
Rang 2005	Tendance 95-05	Rang 2005	Tendance 95-05	Rang 2005	Tendance 95-05	Rang 2005	Tendance 95-05

Le rang 1 est celui du pays dont la situation est la plus favorable :
 faible pénibilité / intensité, complexité élevée.

Un (+) indique une augmentation des pénibilités/ intensités/ complexité

EU15	(+)	(+)	(+)	(-)
Pays nordiques				
Danemark	3	0	10	(+)
Finlande	14	(+)	15	0
Suède	7	0	9	(-)
Irlande et Royaume-Uni				
Irlande	4	(-)	1	(-)
Royaume-Uni	2	(-)	7	(-)
Pays de l'Europe de l'Ouest				
Autriche	8	(-)	11	(-)
Belgique	5	(+)	8	(+)
Allemagne	6	(+)	12	(+)
France	11	0	3	0
Luxembourg	10	0	5	(+)
Pays-Bas	1	0	6	0
Pays méditerranéens				
Grèce	15	(-)	14	0
Italie	9	(+)	4	(+)
Portugal	13	(+)	13	(+)
Espagne	12	0	2	(-)

Source : enquête européenne sur les conditions de travail, 1995, 2000, 2005

Champ : salariés et travailleurs indépendants des pays de l'Europe des 15.

Note de lecture : pour chaque indicateur synthétique, la première colonne donne le classement relatif (rang) du pays en 2005 et la deuxième colonne donne le signe de l'évolution moyenne entre 1995 et 2005, purgée des effets de structure professionnelle et sectorielle lorsqu'elle est significative à au moins 10%.

Le fait qu'un pays ait le rang 1 indique qu'il a la meilleure position sur cet indicateur. Par exemple, les Pays-Bas sont le pays dans lequel il y a le moins de pénibilités physiques. Un (+) indique une augmentation de l'indicateur, un (-), une diminution. Ainsi, la pénibilité a augmenté en Finlande et a diminué au Royaume-Uni.

l'UE15. Les pénibilités physiques se sont renforcées, tandis que l'intensité augmentait dans ses deux composantes – contraintes techniques et marchandes – et que le degré moyen de complexité se réduisait.

Ceci est particulièrement le cas pour l'Allemagne et l'Italie, seuls pays à connaître une dégradation générale au regard des quatre indicateurs utilisés pour apprécier la qualité. À l'opposé, les pays anglo-saxons et l'Autriche se caractérisent par une évolution qui peut être globalement qualifiée de « favorable », avec une diminution des pénibilités physiques et une baisse de l'intensité. La France est le seul des quinze pays de l'Union européenne avant l'élargissement où aucun changement significatif n'est observé en dix ans.

Méthodologie et comparabilité

Les données proviennent de la cinquième enquête européenne sur les conditions de travail réalisée en 2010 par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound) dans les Etats membres, la Norvège, la Turquie, la Croatie et quelques autres pays balkaniques, qui fait suite à celles menées en 1990, 1995, 2000 et 2005. Les données sont recueillies dans les pays participant à l'enquête à l'aide d'un questionnaire identique administré à un échantillon aléatoire représentatif de la population active.

Il est difficile d'interpréter les indicateurs retenus, que ce soit en comparaison internationale ou en évolution. Il s'agit en effet de questions d'opinions. Une augmentation de la proportion de travailleurs qui disent que leur travail menace leur santé ou leur sécurité peut refléter une dégradation des conditions de travail. Mais elle peut aussi bien traduire une prise de conscience par les travailleurs des dangers que leur travail fait courir à leur santé, grâce à des politiques plus actives de prévention des risques. Par ailleurs, pour certains pays, les tailles réduites d'échantillon induisent des incertitudes d'échantillonnage importantes.

Une solution alternative est d'utiliser les résultats de questions sur les facteurs physiques, cognitifs ou sociaux (port de charges lourdes, soumission au bruit, travail sur écran, contacts avec la clientèle..., voir le questionnaire en bibliographie) *a priori* moins soumis à des variations d'appréciation subjectives comme les deux indicateurs retenus. De tels indicateurs permettent une interprétation des évolutions en termes d'amélioration ou de dégradation des conditions de travail et donc des conséquences sur la santé des personnes en emploi. La comparaison des résultats entre pays est également plus riche d'enseignements. C'est ce qui a été fait dans une étude du Centre d'études de l'emploi qui a exploité les éditions de l'enquête de 1995, 2000 et 2005 pour décrire la qualité de vie au travail à travers quatre dimensions : les pénibilités physiques de l'activité, l'intensité des contraintes techniques et marchandes qui la façonnent et la complexité du travail. Chacune de ces dimensions choisies est décrite par une dizaine de variables qualitatives à partir desquelles ont été construits quatre indicateurs synthétiques.

Il subsiste bien évidemment des problèmes de comparabilité (traduction et compréhension des questions, contexte institutionnel...) sur lesquels Eurofound réfléchit depuis longtemps.

La Dares réalise indépendamment une enquête Conditions de travail tous les 7 ans, auprès d'un échantillon beaucoup plus conséquent d'individus et avec un questionnaire différent, même si les deux enquêtes s'influencent mutuellement.

Bibliographie

Eurofound : cinquième enquête européenne sur les conditions de travail
site Web : http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/2010/index_fr.htm

Changes over time – First findings from the fifth European Working Conditions Survey
<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/74/en/3/EF1074EN.pdf>

Dares : enquêtes conditions de travail 1984-2005 : résultats détaillés :

<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-de,76/statistiques,78/conditions-de-travail-et-sante,80/les-enquetes-conditions-de-travail,2000/enquetes-conditions-de-travail,189/>

Greenan N., Kalugina E., Walkowiak E. (2011), CEE. «La dégradation de la qualité de vie au travail en Europe entre 1995 et 2005», *Connaissance de l'emploi* n°84 septembre 2011.

http://www.cee-recherche.fr/fr/connaissance_emploi/84-degradation-qualite-vie-travail-europe.pdf

Greenan N., Kalugina E., Walkowiak E. *Trends in Quality of Work in the EU15* - «Tendances de la qualité du travail dans l'Europe à 15».

Evidence from the European Working Conditions Survey (1995-2005) - Un bilan à partir de l'enquête européenne Conditions de travail (1995-2005), documents de travail du CEE n°133 (novembre 2010) :
<http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/133-tendances-qualite-travail-europe-15.pdf>

Peña-Casas R., Pochet P., (Eurofound 2009), *Convergence and Divergence of Working Conditions in Europe: 1990–2005.*

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/104/en/1/EF08104EN.pdf>

54 - Soutien social

Le soutien social est défini comme la disponibilité perçue par un individu de personnes en qui il a confiance et dont il se sent aimé, qui prennent ou prendraient soin de lui, l'estiment et lui donnent de la valeur en tant que personne. Il est estimé en utilisant l'échelle d'Oslo du soutien social (OSS-3, Oslo-3 *Social Support Scale*).

Le soutien social est considéré comme un facteur important de protection contre le stress. De façon plus générale, un faible niveau de soutien social peut constituer un facteur de risque de mauvaise santé.

Le niveau de soutien social en France est faible

Parmi les quinze pays européens pour lesquels des données sont disponibles, la France est en 2002 le pays où le pourcentage de la population déclarant un faible soutien social est le plus élevé (30,2%) après l'Italie (36,1%). Les pays où les «forts» niveaux de soutien social sont les plus élevés sont l'Espagne (35,1%) et plusieurs pays du nord de l'Europe (Pays-Bas 34,4%, Danemark 31,1% et Suède 28,4%). Globalement, dans tous les pays, le niveau «intermédiaire» est le niveau de soutien social le plus fréquemment déclaré (supérieur à 50%). La Finlande affiche le plus faible pourcentage de soutien social «fort» mais le deuxième pourcentage de soutien social «intermédiaire» après le Portugal avec 67,8%.

- Fort : 13,5 % en France – 11^e rang sur 15 pays européens (ordre décroissant)

- Pays aux extrêmes : Espagne 35,1% / Finlande 8,5 %

- Intermédiaire : 56,3 % en France – 12^e rang sur 15 pays européens (ordre décroissant)

- Pays aux extrêmes : Portugal 73,1% / Espagne 53,6 %

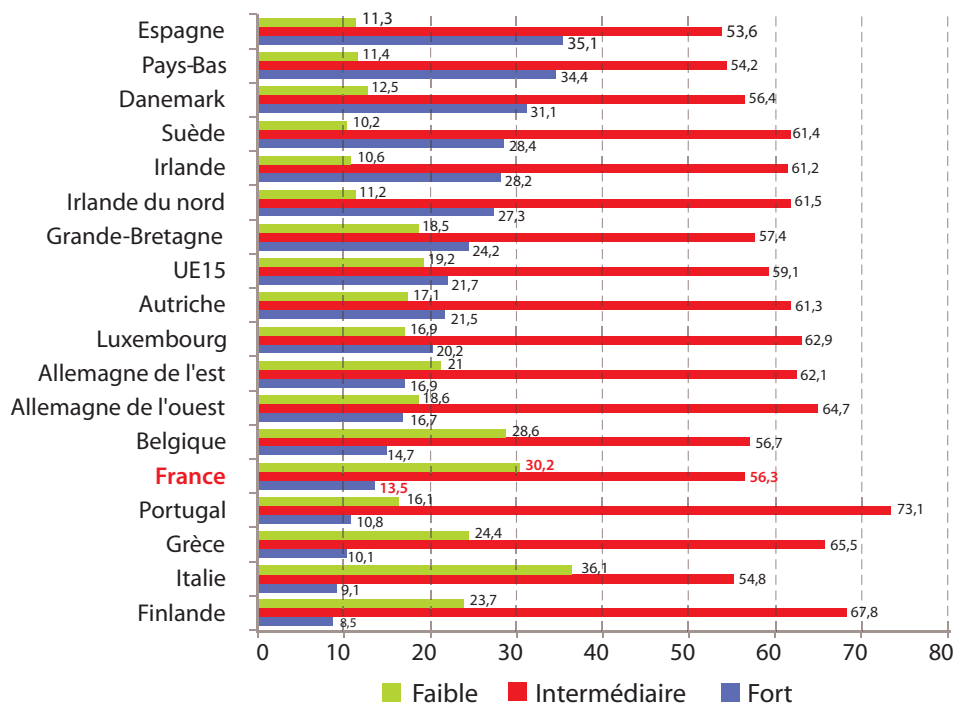
- Faible : 30,2 % en France – 14^e rang sur 15 pays européens (ordre décroissant)

- Pays aux extrêmes : Suède 10,2% / Italie 36,1 %

Données : Eurobaromètre, 2003

Figure 1 **Comparaison des niveaux de soutien social dans l'UE selon l'échelle d'Oslo en 2002**

N.B: Les Eurobaromètres conduits avant l'élargissement de 2004 incluaient les quinze anciens Etats membres en utilisant des échantillons séparés pour l'Allemagne entre Grande-Bretagne et l'Irlande de l'Ouest et de l'Est et pour le Royaume-Uni entre Grande-Bretagne et l'Irlande du Nord.



Source : Eurobaromètre 2003

On constate pour cet indicateur des particularismes entre pays de contexte géographique proche. Parmi les pays méditerranéens, l'Espagne a des indicateurs très positifs alors que l'Italie, la Grèce et le Portugal en ont de mauvais. Parmi les pays nordiques, la Finlande présente le plus faible taux de «fort» soutien social alors que les Pays-Bas, le Danemark et la Suède figurent en haut du classement. Les populations de la France et de la Belgique se répartissent de façon pratiquement équivalente entre les trois niveaux.

Bien qu'il existe des biais dans la comparaison entre pays (liés à la traduction du questionnaire), les variations des scores sur l'échelle d'Oslo peuvent refléter des disparités réelles entre pays. Dans un pays, un pourcentage élevé de population présentant un niveau élevé de soutien social tend à correspondre à un faible pourcentage de population en détresse psychologique et vice versa, à l'exception notable de la Finlande (Eurobaromètre 2003).

Méthodologie et comparabilité

Le niveau de soutien social est déterminé selon des facteurs au niveau individuel et social. L'échelle OSS-3 (Oslo-3 *Social Support Scale*) est basée sur 3 questions. (Sur combien de proches pouvez-vous compter en cas de problème sérieux ? Quel intérêt les gens montrent-ils à ce que vous faites ? Pouvez-vous facilement obtenir de l'aide de votre entourage en cas de besoin ?). A partir de ces trois questions, un score est calculé de 3 à 12, avec comme résultat un niveau considéré comme «faible» pour un score de 3 à 7, «intermédiaire» pour un score de 8 à 10 et «fort» de 11 à 12. ECHIM conseille d'utiliser l'OSS-3 comme mesure préférentielle du soutien social afin de

permettre les comparaisons internationales. Ce questionnaire a été utilisé lors d'une étude internationale conduite auprès des Etats membres de l'UE15 (Eurobaromètre 2003). Depuis, il n'y a pas eu de surveillance de cet indicateur au niveau international. Des données nationales existent mais de qualité variable.

Les données de l'Eurobaromètre sont comparables mais les échantillons sont souvent trop faibles pour rapporter des données en fonction de l'âge et du sexe. Par ailleurs, les biais de traduction peuvent être importants.

A l'avenir, cet indicateur sera renseigné à partir de l'enquête européenne sur la santé, donc pour l'ensemble des 27 pays de l'Union européenne et avec des échantillons d'une taille beaucoup plus conséquente.

Bibliographie Eurobaromètre (2003). *The Mental Health Status of the European Population, The European Opinion Research Group (EORG)*. 58.2.

55 - Pollution atmosphérique

Les particules fines ou PM 10 (notées PM en anglais : *particulate matter*) sont les particules dont le diamètre est inférieur à 10 micromètres. L'augmentation des taux de particules fines dans l'air est un facteur de risque pour la santé (maladies cardio-vasculaires, altération des fonctions pulmonaires, cancer du poumon et diminution de l'espérance de vie).

L'indicateur retenu par ECHIM est le niveau annuel moyen d'exposition de la population urbaine à la pollution atmosphérique attribuée aux particules fines. Il s'agit d'un indicateur structurel européen. L'indicateur présenté est la moyenne annuelle pondérée (par la population) des concentrations de particules dans les zones urbaines, exprimée en microgramme par mètre cube.

L'exposition aux PM 10 en France est dans la moyenne européenne

- Exposition aux PM10 en France : 24,1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
- 11^e rang sur 24 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes :
Estonie 11,1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ / Bulgarie 52,7 $\mu\text{g}/\text{m}^3$

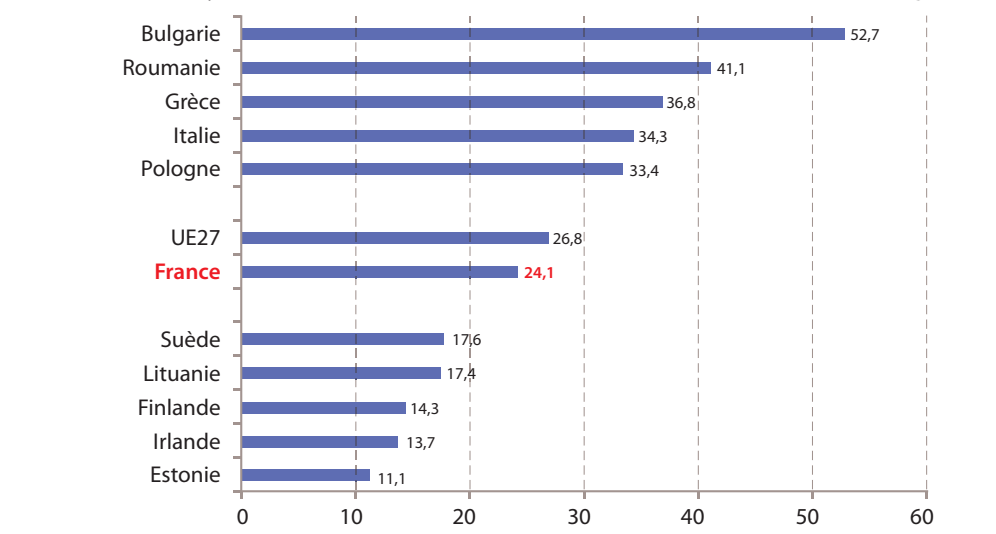
Données : Eurostat, 2008

Avec une exposition de 24,1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en 2008, la France se place un peu en dessous du niveau d'exposition moyen européen (26,8 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en moyenne dans l'Union européenne). La majeure partie des pays affichent des chiffres se situant dans une fourchette allant de 20 à 30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. C'est en Bulgarie que l'exposition aux PM 10 est la plus importante (52,7 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) et en Estonie qu'elle est la plus faible (11,1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$).

La plupart de la population urbaine européenne est soumise à un niveau d'exposition supérieur à celui recommandé par l'OMS (20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$). Le seuil limite d'exposition fixé par l'Union européenne s'élève à 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Quatorze pour cent de la population vit dans des zones où ce seuil est dépassé (Vocaturro E, Kunseler E *et al.* 2008). Les pays du nord de l'Europe (Irlande, Royaume-Uni, Suède, Finlande) sont moins exposés aux PM 10 que les pays du Sud (Bulgarie, Roumanie, Grèce, Italie, Espagne).

L'ensemble de la France, à l'exception de Paris et de quelques sites (notamment sur la Côte d'Azur) affiche des niveaux d'exposition aux PM 10 en dessous des 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Figure 1 **Expositions moyennes aux PM 10 par habitant dans l'UE en 2008 (en $\mu\text{g}/\text{m}^3$)**



Source : Eurostat 2008, Agence européenne de l'environnement.
Données françaises : ADEME/BDQA/fédération ATMO

Les niveaux de PM 10 sont relativement stables en France

De manière générale, les niveaux moyens de PM 10 des États membres de l'UE n'ont pas connu de variations significatives entre 2003 à 2007 (Vocaturro E., Kunseler E. *et al.* 2008).

L'exposition aux particules atmosphériques a peu évolué en France entre 2000 et 2006, stable autour de $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$, à l'exception d'un léger pic en 2003 ($23,7 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Il a en revanche atteint $27 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en 2007, en raison d'épisodes de pollution assez exceptionnels. Cependant, la modification des modalités de calcul pour rendre les résultats équivalents à la méthode de référence fixée par la réglementation européenne, empêche de comparer directement les années 2007 et 2008 avec les années précédentes pour la France.

Méthodologie et comparabilité

Eurostat fournit les moyennes annuelles pondérées par la population des concentrations de particules dans les zones urbaines pour les pays de l'UE à l'exception de la Lettonie, de Chypre et du Luxembourg. Les données sont disponibles pour les années 1999 à 2008.

En France, les concentrations en PM10 sont mesurées par toutes les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air. Depuis le 1^{er} janvier 2007, les modalités de mesure des PM 10 ont été modifiées dans les réseaux de surveillance de la qualité de l'air afin de prendre en compte la fraction volatile des particules. Ce changement dans la mesure des particules empêche de comparer directement les années 2007 et 2008 avec les années précédentes.

Bibliographie Vocaturro E., Kunseler E., *et al.* (2008). «Exposure of children to air pollution (particulate matter) in outdoor air», ENHIS-Home\Environment and health issues\Air quality.

«L'état de santé de la population en France» – Rapport 2009-2010 de suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, 314 pages.

Base de données : Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

IV. Systèmes de santé

56 - Vaccination des enfants

L'indicateur sur les vaccinations infantiles mesure le pourcentage des enfants qui ont reçu l'ensemble des vaccins (prévus par les programmes nationaux de vaccination) contre d'importantes maladies telles que la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite (DTCP), pour leur premier anniversaire et contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) pour leur deuxième anniversaire. La

vaccination est une des interventions ayant le meilleur coût/efficacité en santé.

Les enfants français sont presque tous vaccinés par le DTCP et un peu moins par le ROR

Avec 98 % des enfants vaccinés à un an contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite en 2008, la France dépasse le pourcentage de vaccination moyen de l'UE27 (95 %). La couverture vaccinale est par contre moins importante pour la rougeole, la rubéole et les oreillons avec 89 % d'enfants vaccinés à deux ans contre 93 % des enfants vaccinés en moyenne en Europe la même année. La couverture vaccinale pour ces trois maladies était encore en deçà des objectifs de la loi de santé publique fixés à 95 %.

En général, la couverture vaccinale est meilleure dans les nouveaux Etats membres, à l'exception de Malte, que dans ceux de

DTCP

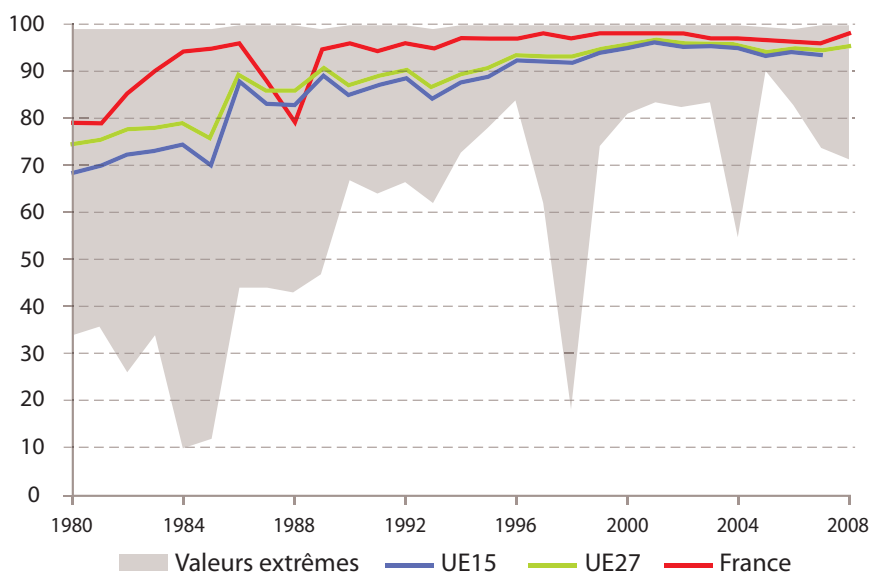
- France : 98 % des enfants vaccinés
- 8^e rang sur 25 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Hongrie 99,9 % / Malte 72 %

ROR

- France : 89 % des enfants vaccinés
- 17^e rang sur 25 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Hongrie 99,9 % / Malte 78 %

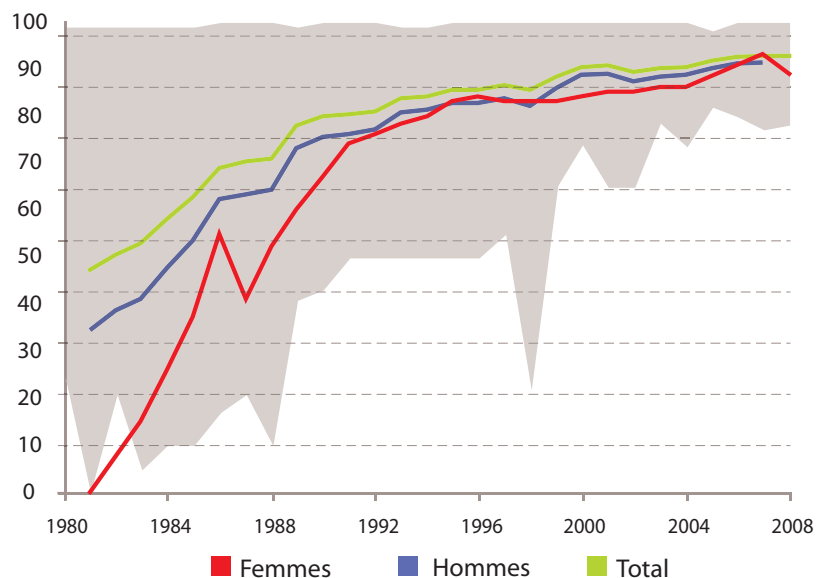
Données : OMS 2008

Figure 1 **Proportion d'enfants de moins de 2 ans vaccinés contre le DTCP en France entre 1980 et 2008**



Source : OMS. Données françaises : Drees et InVS et certificats de santé

Figure 2 **Proportion d'enfants de moins de 2 ans vaccinés contre la rougeole en France entre 1980 et 2008**



Source : OMS. Données françaises : Drees et InVS et certificats de santé

l'UE15. Parmi ceux-ci, l'Autriche, le Danemark et le Royaume-Uni appartiennent aux pays ayant les plus faibles pourcentages de couverture vaccinale.

Ainsi, les programmes de vaccination infantile sont globalement satisfaisants en Europe. Le problème principal pour obtenir une encore plus large couverture vaccinale est d'atteindre les groupes peu vaccinés (Amato-Gauci A. et Ammon A. 2007).

Une évolution de la couverture vaccinale infantile variable en France selon les maladies

La couverture relative au vaccin par le DTCP est très élevée depuis une longue période. Dès 1989, le cap des 95 % d'enfants vaccinés à 24 mois a été franchi. Depuis, le pourcentage se maintient proche de la couverture maximale (98% en 2008). La vaccination par le ROR offre un exemple de progression continue. En effet la vaccination a démarré tard, au milieu des années 1980, par rapport à d'autres pays. A peine plus de 50 % des enfants étaient vaccinés en 1988 contre 87 % en 2008.

Globalement, les taux de couverture vaccinale infantile sont en hausse en Europe, mais des exceptions existent

La couverture vaccinale infantile moyenne de l'Union européenne est en règle générale en augmentation, mais certains pays peuvent rencontrer des difficultés et connaître des baisses après avoir atteint des pourcentages élevés de vaccination. C'est le cas par exemple de Malte, du Royaume-Uni et du Danemark. Ces baisses de couverture vaccinale pourraient avoir des conséquences telles que la réémergence de maladies, voire de possibles épidémies (Amato-Gauci A. et Ammon A. 2007).

De nouveaux vaccins arrivent actuellement sur le marché. En France, par exemple, des recommandations de vaccination généralisée ont été délivrées pour les infections à pneumocoques en 2006 et pour les infections à papillomavirus en 2007. L'établissement de la balance entre les bénéfices et les risques et/ou du ratio coût-efficacité a conduit à ne pas intégrer la vaccination contre la varicelle ou le rotavirus dans le calendrier vaccinal du nourrisson.

Les programmes de vaccinations infantiles ont eu comme résultat la régression des maladies infantiles dans les dernières décennies. Les épidémies surviennent encore dans les groupes de population pour lesquels la couverture vaccinale reste faible. En 2002, l'OMS a déclaré que la poliomyélite était éliminée d'Europe et que ce serait l'objectif de 2010 pour la rougeole et la rubéole (WHO-Europe 2005).

Méthodologie et comparabilité

Les données disponibles proviennent de l'OCDE et de l'OMS. Les données nationales sont rapportées annuellement par les Etats membres auprès de l'unité chargée des maladies contagieuses de l'OMS-Europe. En France, le pourcentage de couverture vaccinale est calculé sur la base des certificats de santé des enfants de 24 mois, avec une analyse au niveau départemental par les services départementaux de protection maternelle et infantile puis une exploitation nationale des résultats par la Drees et l'Institut national de veille sanitaire.

Les programmes de vaccination ne sont pas harmonisés au niveau européen. En effet, les recommandations vaccinales ainsi que les calendriers nationaux de vaccination diffèrent selon les pays (Amato-Gauci A. et Ammon A. 2007). Ainsi, l'âge de l'immunisation complète peut varier d'un pays à l'autre selon les calendriers vaccinaux. En conséquence, les couvertures vaccinales sont évaluées en tenant compte des programmes nationaux.

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*), en partenariat avec les Etats membres et la Commission européenne, travaille au développement d'une base scientifique d'étude des stratégies harmonisées de vaccination et des calendriers vaccinaux. Par ailleurs, l'ECDC participe avec les Etats membres à la définition de méthodologies standardisées et communes pour calculer les couvertures vaccinales afin d'améliorer la comparabilité des données.

Bibliographie

Amato-Gauci A. et Ammon A. (2007). *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe. Report on the status of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries*. Stockholm.

WHO-Europe (2005). *Eliminating Measles and Rubella and Preventing Congenital Rubella Infection. WHO European Region strategic plan 2005-2010*.

Base de données : OMS.

57 - Vaccination antigrippale des seniors

L'indicateur sur la vaccination antigrippale des seniors est le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe au cours des douze derniers mois.

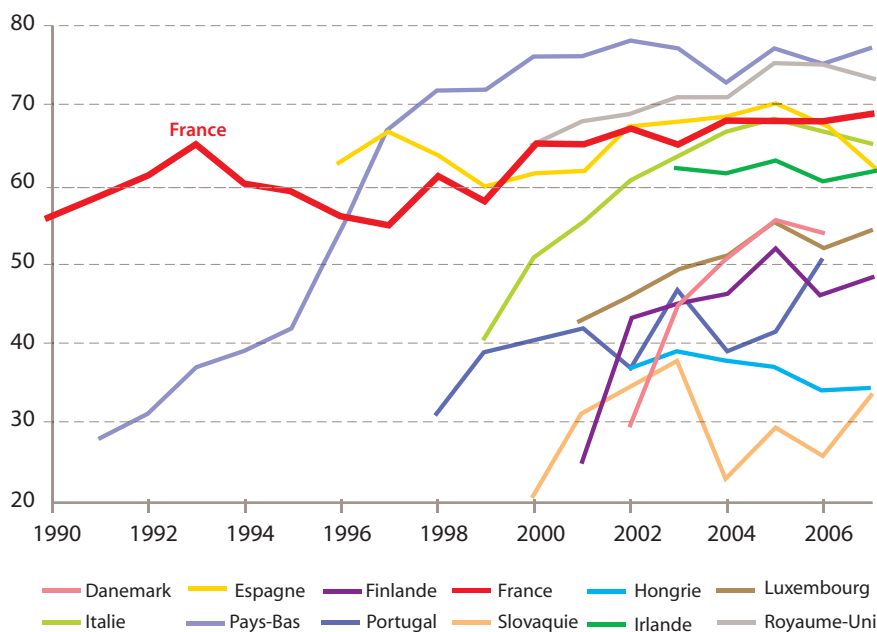
Le pourcentage de vaccination des seniors en France est un des plus élevés d'Europe

- France : 69% des personnes de 65 ans et plus vaccinées
- 3^e rang européen (sur 12 pays) (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Pays-Bas 77% / Slovaquie 33,4%
OCDE 2007

Une majorité des personnes âgées en France sont vaccinée contre la grippe chaque année (69% en 2007-2008). La France est le 3^e pays au pourcentage de vaccination des séniors le plus élevé parmi 12 pays européens (Finlande, France, Allemagne, Irlande, Hongrie, Italie, Luxembourg, Pays Bas, Slovaquie, Espagne, Suède, Grande-Bretagne) derrière les Pays-Bas (77% en 2007) et la Grande-Bretagne (73,5% en 2007). La France a dépassé le seuil de 50% fixé par l'OMS pour l'année 2006 et s'approche du seuil de 75% fixé par l'OMS pour 2010 et qui correspond à l'objectif retenu par la loi de santé publique de 2004. La vaccination peut réduire de 25% à 39% la part des hospitalisations chez les seniors non institutionnalisés et la mortalité globale de 39% à 75% pendant les saisons de grippe.

Il existe d'importantes variations des pourcentages de vaccination en Europe. En 2007, en Slovaquie et en Hongrie respectivement 33,7% et 34,2% des seniors étaient vaccinés (OCDE 2009). Les variations observées peuvent s'expliquer par l'accessibilité

Figure 1 Evolution de la proportion des seniors vaccinés contre la grippe chaque année en population générale



Source : OCDE. Données françaises : GEIG

aux vaccins (remboursement à 100% pour la population âgée en France par exemple), et par la présence et l'intensité des campagnes nationales de sensibilisation.

L'accroissement de la couverture vaccinale se ralentit dans les pays européens et en France

En France, entre 2004 et 2007, le pourcentage de vaccination des seniors n'a pratiquement pas évolué (68% de 2004 à 2006 et 69% en 2007). Cette tendance est également observée dans plusieurs pays européens (Figure 1). Ainsi en Grande-Bretagne, un des pays où le pourcentage de vaccination des seniors est le plus élevé, il a augmenté de 65% à 75,1% entre 2000 et 2006, puis s'est abaissé en 2007 (73,5%).

En France, la Sécurité sociale rembourse à 100% les vaccins contre la grippe pour les 65 ans et plus. Cette politique sanitaire est répandue dans plusieurs autres pays européens, car le remboursement à 100% devrait contribuer à augmenter la couverture vaccinale des personnes âgées.

Méthodologie et comparabilité

Les données relatives à la vaccination antigrippale des seniors proviennent de l'OCDE. L'alimentation de la base de données OCDE est variable selon les pays et les années. Pour la France, les données sont renseignées à partir de 1992 et les dernières données disponibles sont celles de 2007. Une grande variété dans les modes de recueil des données existe selon les pays de l'Union européenne. Certains pays ont recours à des enquêtes nationales de population, d'autres s'appuient sur les chiffres que les laboratoires pharmaceutiques fournissent aux autorités de santé et quelques pays utilisent les données des réseaux sentinelles. Chaque méthode a ses limites : les enquêtes peuvent négliger certaines personnes, notamment les personnes les plus âgées et celles vivant en établissement ; les chiffres de laboratoires correspondent aux vaccins distribués et non aux vaccins effectivement administrés ; enfin les réseaux sentinelles ne prennent pas en compte les vaccins effectués par la médecine du travail et les autorités publiques, comme pour les données provenant des régimes de Sécurité sociale. Les données pour la France sont issues du Groupe d'étude et d'information sur la grippe (GEIG) dont les résultats sont publiés chaque année par l'institut Sofres santé. La méthodologie appliquée consiste en un questionnaire envoyé par la Poste à un échantillon représentatif d'individus de 15 ans et plus.

Afin d'améliorer la comparabilité entre les pays, les techniques de surveillance de la vaccination antigrippale des seniors devraient être uniformisées, les enquêtes de santé européennes comprendront une question à ce propos.

Bibliographie

Vaccination antigrippale en Europe : comment toucher les populations cibles et optimiser les vaccinations Eurosurveillance, volume 8, Issue 6, 01 June 2003.

Lancement de la campagne de vaccination 2009-10 contre la grippe saisonnière. Dossier de presse. 18 septembre 2009.

Groupe d'expertise et d'information sur la grippe (GEIG), mardi 10 novembre 2009.

58 - Dépistage du cancer du sein

L'objectif du dépistage du cancer du sein est de réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes par le diagnostic de formes précoces. Le pronostic de la maladie est en effet d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. L'efficacité du dépistage organisé sur la réduction de la mortalité est démontrée dès lors que le taux de participation des femmes dépasse 75 %. Dans la plupart des pays, le dépistage est recommandé tous les deux ans.

L'indicateur est défini comme le pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont bénéficié d'une mammographie de dépistage (taux de couverture du dépistage) au cours des deux années précédentes. Le taux de couverture du dépistage correspond à la proportion de femmes ayant réalisé une mammographie de dépistage, soit dans le cadre d'un programme national de dépistage (dépistage organisé), soit en dehors du programme (dépistage individuel ou spontané) selon les recommandations en vigueur dans chaque pays quant à la fréquence de réalisation.

En France, des données sur les taux de participation aux programmes organisés de dépistage sont disponibles ainsi que des données issues d'enquêtes en population. Dans ces enquêtes, il est demandé aux femmes si elles ont bénéficié d'un dépistage du cancer du sein dans les deux ans précédant l'enquête ; il s'agit de données déclarées, aucune preuve n'est demandée pour justifier de la pratique effective de l'acte de dépistage.

Les politiques de dépistage en Europe

- France : 77,3 % des femmes de 50 à 69 ans ont déclaré avoir bénéficié d'une mammographie de dépistage dans les 2 ans
- Rang de la France en Europe : ND
- Pays aux extrêmes : Pays-Bas (2007) (données d'enquête) 88% et Finlande (2006) (données de programme) 86%/ Slovaquie (données de programme) 16%

Données : OCDE, 2008

L'Union européenne préconise d'atteindre un taux de couverture de 75 % pour le dépistage du cancer du sein (Perry N., Broeders M. *et al.* 2008).

En France, le programme organisé de dépistage de cancer du sein initié progressivement depuis 1994 a été généralisé à l'ensemble du territoire national en 2004. Une mammographie à deux incidences est proposée tous les deux ans à chaque femme entre 50 et 74 ans, chez le radiologue de son choix inscrit sur une liste de radiologues habilités. En pratique, dépistage organisé et dépistage individuel coexistent.

Tous les pays de l'UE, à l'exception de la Bulgarie, ont des programmes nationaux de dépistage du cancer du sein ou sont en train de les mettre en place (Von Karsa L., Anttila A.

et al. 2008). L'intervalle des dépistages est fixé entre 1 et 2 ans selon les pays. Dans la plupart des pays, la population cible se situe entre 50 et 70 ans. Certains pays commencent le dépistage avant 50 ans comme en Suède où il est proposé dans certaines régions à partir de 40 ans. Les Pays-Bas ont l'âge limite le plus élevé avec 75 ans tandis que la France est le seul pays à avoir posé un seuil de 74 ans. Le Royaume-Uni, en accord avec ses directives de santé publique, va étendre la tranche d'âge des femmes concernées par le dépistage de 47 à 73 ans.

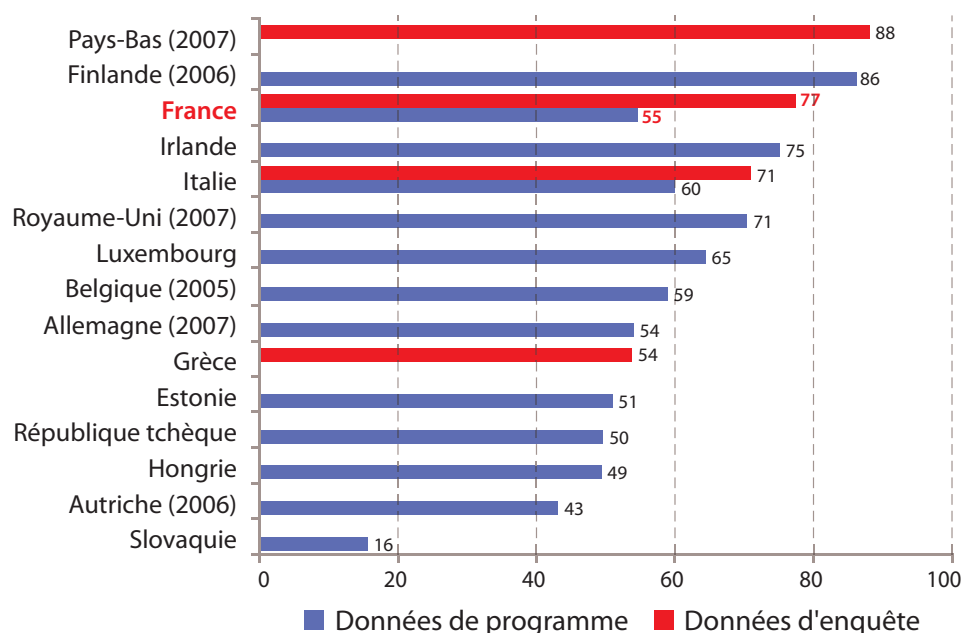
Le pourcentage de femmes dépistées pour le cancer du sein en France est l'un des plus élevés de l'UE (données d'enquêtes en population)

Actuellement, les données collectées dans les bases de données européennes sont hétérogènes et fragmentaires. Elles sont issues soit de bases de données administratives, soit d'enquêtes en population et les taux de couverture mesurés dépendent des recommandations en vigueur dans chaque pays. En 2008, avec 77,3% des femmes âgées de 50 à 69 ans qui déclarent avoir bénéficié d'une mammographie de dépistage datant de moins de 2 ans, la France se classe parmi les pays à fort taux de dépistage. Deux autres pays forment avec la France le trio des pays où les pourcentages de dépistage sont les plus élevés : les Pays-Bas (88% en 2007) (données d'enquête) et la Finlande (86% en 2006) (données de programme). En revanche, seules 16% des femmes en Slovaquie en 2008 (données de programme) ont bénéficié d'un dépistage.

Ces résultats sont à nuancer : d'après les données actuellement disponibles, les données françaises collectées issues de données d'enquêtes en population peuvent seulement être comparées avec l'Italie (71% en 2008) et les Pays-Bas (88,3% en 2007). Les autres pays dont les politiques de dépistage sont comparables ne collectent pas jusqu'à présent ces données au travers d'enquêtes nationales. L'enquête santé européenne par interview généralisée à l'ensemble des pays européens devrait se permettre de combler cette lacune.

En France, la différence entre le taux de dépistage mesuré à l'occasion des enquêtes et le taux de participation au programme organisé en France (53% en 2009) s'explique par le fait que le dépistage peut se faire dans le cadre d'un programme organisé

Figure 1 **Comparaison des pourcentages de femmes âgées de 50 à 69 ans ayant effectué une mammographie dans l'UE en 2008 ou pour la dernière année disponible**



Source : OCDE. Données françaises : ESPS et InVS

ou d'un dépistage individuel. Par ailleurs, les données d'enquêtes déclaratives surestiment les taux de couverture du dépistage.

Le dépistage du cancer du sein varie selon le niveau socio-économique de la femme

En France, selon le Baromètre cancer 2005, il existe des disparités socio-économiques en matière de dépistage du cancer du sein. En 2008, d'après l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM), 76,0% des femmes de 50 à 74 ans ayant un niveau d'études inférieur au bac ont déclaré avoir effectué une mammographie dans les deux ans, contre 86,3% des femmes ayant un niveau d'études égal au bac. De même, 69,2% des femmes ayant des revenus inférieurs à 900 euros mensuels (revenus nets du ménage par unité de consommation) ont déclaré avoir pratiqué une mammographie dans les deux dernières années, contre 83,9% de celles vivant dans un ménage ayant des revenus d'au moins 1 750 euros par mois. L'analyse temporelle des enquêtes répétées réalisées depuis 2000 montre que, si les disparités entre catégories socioprofessionnelles dans la pratique de la mammographie persistent, elles tendent néanmoins à s'amenuiser. D'après l'enquête santé, en 2008, 85,6% des femmes cadres de 50 à 74 ans ont réalisé cet examen dans les deux ans (83,7% en 2002-2003), contre 72,9% des agricultrices (51,3% en 2002-2003). Ces évolutions sont confirmées par les résultats de l'enquête ESPS 2008 de l'Irdes chez les 40-74 ans (« Etat de santé de la population », Drees 2010).

Tableau 1
Taux de femmes ayant effectué une mammographie selon leur catégorie socioprofessionnelle (en %) en France

Catégories socioprofessionnelles	Enquête ESPS (40-74 ans)				Enquête Santé Insee (50-74 ans)	
	2000	2002	2006	2008	2002-2003	2008
Cadre et profession intellectuelle	72	74	76,1	74,5	83,7	85,6
Profession intermédiaire	66	73	70,8	73,2	78,8	84,9
Artisan commerçant	50	61	66,8	70,9	70,7	80,4
Employé administratif			67,3	68,9		79,4
Employé de commerce	60	65	67,4	62,8	70,8	73,6
Ouvrier qualifié			64,8	67,9		82,2
Ouvrier non qualifié	55	55	58,2	55	63,9	72,5
Agriculteur	49	47	67,3	65,3	51,3	72,9

Sources : Enquête ESPS; Enquête décennale santé, volet santé des ménages, Insee-Drees in « L'état de santé de la population en France », Drees 2009-2010

Méthodologie et comparabilité

Les données de l'OCDE proviennent selon les pays d'enquêtes nationales de santé ou des autorités nationales chargées d'évaluer les programmes de dépistage. En France, les données déclarées sont collectées par les ESPS réalisées par l'Irdes. L'InVS, en charge de l'évaluation du programme, publie les taux annuels de participation au programme de dépistage organisé à partir des données des structures départementales de gestion du programme de dépistage organisé. Les enquêtes ESPS sont réalisées auprès d'un échantillon représentatif de femmes de 40 à 74 ans. Cette enquête annuelle de 1988 à 1997 est menée tous les deux ans depuis 1998. Il existe

une surestimation des taux liée à la mesure de la période de deux ans couvrant les deux années calendaires précédant l'année de l'enquête.

Les données complémentaires présentées pour la France sont issues de l'enquête Handicap Santé en ménages ordinaires de l'Insee. Cette enquête constitue le volet français de l'enquête européenne de santé par interview (EHIS). Dans cette enquête, 78% des femmes de 50 à 74 ans déclarent avoir effectué une mammographie de dépistage dans les 2 ans précédant l'enquête. Ces chiffres sont conformes aux résultats de l'enquête ESPS 2008 qui rapportent que 76 % des femmes de 50 à 74 ans ont déclaré avoir bénéficié d'un dépistage du cancer du sein.

- Bibliographie** Drees (2010), « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2009-2010: objectif 50, page 226.
- Perry N., Broeders M., et al. (2008). « European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis », *Annals of Oncology. Fourth edition--summary document* (19) : 614-622.
- Von Karsa L., Anttila A., et al. (2008). *Cancer Screening in the European Union. Report on the Implementation of the Council Recommendation on Cancer Screening. First Report. Luxembourg European Communities.*
- Base de données : OCDE.

59 - Dépistage du cancer du col de l'utérus

L'indicateur sur le dépistage du cancer du col de l'utérus est le pourcentage de femmes (âgées de 20 à 69 ans) ayant bénéficié d'un test de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années. Le test de dépistage utilisé est le frottis cervical. Un test cytologique pratiqué à partir d'un frottis cervical peut détecter les stades précancéreux mais aussi les stades précoces ou avérés de cancer cervical. Si les anomalies sont traitées au plus vite, les chances de guérison du cancer augmentent.

- France : 76 % des femmes de 20 à 69 ans ont déclaré avoir fait un frottis cervical au cours des trois dernières années (2008)
- Rang de la France en Europe : ND
- Pays aux extrêmes : Autriche 82 % (données d'enquêtes (2006) / Lettonie 13% (2009) données de programme

Données : OCDE 2008
France : Enquête HSM

Le pourcentage de femmes dépistées pour le cancer du col de l'utérus en France compte parmi les plus élevés d'Europe

Avec 76% de femmes déclarant avoir été dépistées pour le cancer du col de l'utérus dans les trois années antérieures en 2008, la France se situe parmi les pays européens ayant les plus forts taux de dépistage du cancer du col de l'utérus. La même année, 82 % des femmes en Autriche ont déclaré avoir effectué un frottis cervical. Cela est vraisemblablement lié au fait que dans ce pays il est conseillé aux femmes de pratiquer cet examen tous les ans. Le pourcentage le plus faible est enregistré en Lettonie où seules 13 % des femmes ont été dépistées selon des données de programme en 2009 ; un classement formel n'est pas fourni car les données sont hétérogènes dans les années et leur origine (données d'enquêtes, données administratives de programmes).

Le pourcentage le plus faible est enregistré en Lettonie où seules 13 % des femmes ont été dépistées selon des données de programme en 2009 ; un classement formel n'est pas fourni car les données sont hétérogènes dans les années et leur origine (données d'enquêtes, données administratives de programmes).

Selon le premier rapport sur la mise en œuvre de la recommandation du conseil de l'Union concernant le dépistage du cancer, dans la plupart des pays de l'UE, il existe des politiques et des campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus.

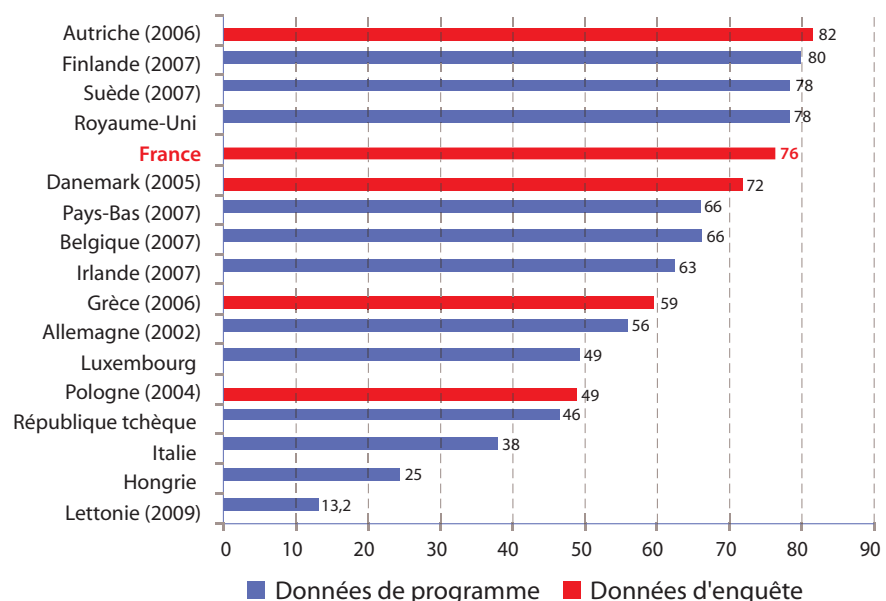
Sept pays européens (les Pays-Bas, le Danemark, la Finlande, la Hongrie, la Slovaquie, la Suède et le Royaume-Uni) possèdent des programmes de dépistage sur l'ensemble de leur territoire définissant une population cible. Dans onze pays (l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, la République tchèque, la France, l'Allemagne, la Grèce, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg et la Slovaquie), les programmes de dépistage s'étendent à l'ensemble du pays mais n'ont pas de population cible définie. Le classement de la France dans cette catégorie pose problème car il s'agit en fait de campagnes de sensibilisation au dépistage mais pas d'un programme national. Un cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été rédigé, et la réflexion sur la mise en place d'un programme national se poursuit à partir des expériences locales. Dans d'autres pays européens, tel l'Irlande, le Portugal, l'Italie et la Pologne, des projets de programmes de dépistage à l'échelle nationale sont en train de se mettre en place.

Le nombre de frottis cervicaux recommandés au cours de la vie des femmes diffère d'un pays à l'autre. Il varie de sept en Finlande, en Lituanie et aux Pays-Bas à plus de cinquante au Luxembourg et en Allemagne. Dans la plupart des pays, l'intervalle entre deux dépistages se situe entre trois et cinq ans. En France, il est de trois ans. Il existe également de grandes variations entre les pays pour la population cible bénéficiant du dépistage.

La pratique du dépistage varie selon l'âge et la catégorie socioprofessionnelle des femmes

Le Baromètre cancer 2005, l'ESPS 2006 et 2008 et l'enquête Handicap-Santé (HSM) 2008 permettent de connaître la part des femmes de 25 à 65 ans qui déclarent avoir eu un frottis cervical au cours des trois dernières années. Le recours au frottis cervical

Figure 1 **Pourcentage de femmes âgées de 20 à 69 ans ayant effectué un frottis cervical en 2008**



Source : OCDE, *Health at a Glance*, Europe 2010. France : enquête HSM

varie avec l'âge : il atteint son maximum entre 30 et 39 ans, où il dépasse 80 %, puis diminue avec l'âge. Les femmes âgées de 60 à 65 ans sont celles qui recourent le moins au frottis cervical, soit environ de 60 % à 70 %.

D'après l'enquête Handicap-Santé 2008, la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois ans précédant l'enquête varie selon l'activité, la catégorie professionnelle et le niveau de diplôme. Les femmes en activité professionnelle et ayant moins de 60 ans déclarent plus souvent avoir eu un frottis cervical dans les trois ans que les femmes inactives du même âge (84,8 % contre 72,4 %). Il en est de même pour les femmes de 25 à 65 ans qui ont un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat par rapport à celles qui ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (87,0 % contre 73,1 %). Le recours au frottis cervical dans les trois ans varie également en fonction du revenu : il est de 68,0 % chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu par unité de consommation (UC) est inférieur à 900 euros net par mois (1^{er} quartile), alors qu'il est de 84,9 % chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu par UC est supérieur à 1 750 euros net par mois (dernier quartile). En revanche, les femmes n'ayant pas de couverture médicale complémentaire déclarent moins fréquemment avoir pratiqué un frottis cervical dans les trois ans (62,1 % contre 80,5 %).

Méthodologie et comparabilité

Les données de l'OCDE proviennent selon les pays d'enquêtes nationales de santé ou des autorités nationales chargées d'évaluer les programmes de dépistage. En France, les données utilisées pour le graphique proviennent de l'enquête HSM de 2008. La comparaison entre les pays européens est affectée par le fait que la périodicité (intervalle entre chaque dépistage) ainsi que les groupes d'âge de femmes invitées à être dépistées varient selon les différents pays et que les données d'enquête peuvent surestimer les résultats en raison de problèmes de mémoire de dates. Les données seront à l'avenir issues des enquêtes EHIS effectuées entre 2007 et 2009 dont la partie française est HSM pour harmoniser la nature des données entre pays.

Ces enquêtes comprennent les questions suivantes :

- « Avez-vous déjà effectué un frottis cervico-vaginal ? » et
- « Quand avez-vous eu votre dernier FCV ?

Dans les douze derniers mois/

Il y a plus d'un an mais il y a moins de deux ans/

Il y a plus de deux ans mais il y a moins de trois ans/

Pas dans les trois dernières années ».

Ces données seront compilées par Eurostat.

A l'avenir, les données administratives issues des programmes seront utilisées de préférence en fonction de leur généralisation.

Bibliographie

Drees (2010). « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2009-2010 objectif 48, page 220.

Von Karsa L., Anttila A., et al. (2008). *Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on Cancer Screening. First Report. Luxembourg European Communities.*

InVS : « Evaluation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus »

<http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/cancers/index.htm>

Base de données : OCDE.

60 - Dépistage du cancer colorectal

L'indicateur sur le dépistage du cancer colorectal est défini comme le pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans déclarant avoir effectué un test de dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années.

En France, des données sur les taux de participation aux programmes organisés de dépistage sont disponibles ainsi que des données issues d'enquêtes en population. Dans ces enquêtes, il est demandé aux personnes enquêtées si elles ont bénéficié d'un test de dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles dans les deux ans précédant l'enquête ; il s'agit de données déclarées, aucune preuve n'est demandée pour justifier de la pratique effective de l'acte de dépistage. Ce dépistage peut avoir été fait en dehors du programme de dépistage organisé.

Les enquêtes de santé par interview en population (EHIS) permettent de recueillir cette information de façon standardisée dans les pays de l'Union européenne. En France, cette enquête (enquête HSM) a été réalisée en 2008. Les données pour l'ensemble des pays ne sont pas encore colligées par Eurostat à la date de réalisation de ce rapport.

Une pratique du dépistage du cancer colorectal pas encore généralisée et hétérogène au sein des pays membres de l'UE

En France, le cancer colorectal est la troisième localisation de cancer la plus fréquente chez l'homme et la deuxième chez la femme. Chaque année, plus de 37 000 nouveaux cas sont déclarés et le cancer colorectal est au deuxième rang des causes de décès par cancer (Francim 2007). En Europe, l'incidence ne varie pas beaucoup selon les pays, mais la France est l'un des pays où l'incidence du cancer colorectal est la plus élevée pour les deux sexes.

Il a été démontré qu'un programme de dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire la mortalité par cancer colorectal de 15 à 20% dès lors que le taux de participation de la population est égal ou supérieur à 50% et si une coloscopie est réalisée en cas de test positif (Favre 2009).

Des programmes de dépistage du cancer colorectal sont actuellement mis en œuvre ou en cours d'implémentation dans 19 des 27 pays membres de l'UE. L'approche populationnelle (dépistage organisé) recommandée par le Conseil de l'UE est implémentée dans 12 pays (Chypre, Finlande, France, Hongrie, Italie, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Espagne, Suède et Royaume-Uni).

La mise en œuvre des dépistages diffère d'un pays à un autre : les pays d'Europe du Nord appellent à la participation des personnes concernées par des invitations postales. En revanche, la France, face à une participation en réponse aux courriers postaux assez faible, a décidé d'associer les médecins traitants afin de mobiliser de manière plus soutenue la population cible (Favre *et al.*, 2009).

La population ciblée par le dépistage varie également d'un pays à un autre. La France propose un dépistage aux personnes âgées entre 50 et 74 ans tandis qu'au Royaume-Uni et en Finlande le groupe d'âge des 60-69 ans est visé (*Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on Cancer Screening*).

L'année 2008 a marqué en France une étape décisive avec la généralisation effective du programme national de dépistage organisé à l'ensemble du territoire national, métropolitain et d'outre-mer. Le dépistage est organisé au niveau départemental. Le test de dépistage est proposé tous les deux ans aux personnes de la tranche d'âge 50-74 ans qui ne présentent pas de risque particulier pour ce cancer. Une coloscopie doit être pratiquée en cas de test positif.

Évaluation du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal en France

Sur la période 2009-2010, près de 17 millions de personnes de 50 à 74 ans ont été invitées à se faire dépister et 5,14 millions d'entre elles ont adhéré au programme.

Le taux de participation nationale au dépistage sur cette période est de 34,0%.

Ce taux est inférieur à l'objectif européen minimal acceptable de 45% de participation et loin derrière le taux souhaitable de 65%.

La participation est plus élevée chez les femmes (36,5%) que chez les hommes (31,4%).

Chez les hommes, la participation la plus faible est observée pour les hommes les plus jeunes, c'est-à-dire âgés de moins de 60 ans au moment du test (taux de participation $\leq 28\%$). Après 60 ans, la participation des hommes augmente avec l'âge pour atteindre son maximum (36%) pour la tranche d'âge 70-74 ans.

L'évolution de la participation en fonction de l'âge est différente chez les femmes : si la participation la plus faible est également observée chez les femmes les plus jeunes (moins de 34% de participation pour les femmes de moins de 60 ans), elle est maximale pour la tranche d'âge 60-64 ans (41% de participation). La participation chez les femmes décroît ensuite pour atteindre 38%.

Quel que soit l'âge, la participation est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Un contact régulier avec un médecin traitant ainsi que la réalisation de tests de dépistage pour d'autres pathologies semblent favoriser le dépistage du cancer colorectal, (Goulard H. *et al.* 2009).

En France, en 2008, environ 20% des personnes de 50 à 74 ans déclaraient avoir effectué un test de dépistage datant de moins de 2 ans

Le volet français de l'enquête HSM 2008 révèle que 21% des hommes et 20% des femmes de 50-74 ans déclarent avoir réalisé un test de dépistage du cancer colorectal au cours des 2 années précédentes (Montaut 2010). Ces chiffres sont à interpréter en tenant compte du fait que l'enquête s'est déroulée au moment de la généralisation du programme national de dépistage.

Méthodologie et comparabilité

Le dépistage du cancer colorectal est moins largement pratiqué dans l'UE que celui des cancers du sein et du col de l'utérus. La collecte des données relatives à ce dépistage est également moins systématisée.

L'InVS, en charge de l'évaluation du programme, fournit les taux annuels de participation au programme de dépistage organisé à partir des données transmises par les structures départementales de gestion du programme de dépistage organisé.

Les enquêtes EHIS 2007-2009 réalisées dans les pays de l'Union européenne permettent d'estimer le pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans déclarant avoir effectué un test de dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années. Les données pour l'ensemble des pays seront bientôt disponibles, centralisées par Eurostat. Mais le fait que les politiques menées divergent et que les populations ciblées ne soient pas forcément les mêmes entraîneront des biais dans la comparabilité de cet indicateur. Par ailleurs, les données d'enquêtes déclaratives surestiment en général les taux de couverture des dépistages.

Bibliographie

Bélot A., Velten M., Grosclaude P. et al. (2008). « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005 ». Saint-Maurice (Fra) : InVS, décembre 2008, 132 p.

Disponible sur : www.invs.sante.fr.

Cancer Screening in the European Union. Report on the Implementation of the Council Recommendation on Cancer Screening

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf

Drees (2010). « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2009-2010 objectif 53, page 232.

Faivre, J. Lepage, C., Dancourt, V. (2009). « Le dépistage organisé du cancer colorectal en France et en Europe : historique et état des lieux », *BEH* Numéro thématique : « Dépistage organisé du cancer colorectal en France », pp. 17-19, 13 janvier 2009 / n° 2 - 3.

Francim. « La survie des patients atteints de cancers en France ». Springer Verlag, 2007.

Goulard et al. (2009). « Évaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer du côlon et du rectum en France », InVS.

Goulard H. et al. (2009). « Facteurs d'adhésion au dépistage du cancer colorectal en France », *BEH*, 2-3 : 25-28.

Goulard et al. « Évaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer colorectal en France : Résultats des programmes pilotes au-delà de la première campagne », InVS 2010.

Montaut A. (2010). « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes » ; *Etudes et résultats*, n° : 717, février 2010, Drees, <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>

Viguié J. (2009). « L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France », *BEH* Numéro thématique : « Dépistage organisé du cancer colorectal en France », pp. 19-22, 13 janvier / n° : 2 - 3.

61 - Première visite prénatale

L'indicateur retenu par le projet ECHIM est le pourcentage des femmes ayant leur première visite prénatale au premier, deuxième ou troisième trimestre de la grossesse ou n'en ayant eu aucune. Il s'agit de donner via cet indicateur la distribution des dates de la première visite prénatale selon le trimestre où elle a lieu quel que soit l'état de l'enfant à la naissance (vivant ou mort-né).

Une visite prénatale implique une consultation chez un professionnel de santé, c'est-à-dire un médecin généraliste, un obstétricien, une sage-femme ou une infirmière. Elle comporte un examen clinique et/ou la distribution de conseils relatifs à la grossesse. La prescription d'un test de grossesse ou la réservation d'une chambre à la maternité ne constituent pas des visites prénatales.

Cet indicateur est utilisé pour mesurer la prise en charge anténatale : un suivi insuffisant est un facteur de risque de mauvais résultats de santé périnatale.

En France, comme dans beaucoup de pays européens, les femmes ont dans leur très grande majorité une visite prénatale au cours du premier trimestre de grossesse

- France : 95,0% des femmes ont une visite prénatale au premier trimestre en 2003, 92,2% en 2010
- 2^e rang européen (ordre décroissant) en 2003, indéterminé en 2010
- Pays aux extrêmes : Finlande 95,9% / Malte 66,3%

Rapport européen sur la santé périnatale, 2008

Selon le rapport européen sur la santé périnatale (*European Perinatal Health Report 2008*), les femmes en France sont prises en charge dès le début de leur grossesse : en 2003, 95,0% des femmes ont eu une première visite prénatale pendant le premier trimestre de grossesse. La France était ainsi après la Finlande le pays où la part des femmes ayant bénéficié d'une visite prénatale dès le premier trimestre était le plus élevé de l'UE. Cette situation n'est pas nouvelle en France : dans le passé, l'organisation de la surveillance prénatale associée au versement d'allocations avant la naissance a favorisé un recours précoce des femmes à la surveillance médicale (Blondel *and* Zeitlin 2009). Cependant, d'après l'enquête conduite en 2010, pour la

première fois depuis la première enquête de 1995, le pourcentage de femmes ayant déclaré leur grossesse après le premier trimestre a augmenté de manière significative. En effet, 6,6% des grossesses ont été déclarées au cours du deuxième trimestre et 1,2% au cours du troisième trimestre en 2010, contre respectivement 4,3% et 0,6% en 2003. Cette évolution peut être mise en regard de la dégradation sociale de certaines femmes. On observe une surveillance prénatale tardive plus fréquente chez les femmes vivant dans un contexte social difficile.

Dans la plupart des pays où les données peuvent être comparées, plus de 90% des femmes ont leur première visite durant le premier trimestre de la grossesse (la semaine de gestation n'est pas précisée). En plus des deux premiers pays cités, c'est le cas également en Italie, Allemagne, République tchèque, Lettonie, Espagne*, Suède, Portugal et Slovénie. La proportion est plus faible en Estonie, Slovaquie, Lituanie,

* données recueillies sur la seule région de Valence.

Irlande, Royaume-Uni (Ecosse et Angleterre*) et Malte. A noter que, pour l'Estonie, les trimestres sont découpés en période de 12 semaines, ce qui peut expliquer des taux plus faibles, et que, pour Malte, les données fournissent la première visite à l'hôpital mais que celle-ci est souvent précédée par une visite dans le secteur privé (*European Perinatal Health Report 2008*). Dans les pays où l'indicateur est dûment consigné et suivi, 5 à 10% des femmes effectuent leur première visite lors du deuxième trimestre de la grossesse. Alors qu'il est reconnu qu'il est important de démarrer tôt le suivi de grossesse, ce pourcentage soulève des questions notamment sur la façon de permettre pendant la grossesse l'accès à des soins appropriés, en particulier pour les femmes les plus vulnérables.

Tableau 1
Pourcentage de femmes enceintes selon le moment de la première visite prénatale

	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	Aucune visite
Finlande	95,9	3,2	0,7	0,2
France (2003)	95,0	4,3	0,5	0,1
France (2010)	92,2	6,6	1,2	0
Italie	94,5	3,6	0,9	1,0
Allemagne	93,9	5,0	1,1	0
République tchèque	92,5	6,7	0,8	0
Lettonie	91,8			3,2
Espagne (province de Valence)	91,7	6,1	2,2	0
Suède	91,5	6,5	2,0	0
Portugal	91,2	7,7	1,1	0
Slovénie	91,1	7,5	0,9	0,5
Estonie	86,0	11,4	1,6	1,0
Slovaquie	79,5	14,9	2,5	3,1
Ecosse	78,3	17,3	4,4	0
Lituanie	74,5	21,2	4,3	0
Irlande	71,3	23,2	5,0	0,5
Malte	66,3	30,5	3,2	0
Angleterre	65,3	24,8	9,8	0

NB : Les données pour l'Espagne ne font référence qu'aux seules données de la province de Valence. Pour le Royaume-Uni, seules les données de l'Angleterre et de l'Ecosse sont disponibles.

Source : *European Perinatal Health Report 2008*.

Données françaises : Enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010, Drees et Inserm

La contribution des différents professionnels dans la surveillance médicale de la grossesse se diversifie en France

En France, au cours de la dernière période, la contribution des différents professionnels s'est diversifiée avec un rôle plus grand des généralistes et surtout des sages-femmes salariées en maternité ou libérales, qui sont des professionnels privilégiés pour le suivi des grossesses à bas risque. Concernant le professionnel qui a été consulté principalement au cours de la grossesse, il s'agit dans 66,8% des cas d'un gynécologue-obstétricien, dans 11,7% des cas d'une sage-femme et 4,7% des cas

* données manquantes pour 60% des accouchements

d'un généraliste. Cependant, si on considère l'ensemble des professionnels qui ont été consultés à un moment ou, un autre du déroulement de la grossesse, on constate par rapport à 2003 une augmentation des consultations chez un généraliste, un gynécologue obstétricien de ville et surtout par une sage-femme, puisque le pourcentage de femmes qui ont consulté une sage-femme en maternité est passé de 26,6% à 39,4% et une sage-femme hors maternité de 5,0% à 19,8%.(Blondel B. et Kermarec M., 2010).

En France, les déclarations de grossesse hors délai renvoient à des situations de fragilité

Selon l'enquête nationale périnatale conduite en 2010 (Blondel B. et Kermarec M., (2010) seules 0,5% des femmes françaises n'ont pas eu de déclaration de grossesse et ce pourcentage est le même qu'en 2003 et 1998. En revanche on constate que les déclarations tardives, au-delà de la limite fixée par la réglementation (fin du troisième trimestre), ont augmenté passant de 4,9% à 7,8%. Une légère tendance était déjà constatée auparavant puisque le pourcentage était de 4,4% en 1998, mais l'augmentation semble s'être accélérée entre les deux dernières enquêtes. L'augmentation des déclarations tardives pourrait provenir en partie d'une dégradation de la situation sociale pour certaines femmes.

En effet, d'après une analyse plus approfondie conduite sur l'enquête de 2003, les femmes qui ont déclaré leur grossesse hors du délai légal se caractérisent notamment par le fait de vivre seule, leur situation par rapport à l'emploi et leur nationalité. Ainsi, la part des femmes qui ont déclaré tardivement leur grossesse est quatre fois plus élevée chez celles qui vivent seules que chez celles qui vivent en couple. Les femmes qui ont déclaré leur grossesse hors du délai légal sont aussi plus souvent inactives que les autres ou de nationalité étrangère. Ainsi, 8,5% des inactives ont déclaré leur grossesse au 2^e ou 3^e trimestre contre seulement 2,5% des actives. De même, 4% seulement des Françaises ont déclaré leur grossesse au 2^e ou 3^e trimestre en 2003, alors que ce retard concerne 10% des femmes ayant la nationalité d'un pays d'Afrique du Nord et 21% d'un pays d'Afrique subsaharienne (Scheidegger S. et Vilain A., 2007.)

Méthodologie et comparabilité

Aucune donnée relative à la date de la première visite prénatale n'est disponible sur les bases de données d'Eurostat, de l'OMS ou de l'OCDE. Le rapport européen sur la santé périnatale (Euro-Peristat *project with SCPE Eurocat Euroneostat* 2008) les fournit sur la base d'une interrogation des pays participants au projet, au cours de l'année 2004. Au niveau national, les données proviennent généralement des registres de naissances et des enquêtes périnatales.

Les méthodes et la date de collecte des données sont variables d'un pays à l'autre, ce qui peut être à l'origine de différences et de biais surtout si ce sont les femmes qui sont interrogées et d'autant plus si elles le sont juste après la naissance ou plus tard (de manière rétrospective). Il est important que cette information soit recueillie pendant la grossesse. En France, les données correspondent à la date de déclaration de la grossesse qui, en général, est effectuée après la première échographie lors de la deuxième visite.

En France, des enquêtes nationales périnatales sont réalisées à intervalle régulier. La dernière enquête publiée a été réalisée en 2010. Au niveau national, l'enquête est coordonnée par la Drees et l'Unité de recherches épidémiologiques sur la santé périnatale et la santé des Femmes et des enfants (U 953) de l'Inserm.

Euro-Peristat a pour projet de mettre en place un système d'information pérenne au niveau européen, afin de fournir des chiffres en routine et de mesurer l'évolution des indicateurs de santé périnatale sur le long terme (Blondel *and* Zeitlin 2009). Il serait intéressant aussi pour avoir une comparaison plus fine des systèmes de santé et de leurs fonctionnements, comme l'indique le rapport européen de santé périnatale (Euro-Peristat project 2008), de ventiler l'indicateur par niveau d'éducation et pays de naissance.

Bibliographie

Euro-Peristat project with SCPE Eurocat Euroneostat (2008). *European Perinatal Health Report*

Blondel B. et Kermarec M. (2010). Enquête Nationale périnatale. «Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003».

Synthèse effectuée par le bureau «État de santé de la population» (Drees) à partir de l'analyse et du rapport réalisé par Blondel B. et Kermarec M. (U953 Inserm (2011). La situation périnatale en France en 2010. *Études et résultats*, Drees, n° 775, octobre.

Blondel *and* Zeitlin (2009). «La santé périnatale : la situation de la France par rapport aux autres pays de l'Union européenne», *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 38(2) : 103-105.

Blondel B., Supernant K., *et al.* (2005). Enquête nationale périnatale, 2003 Situation en 2003 et évolution depuis 1998, Inserm.

Scheidegger S. et Vilain A. (2007). «Disparités sociales et surveillance de grossesse», *Études et résultats*, Drees, n° : 552, janvier.

62 - Lits d'hôpitaux

L'indicateur sur les lits d'hôpitaux dénombre les lits hospitaliers disponibles par 100 000 personnes. Le total des lits hospitaliers inclut les lits d'hôpitaux qui sont maintenus de façon continue et pour lesquels des ressources humaines sont allouées et immédiatement disponibles pour les soins des patients admis. Les lits d'hôpitaux se divisent en plusieurs sous-catégories avec d'une part les lits de soins aigus, les lits de soins psychiatriques, les lits de longs séjours (hors lits de soins psychiatriques) et les autres lits hospitaliers.

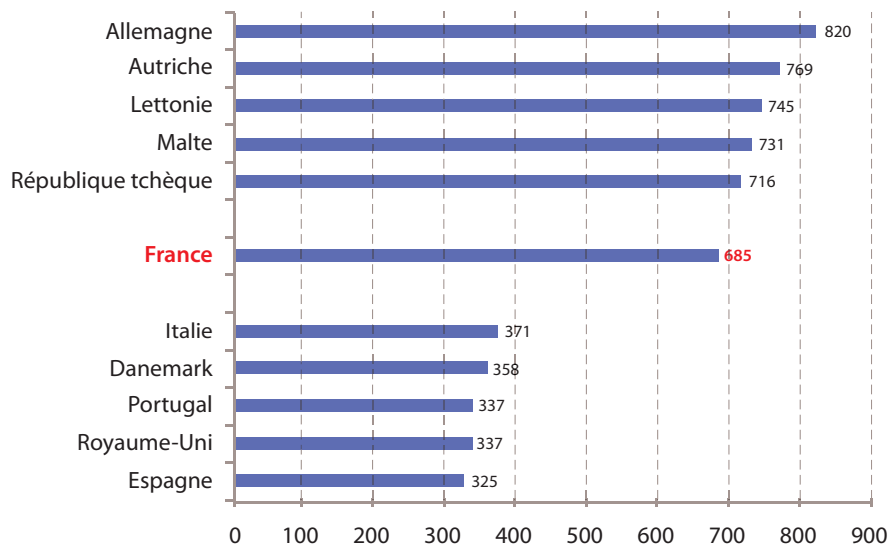
La France dans la moyenne haute de l'UE

- France : 685 lits pour 100 000
- 8^e rang sur 25 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes :
Allemagne 820 lits pour 100 000/ Espagne 325 lits pour 100 000)

Données : Eurostat, 2008

En 2008, la France se classe au 8^e rang par ordre décroissant du classement des pays européens avec 685 lits pour 100 000 habitants. L'analyse de la situation des États-membres de l'UE révèle des situations très hétérogènes. L'Allemagne et l'Autriche appartiennent au groupe des pays disposant des taux de lits hospitaliers les plus élevés avec un taux autour de 800 lits pour 100 000 personnes. A l'autre extrême, l'Espagne, le Royaume-Uni et le Portugal décomptent deux fois moins de lits hospitaliers, avec des taux inférieurs à 400 lits pour 100 000 personnes.

Figure 1 **Comparaison des taux de lits d'hôpitaux (nombre de lits pour 100 000 personnes) dans l'UE en 2008**



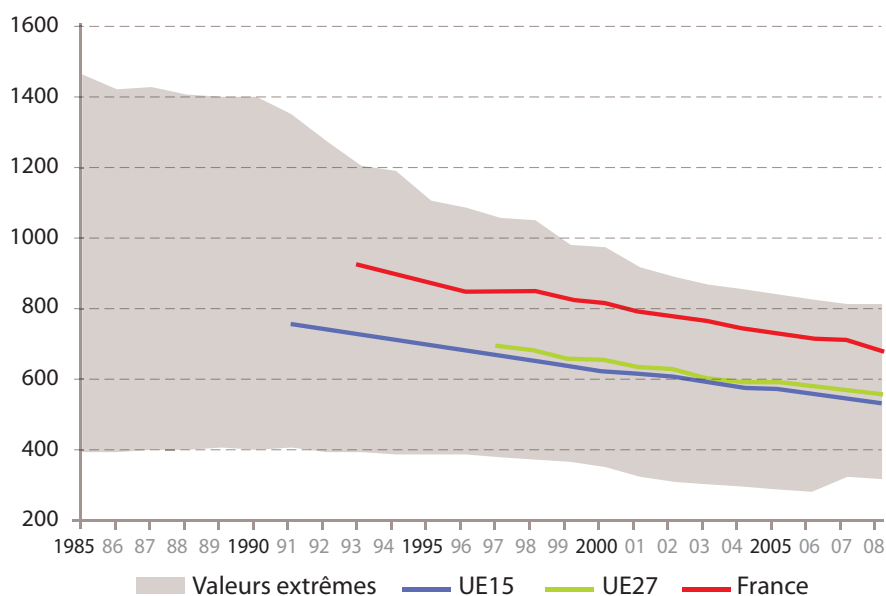
Source : Eurostat. Données françaises : Drees

Depuis 1985, la tendance est à la diminution régulière du nombre de lits d'hôpitaux en Europe ; la réduction globale atteint 15 %. La réduction du nombre de lits hospitaliers s'appuie sur l'utilisation plus efficace des lits disponibles et sur la progression de la pratique ambulatoire.

Cette réduction peut aussi être attribuable en partie aux décisions de transfert d'une partie du système de soins de santé au secteur social.

Figure 2 **Evolution du taux de lits d'hôpitaux (nombre de lits pour 100 000 personnes) en France et dans l'UE entre 1985 et 2008**

NB : Les données pour la France sont disponibles pour les années 1993, 1996 et 1998-2008. La moyenne UE15 est disponible pour les années 1991, 1997-2005 et 2008. La moyenne UE27 est disponible pour les années 1997-2005 et 2008.



Source : Eurostat. Données françaises : Drees PMSI depuis 1994 et enquêtes EHP, H80 et H70 (années précédentes)

En France, l'évolution du nombre de lits entre 1993 et 2008 se caractérise également par une baisse continue, passant d'un nombre de lits de 922 à 685 pour 100 000 personnes. Il faut toutefois noter que la situation française reste supérieure à la moyenne européenne (UE15 et UE27) sur l'ensemble de la période 1993-2008.

Méthodologie et comparabilité

Cet indicateur pose des problèmes de comparabilité liés à des divergences dans le mode de comptage d'un pays à l'autre, et des schémas d'organisation des soins hospitaliers parfois très différents (McKee, 2004). La définition exacte sur ce qu'est un lit hospitalier est une question importante. En effet, différents types de lits hospitaliers existent selon le type de patient. La qualité des données est également altérée dans certains cas par la comptabilisation d'un certain nombre de lits qui ne devraient pas l'être, par exemple les lits dédiés à la famille du patient.

Les données présentées sont issues d'Eurostat. Les lits d'hôpitaux sont tous les lits d'hôpitaux qui sont régulièrement entretenus, dotés de personnel et immédiatement disponibles pour les soins des patients admis. Sont pris en compte les lits de soins curatifs, de psychiatrie, de soins de longue durée (lits de psychiatrie exclus), et les autres lits. Les chiffres font référence à une moyenne annuelle.

Les données pour la France proviennent depuis 1994 de la Drees et des enquêtes EHP, H80 et H70 pour les années précédentes.

Bibliographie

McKee M. (2004). « *Reducing hospital beds: what are the lessons to be learned?* » *Policy Brief n° 6, European Observatory on Health Systems and Policies.*

Les capacités d'accueil à l'hôpital dans « les établissements de santé en 2007 » : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2007-c2f2_capacites.pdf

Base de données : Eurostat.

63 - Médecins en activité

Concernant les médecins Eurostat, l'OMS et l'OCDE ont adopté des définitions communes qui distinguent :

- 1) médecins soignants (apportant des soins directs aux patients)
- 2) professionnellement actifs (médecins en exercice et autres médecins pour lesquels la formation médicale est un pré-requis pour leur activité professionnelle)
- 3) habilités à exercer (les deux précédentes catégories ainsi que les médecins enregistrés et ayant le droit de pratiquer comme professionnels de santé).

Dans le contexte de la comparaison des systèmes de santé, ECHIM retient la première notion comme décrivant au mieux la disponibilité des ressources. Cependant, les données pour la France correspondent à la deuxième (professionnellement actifs).

Très légèrement plus de médecins en activité en France que la moyenne européenne

Pour 100 000 personnes

- France : 335
- 13^e rang sur 27 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes :
Grèce 612/100 000/
Pologne 217/100 000

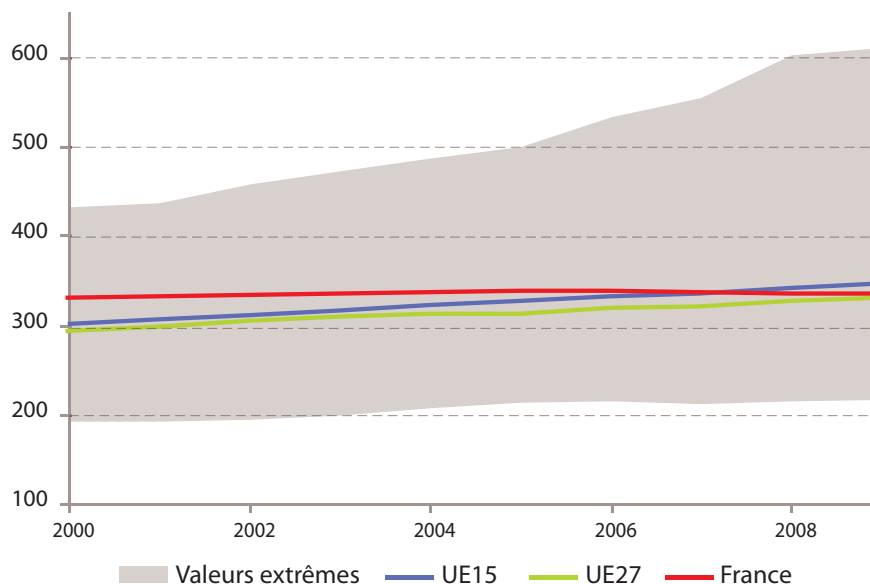
Données : OMS, 2009
(Eco-Santé pour la France)

Le nombre de médecins en activité en France était de 335 pour 100 000 personnes en 2009, très légèrement au-dessus de la moyenne européenne qui se situait à 330 médecins pour 100 000 personnes, mais en dessous de la moyenne de l'UE15 que l'on notait à 346 pour 1000. C'est en Grèce que se trouve la plus grande proportion de médecins par habitant (612 pour 100 000 en 2009) très loin devant l'Autriche (468 praticiens pour 100 000 habitants). La Pologne et la Roumanie comptent les plus faibles proportions (respectivement 217 et 226 praticiens pour 100 000 personnes).

Après une très forte augmentation, la densité de médecins en activité est à peu près stable depuis l'an 2000 en France, alors qu'elle continue à augmenter dans l'UE

Comme dans tous les pays européens, le nombre de médecins en activité a fortement augmenté en France depuis trente ans (de 194 pour 100 000 habitants en 1980 à 335 pour 100 000 en 2009), soit une augmentation des 2/3 en 30 ans. Par contre cette densité est restée pratiquement stable depuis l'an 2000 alors qu'elle continuait à croître à un taux annuel moyen de 1,5% au sein de l'Union européenne. Cette augmentation se constate dans l'ensemble des pays à l'exception de la Slovaquie (légère décroissance) et de l'Italie (stabilité). L'augmentation est spectaculaire en Irlande avec une augmentation de près de 50% qui conduit au rattrapage de la moyenne européenne mais aussi de la Grèce dont la densité est désormais le double de la moyenne de l'Union européenne. En Irlande, une large part de l'augmentation est due au recrutement de médecins formés à l'étranger, ce qui conduit leur proportion à passer de 11 % à 35 % entre 2000 et 2008 (*Health at a Glance*, 2010).

Figure 1 **Evolution du nombre de médecins en activité en France et dans l'UE** entre 2000 et 2009 pour 100 000 habitants



Source : OMS. Données françaises : Eco-Santé France, Adeli

Une diminution récente du nombre de médecins en activité qui devrait s'accélérer

L'âge moyen des médecins en activité en France est de 50 ans et les plus de 50 ans représentent 57 % des médecins.

Le nombre de médecins en activité en France a atteint un maximum historique en 2009 avec 210 000 médecins et selon les projections de la Drees, il va décroître de près de 10 % dans la décennie qui s'ouvre, avec les départs en retraite des générations nombreuses, avant de remonter dans les années 2020 sous l'effet du *numerus clausus* actuel. Cette remontée s'accompagnera d'un rajeunissement sensible du corps médical.

Méthodologie et comparabilité

Depuis 2010, Eurostat, l'OMS et l'OCDE recueillent au moyen d'un questionnaire commun des données concernant les systèmes de santé sur la force de travail, les lits et les équipements en imagerie médicale.

Concernant le personnel en activité, les trois organisations ont adopté des définitions communes qui distinguent :

- 1) les personnels soignants (apportant des soins directs aux patients)
- 2) les personnels professionnellement actifs (médecins en exercice et autres médecins pour lesquels la formation médicale est un pré-requis pour leur activité professionnelle)
- 3) les personnels habilités à exercer (deux précédentes catégories ainsi que les médecins enregistrés et ayant le droit de pratiquer comme professionnels de santé).

Dans le contexte de la comparaison des systèmes de santé, ECHIM retient la première notion comme décrivant au mieux la disponibilité des ressources. Cependant, les

données pour la France correspondent à la deuxième (professionnellement actifs). La Grèce et l'Italie sont également dans ce cas ce qui a pour effet d'augmenter de 5 à 10% les effectifs par rapport à la première notion. D'autres pays répondent en fonction de la troisième notion (Pays-Bas, Irlande). En plus de cette différence dans les concepts retenus, une autre difficulté dans l'harmonisation des données porte sur la période de référence : quelques pays fournissent des moyennes annuelles plutôt que des estimations en fin d'année.

Les données françaises sont issues de la Drees. Elles renvoient aux médecins en activité de la France entière, qu'ils soient libéraux ou salariés. Les médecins libéraux sont les médecins enregistrés au répertoire Adeli – Automatisation des listes – et travaillant à temps plein ou partiel dans le secteur privé. Les médecins salariés sont les médecins enregistrés à l'adeli qui exercent exclusivement et à plein temps dans le secteur public. Les médecins stomatologistes sont inclus dans les chiffres présentés mais pas les dentistes.

L'analyse du nombre de médecins en activité ne suffit pas à refléter le potentiel mobilisable de ressources humaines médical. Il faudrait aussi tenir compte de la féminisation de la profession actuelle, de la diminution du temps de travail, de l'augmentation des activités associées de type administratif, toutes variables en fonction des pays européens et qui ont pour conséquence une diminution du temps de travail « médical » effectif des médecins. Il ne reflète pas non plus les problèmes de répartition médicale sur les territoires qui dépendent des politiques sanitaires propres à chaque pays.

Bibliographie Bases de données : Eurostat, OMS, OCDE, Eco-Santé.

OCDE (2010). *Health at a Glance* : Europe 2010.

Drees Série Statistiques - 152 - Les médecins au 1^{er} janvier 2010.

64 - Personnel infirmier en activité

L'indicateur retenu par le projet ECHIM est le nombre total du personnel infirmier et des autres personnels de soins pour 100 000 habitants. Une infirmière (qualifiée, c'est-à-dire diplômée d'Etat ou spécialisée) est une personne qui a suivi et obtenu un diplôme validant une formation en soins infirmiers et qui est autorisée à ce titre à pratiquer dans son pays dans le cadre de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, des soins auprès des malades et de la rééducation.

Pour mémoire, la profession de sage-femme est reconnue dans certains pays comme profession médicale à part entière, comme c'est le cas en France. Mais ce n'est pas le cas dans tous les pays. L'indicateur ECHI les retient dans le même chapitre que les infirmiers, mais cela ne correspond pas à la situation de la France et nous ne les avons pas intégrées dans ce chapitre. D'ailleurs, ECHI n'analyse pas non plus certaines autres professions de santé, médicales ou non, comme les dentistes, les pharmaciens, les kinésithérapeutes.

L'indicateur prend aussi en compte les personnels aides-soignants. Cependant comme ces professions ne sont en général pas réglementées, la disponibilité des données dans les bases internationales est limitée.

Le taux de personnel infirmier en activité en France est semblable à la moyenne européenne

Personnel infirmier pour 100 000 habitants

- France: 826
- 9^e rang sur 25 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Danemark 1 477 / Grèce 330

Données : Eurostat et OMS 2009
Drees pour la France

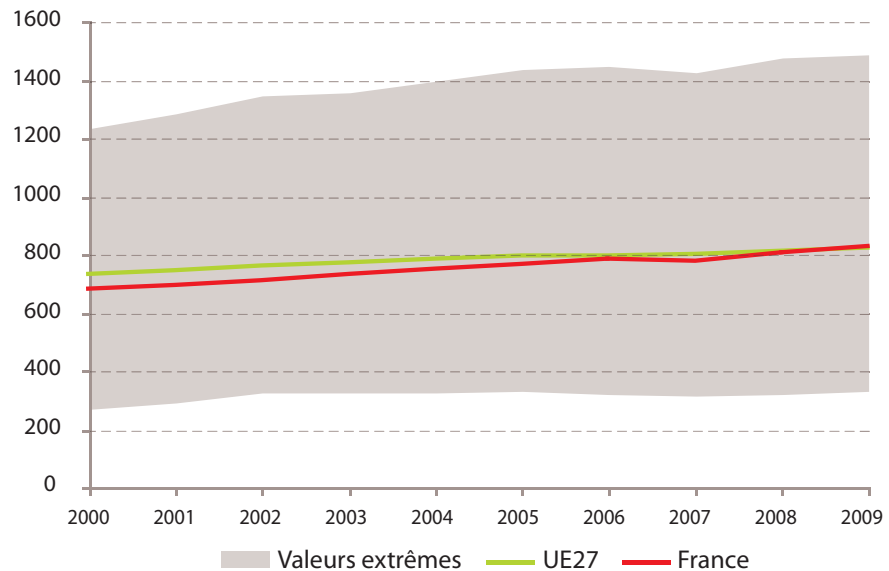
En 2009, la France possède 826 personnels infirmiers pour 100 000 habitants, ce qui la place largement derrière le Danemark (1 477/100 000 habitants), la Finlande (1 284/100 000 habitants), l'Irlande (1 282/100 000) et l'Allemagne (1 099/100 000). La France se situe au niveau de la moyenne des pays de l'UE27 calculée par l'OMS (824 personnels infirmiers pour 100 000 habitants). A l'autre extrême se trouve la Grèce avec un taux de 330, nettement plus bas que la Bulgarie (423) et que Chypre (466). La Grèce a ainsi la particularité d'avoir deux fois plus de médecins que d'infirmiers (voir fiche 63). Le personnel infirmier constitue le plus grand groupe

dans tous les systèmes de santé (Dubois *et al.* 2006). Contrairement à la médecine, le métier d'infirmier est historiquement considéré comme une profession féminine et reste en pratique très majoritairement féminin.

Le personnel infirmier est en constante augmentation

Le nombre de personnels infirmiers a augmenté dans tous les pays européens au cours des dernières décennies, à quelques exceptions près (Lettonie, Lituanie, Slovaquie). En France, conformément à cette évolution, il est passé de 634 pour 100 000 habitants en 1998 à 826 pour 100 000 habitants en 2009, soit une augmentation de 30 % en 11 ans. On estime que, dans les 25 prochaines années, la population en âge de travailler va diminuer au sein des pays de l'UE15. Les conséquences de cette évolution sur la main d'œuvre infirmière sont déjà visibles. Les pays tels que le Danemark, la Suède et la France constatent un vieillissement du personnel infirmier en activité, avec une moyenne d'âge actuelle située entre 41 et 45 ans.

Figure 1 **Personnel infirmier en activité en France et en moyenne dans l'UE27 entre 2000 et 2009 pour 100 000 habitants**



Source : Eurostat et OMS pour le calcul de la moyenne. Données françaises : Drees

Le taux de personnel aide-soignant est relativement élevé en France

Personnel aide-soignant pour 100 000 habitants

- France : 806
- 4^e rang sur 19 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Finlande 2070 / Portugal 28

Données : Eurostat 2009

En complément des personnels infirmiers, les données disponibles sur les personnels classés aides-soignants font apparaître des taux élevés en France comparativement aux pays pour lesquels ces données sont disponibles dans les bases internationales. La très grande variété des taux indiqués (de 2 070 en Finlande à 28 au Portugal) montre que ces données reflètent des différences importantes dans l'organisation des systèmes de santé mais également de classements dans les nomenclatures de professions.

En prenant en compte l'ensemble des personnels soignants (infirmiers et aides-soignants), l'OCDE classe la France en troisième position après le Danemark et les Pays-Bas mais, pour une série de pays ayant une densité d'ensemble de personnels soignants équivalente (Irlande, Finlande, Luxembourg, Allemagne), les données concernant les aides-soignants sont absentes.

Depuis 2005, Eurostat, l'OCDE et l'OMS utilisent le même questionnaire pour collecter les données relatives aux ressources humaines auprès des services de soins.

Les concepts utilisés sont :

- 1) agents exerçant (apportant des soins directs aux patients)
- 2) agents professionnellement actifs (agent en exercice et autres agents pour lesquels la formation est un pré-requis pour leur activité professionnelle)
- 3) agents habilités à exercer (les deux précédentes catégories ainsi que les agents enregistrés et ayant le droit de pratiquer comme professionnels de santé).

Des différences existent dans la capacité des pays à couvrir l'ensemble des secteurs d'activité et dans les dates de référence. Par ailleurs, les données sont transmises par accord informel car il n'y a pas encore de cadre légal concernant ce domaine. Un problème majeur porte sur les différences de champ de compétences et de statut entre professions selon les pays. Certains pays, par exemple, incluent les sages-femmes dans leurs statistiques du personnel infirmier. Par conséquent, la comparabilité entre pays européens est limitée.

Les données pour la France correspondent plus précisément au concept de professionnellement actif, qui a pour effet d'augmenter de 5 à 10 % les effectifs par rapport à la première notion. Les données françaises sont issues de la Drees. Elles renvoient aux personnels en activité de la France entière, qu'ils soient libéraux ou salariés, enregistrés au répertoire Adeli.

- Bibliographie** Dubois C. A., McKee M., Nolte E. (2006). *Human Resources for Health in Europe. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies.*
- International Council of Nurses (ICN) (2002). Nursing workforce profile 2002. www.icn.ch/
- OCDE (2010). *Health at a Glance, Europe 2010.*
- Bases de données : Eurostat, OMS, OCDE, Ecosante.
- Drees Série Statistiques - 144 - Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010.

65 - Mobilité des professionnels

Indicateur en développement

66 - Equipement en imagerie médicale

L'indicateur retenu concernant les technologies médicales correspond au nombre de scanners et d'unités d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour 100 000 habitants. Ces technologies sont utilisées pour obtenir des images d'organes internes et de structures du corps humain. L'existence de ces équipements est un indicateur de modernité des services de soins. Cependant il ne permet pas de juger de la pertinence du taux par rapport aux besoins. Les données demandées pour le questionnaire conjoint par Eurostat, l'OMS et l'OCDE concernent les unités situées à l'hôpital et en ambulatoire.

IRM pour 100 000 habitants :

- France : 0,6 unité d'IRM
17^e rang sur 26 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Grèce 2,2/ Roumanie 0,2

Scanners :

- France : 1,1 scanner - 20^e rang sur 26 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Chypre 3,4 / Roumanie 0,3

Données : Eurostat 2009

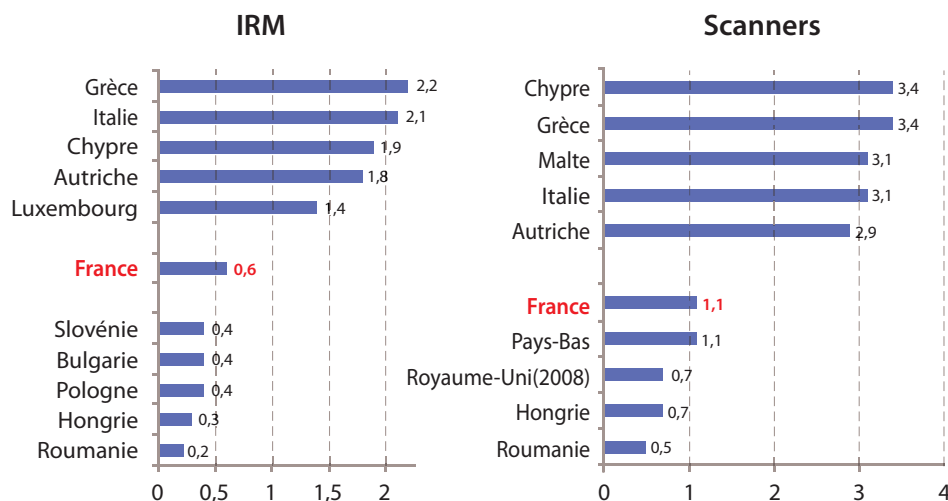
La France présente un faible nombre de scanners et d'unités d'IRM par habitant

En 2009, la France était l'un des pays possédant le moins d'unités d'IRM et de scanners pour 100 000 habitants (respectivement 0,6 et 1,1) parmi les pays de l'UE. La Roumanie et la Hongrie présentent les taux les plus faibles et également la Pologne, la Bulgarie et la Slovaquie pour les IRM et le Royaume-Uni pour les scanners. Les Pays-Bas se situent au niveau de la France pour les scanners mais au-dessus pour les IRM. Inversement, la Grèce, Chypre, l'Italie et l'Autriche affichent les taux les plus élevés ainsi que Malte pour les scanners. Les différences sont considérables puisque leurs taux sont aux alentours du triple du taux français. La Grèce présente la caractéristique

qu'une nette majorité des équipements sont installés dans des centres de diagnostics privés alors que dans l'ensemble des autres pays le secteur public est largement prédominant.

Figure 1 **Comparaison des taux d'équipement en IRM et en scanners dans l'UE en 2009**
Pour 100 000 habitants

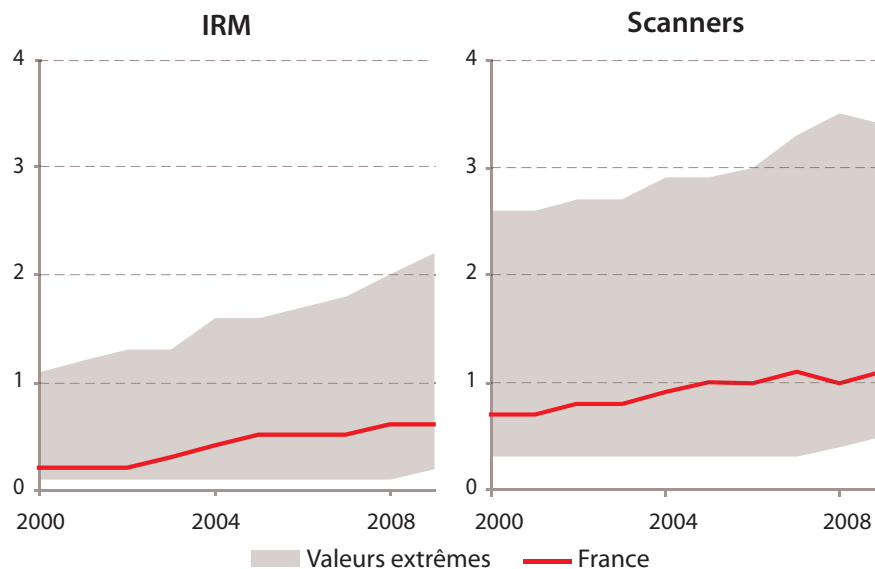
NB : l'équipement en ambulatoire est pris en compte de façon partielle pour la France pour les IRM et les scanners. Le secteur privé est exclu pour le Royaume-Uni.



Source : Eurostat, données françaises : Drees

Figure 2 **Evolution du taux d'équipement en France et dans l'UE entre 2000 et 2009**
Pour 100 000 habitants

NB : l'équipement en ambulatoire est pris en compte de façon partielle pour la France pour les IRM et les scanners. Le secteur privé est exclu pour le Royaume-Uni



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

Le classement en encadré est établi par ordre décroissant mais il n'existe pas de recommandation générale concernant le taux optimal d'équipements d'imagerie par unité de population. Un taux trop faible peut induire des difficultés en termes d'accessibilité géographique ou de listes d'attente, mais un taux élevé peut conduire à des examens superflus coûteux sans véritable bénéfice pour le patient.

Le taux d'équipement des pays européens en scanners et unités d'IRM augmente depuis l'an 2000

Le nombre d'unités d'IRM pour 100 000 habitants augmente dans la plupart des pays européens, à l'exception notable du Royaume-Uni. Sur 9 ans, certains taux d'augmentation sont considérables (multiplication par six en Slovaquie et à Chypre, par sept au Luxembourg, même si pour les petits pays cela représente un petit nombre d'unités (de 1 à 7 au Luxembourg, de 2 à 15 à Chypre). L'augmentation est importante en Italie avec un facteur multiplicatif de 2,6. Le taux de la France triple mais à partir d'un niveau initial faible. Comme dans la plupart des pays européens, le nombre de scanners augmente également en France mais à un rythme plus faible que pour les unités d'IRM (+ 60%). Les taux d'accroissement les plus élevés (triplement en Pologne, Lituanie et Lettonie) permettent des rattrapages à partir de taux initiaux bas. Le taux de Chypre double et devient ainsi le plus élevé alors que ceux de l'Autriche et du Luxembourg qui étaient les plus hauts en 2000 restent stables sur la période.

Méthodologie et comparabilité

Les données nationales, qui sont désormais collectées chaque année par Eurostat, l'OCDE et l'OMS à partir d'un questionnaire commun, présentent des limites en matière de comparaison car les pays répondent à partir de sources administratives diverses. Il peut se poser un problème pour la période de référence (les données sont demandées au 31 décembre mais peuvent correspondre en certains cas à une

moyenne annuelle). La principale difficulté porte sur le champ couvert : de façon générale, les données fournies correspondent aux équipements installés dans tous les établissements sanitaires et médico-sociaux, secteur hospitalier et ambulatoire compris. Cependant, dans certains cas, seules les données des hôpitaux sont transmises (Allemagne, Belgique, Espagne). Pour la France, l'équipement en ambulatoire est pris en compte de façon partielle. Enfin le secteur privé est exclu pour le Royaume-Uni.

Les données pour la France proviennent de la Drees sur la base des Statistiques annuelles des établissements de santé publics et privés (SAE).

Bibliographie *Health at a glance, Europe 2010* OCDE
Bases de données : Eurostat et OCDE

67 - Hospitalisation complète

L'indicateur sur les séjours en hospitalisation complète consiste à dénombrer les séjours d'au moins une nuit des patients de tous les hôpitaux durant l'année calendaire, classés par diagnostic principal du séjour à l'hôpital. Les regroupements de codes diagnostics sont définis dans la liste ISHMT (voir méthodologie). Chaque cause d'hospitalisation est exprimée en taux pour 100 000 personnes.

Cet indicateur est le plus couramment utilisé pour mesurer l'activité des services hospitaliers. Il permet également d'avoir une approximation de la charge qu'une maladie spécifique représente pour les services de santé. Des différences importantes sont observées pour les différentes pathologies. Elles reflètent probablement des différences aussi dans l'organisation de la prise en charge et notamment de la répartition entre hospitalisation complète et hospitalisation ambulatoire (moins de 24 heures).

Pour cet exercice de comparaisons internationales, les diagnostics principaux suivants ont été sélectionnés, car ils représentent des causes majeures d'hospitalisation des patients :

- 1) Maladies de l'appareil circulatoire
- 2) Cancers
- 3) Maladies du système digestif
- 4) Complications de grossesse, accouchement et puerpéralité
- 5) Lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes

Les taux d'hospitalisations en France sont dans la moyenne basse des pays de l'Union européenne pour le taux d'ensemble des séjours hospitaliers

Chypre, l'Espagne, Malte, les Pays-Bas et le Royaume-Uni présentent les taux d'hospitalisation complète les plus bas en 2009, alors que les taux les plus élevés sont constatés en Autriche, en Bulgarie, en Allemagne, en Roumanie et en Lituanie.

Les pays ayant un faible taux de lits par habitant ont de façon générale un faible taux de séjours hospitaliers : ceci est le cas par exemple de l'Espagne, du Royaume-Uni, du Portugal ou de Chypre. En sens inverse, l'Allemagne et l'Autriche qui présentent les taux de lits par habitant les plus élevés ont également des taux de séjours hospitaliers très élevés mais ceci est moins le cas de la Lettonie et surtout de Malte qui, classée au quatrième rang par ordre décroissant pour le taux de lits d'hôpitaux, se situe par contre au vingt-cinquième pour celui des taux de séjours.

Les classements des pays sur les taux globaux de séjours se retrouvent dans l'ensemble pour les pathologies sélectionnées, ce qui est une indication qu'ils sont déterminés en premier lieu par les pratiques et les modes d'organisation des systèmes de santé avant de l'être par les fréquences relatives des pathologies.

La France se situe dans la moyenne basse de l'Union européenne pour le taux d'ensemble des séjours hospitaliers, ce classement pour le taux global étant influencé par les deux grandes pathologies sélectionnées (maladies de l'appareil circulatoire, cancers), alors que le classement relatif est plus élevé pour les trois autres (maladies du système digestif, complications de grossesse, accouchement et puerpéralité, lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes).

Taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants		
<p>Séjours hospitaliers totaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 16 035 séjours • 11^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Chypre (2007) 7 500 / Autriche 27 840 	<p>Maladies de l'appareil circulatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 1 920 séjours • 8^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Chypre (2007) 870 / Lituanie 4 283 	<p>Cancers</p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 1 178 séjours • 9^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Chypre (2007) 519 / Autriche 2 947
<p>Maladies du système digestif</p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 1 555 séjours • 17^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Chypre (2007) 731 / Roumanie 2 508 <p>Données : Eurostat, 2009</p>	<p>Complications de grossesse, accouchement et puerpéralité</p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 1 549 séjours • 16^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Chypre (2007) 409 / Irlande 2 679 	<p>Lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes</p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 1 378 séjours • 15^e rang sur 26 pays européens (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Portugal 704 / Autriche 3 140

Figure 1 **Comparaison des séjours en hospitalisation complète pour l'ensemble des séjours hospitaliers dans l'UE en 2009 pour 100 000 personnes**

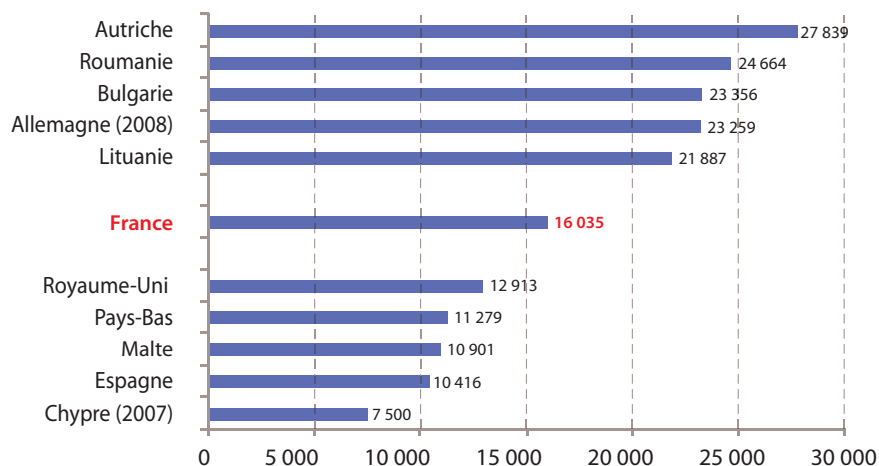


Figure 2 **Comparaison des séjours en hospitalisation complète pour maladies de l'appareil circulatoire dans l'UE en 2009 pour 100 000 personnes**

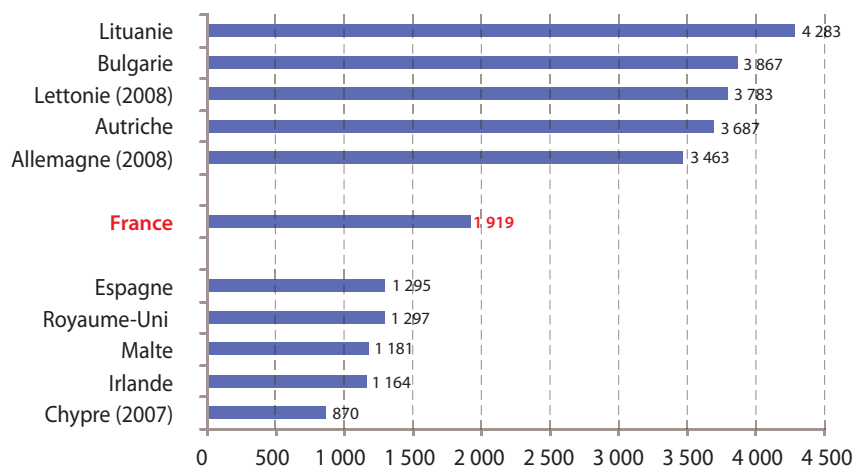
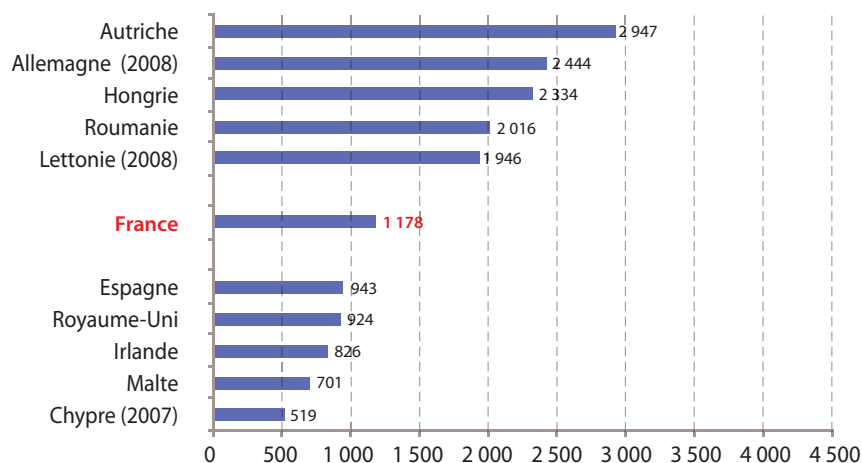


Figure 3 **Comparaison des séjours en hospitalisation complète pour cancers dans l'UE en 2009 pour 100 000 personnes**



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

Figure 4 **Comparaison des séjours en hospitalisation complète pour maladies du système digestif dans l'UE pour 100 000 personnes**

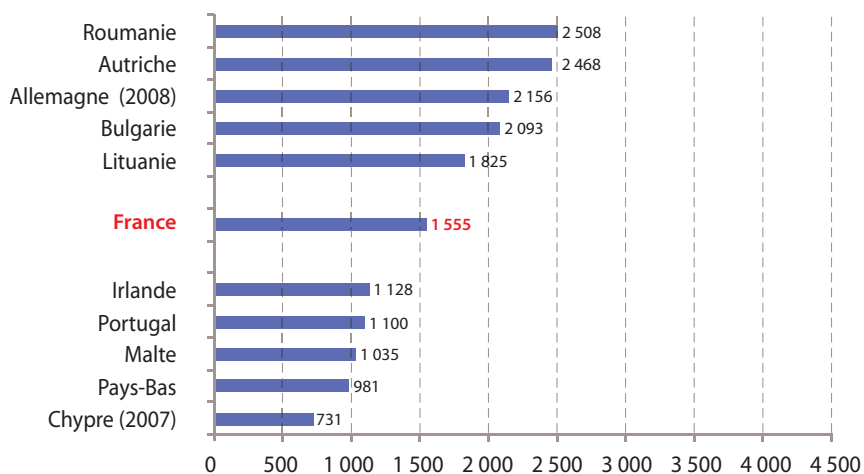


Figure 5 **Comparaison des séjours en hospitalisation complète pour complications de grossesse, accouchement et puerpéralité dans l'UE pour 100 000 personnes**

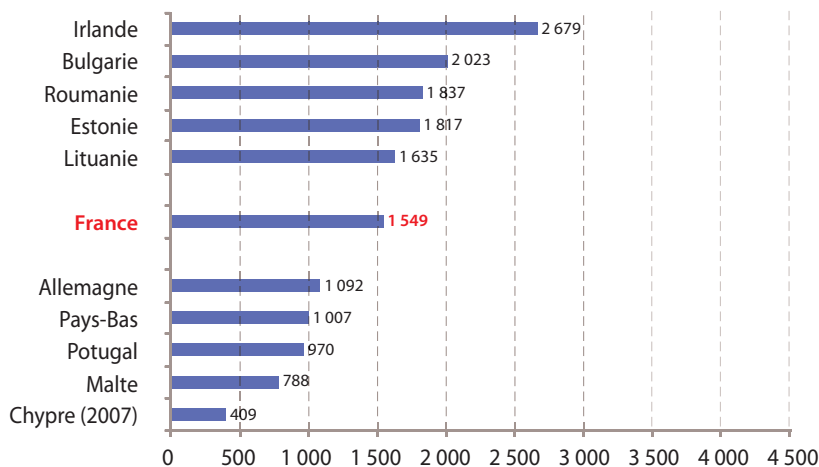
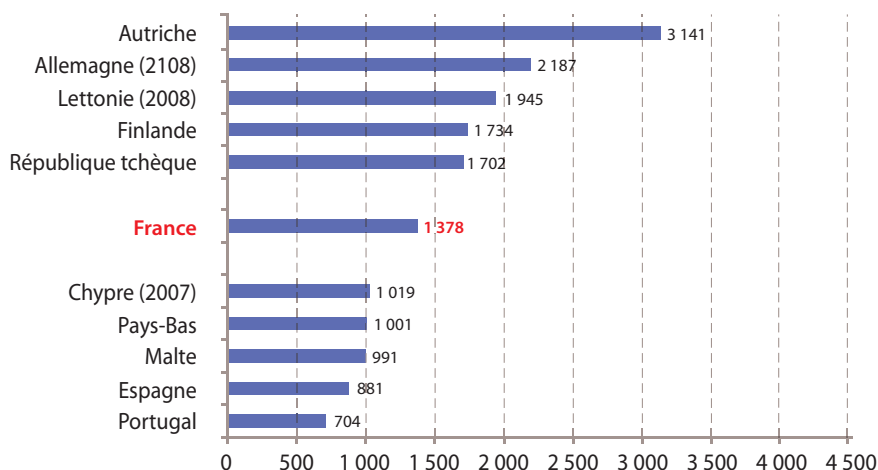


Figure 6 **Comparaison des séjours en hospitalisation complète pour lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes dans l'UE pour 100 000 personnes**



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

Méthodologie et comparabilité

Les différences internationales doivent être interprétées avec précautions parce que ces taux ne sont pas standardisés par rapport aux structures en âge des populations.

Par ailleurs, les différences dans le recueil et le traitement des données restent importantes. L'harmonisation des encodages de pathologies n'est pas encore parfaitement implémentée. Les établissements hospitaliers où les données sont recueillies ne couvrent pas forcément les mêmes catégories suivant les pays : par exemple, le Portugal transmet des données concernant les seuls hôpitaux publics. Plusieurs autres pays incluent les patients transférés d'un hôpital à l'autre parmi les cas d'hospitalisation (avec un double décompte des sorties), à l'inverse de la norme posée par ECHIM.

Les données françaises sont issues de la base PMSI-MCO exploitée par la Drees. Elles portent sur les séjours (et non les patients hospitalisés) dans les unités de soins de courte durée en médecine et spécialités médicales, chirurgie et spécialités chirurgicales et gynécologie-obstétrique (MCO).

Le taux d'hospitalisation est un indicateur étroitement lié à l'organisation des entrées et des sorties à l'hôpital. Pour optimiser l'analyse et la comparaison entre les pays, cet indicateur devrait être présenté avec le nombre d'épisodes d'hospitalisations par patient. Les données présentées doivent être analysées avec les limitations que l'on connaît sur les statistiques disponibles : taux de réhospitalisation, évolution propre des pathologies, durée de l'hospitalisation, évolution des pratiques, nature des actes pratiqués...

Depuis 2005, Eurostat utilise la liste restreinte internationale ISHMT développée dans le cadre d'un projet européen. Cette liste a pour objet d'améliorer les comparaisons statistiques des activités hospitalières, mais l'harmonisation des encodages de pathologies n'est pas encore parfaitement implémentée.

Les séjours retenus correspondent aux codes suivants de la CIM10 :

- 1) Maladies de l'appareil circulatoire I00-I99
- 2) Cancers C00-D48
- 3) Maladies du système digestif K00-K93
- 4) Complications de grossesse, accouchement et puerpéralité O00-O99
- 5) Lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes S00-T98.

Bibliographie

Health at a glance, Europe 2010 OCDE

Mouquet M.-C. (2011). « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008 » *Etudes et résultats* n° : 783

Arnault S., Evain F., Kranklader E. et Leroux I. (2010). « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle », *Etudes et résultats* n° : 716.

European Commission (2008). Hospital Data Project Phase 2, Final Report. Luxembourg http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_32_en.pdf
Base de données d'Eurostat.

Base de données d'Eurostat.

68 et 69 - Hospitalisation de jour

Les hospitalisations de jour se définissent par le nombre d'hospitalisations de moins de 24 heures pour tous les hôpitaux durant une année calendaire donnée, exprimé pour 100 000 personnes. L'hospitalisation de jour ne concerne que les patients formellement admis pour la journée avec l'intention de les laisser sortir le jour même.

Le ratio d'hospitalisation de jour correspond au rapport entre le nombre d'hospitalisations de jour et la somme du nombre d'hospitalisations de jour et du nombre de séjours en hospitalisation complète pour tous les établissements de santé pendant une année calendaire donnée. L'hospitalisation de jour renvoie aux soins prodigués à un patient dans la journée sans qu'il soit contraint de passer la nuit à l'hôpital tandis que les séjours en hospitalisation complète font référence aux patients qui ont été hospitalisés au moins une nuit.

La fiche ne présente que les résultats d'ensemble et non la ventilation par diagnostics comme pour l'hospitalisation complète et les durées de séjour.

Taux d'hospitalisations pour 100 000 personnes

- France : 9 603
- 12^e rang sur 15 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : République tchèque 439 / Royaume-Uni 14 664

Données : Eurostat, 2009

Ratio d'hospitalisations de jour pour 100 000 personnes

- France : 36 %
- 5^e rang sur 15 pays européens (ordre décroissant)
- Pays aux extrêmes : Irlande 58 % / République tchèque 2 %

Données : Eurostat, 2009

La France a l'un des taux d'hospitalisations de jour les plus élevés de l'UE

Avec un taux de 9 603 hospitalisations de jour pour 100 000 habitants en 2009, la France compte parmi les quatre pays européens (sur 15 pays pour lesquels les données sont disponibles) présentant les taux les plus élevés. Le Royaume-Uni, la Belgique et les Pays-Bas affichent tous des taux supérieurs à 10 000 hospitalisations de jour pour 100 000 habitants. Parmi les pays comparés, la République tchèque rapporte la même année le taux le plus bas (440 pour 100 000) devant l'Allemagne (616) et la Hongrie (1 200).

La France présente un pourcentage d'hospitalisations de jour par rapport à l'ensemble des séjours hospitaliers relativement important

En 2009, avec un pourcentage d'hospitalisations de jour par rapport à l'ensemble des séjours hospitaliers de 36 %, la France se situe au 5^e rang sur 15 pays européens pour lesquels les données sont disponibles. Les situations sont extrêmement diverses entre les pays pour lesquels le nombre d'hospitalisations de jour est supérieur à celui des hospitalisations complètes (Irlande,

Belgique, Royaume-Uni, Pays-Bas), ceux pour lesquels ce nombre est proche de la moitié (France, Espagne, Portugal, Luxembourg, Italie) et ceux pour lesquels l'hospitalisation de jour est pratiquement absente (Hongrie, Lettonie, Allemagne, République tchèque). Ces données renvoient à des particularités d'organisation des systèmes de santé, comme le montre la mise en relation avec la fiche 67 sur les hospitalisations complètes (taux élevé pour l'Allemagne, faible pour le Royaume-Uni et les Pays-Bas).

Augmentation du taux d'hospitalisations de jour entre 2000 et 2009

Pour la période 2000-2009 et pour les pays pour lesquels les données ont été enregistrées, on constate une augmentation du taux d'hospitalisations de jour à l'exception de l'Italie. En France, le taux passe de 7 077 séjours pour 100 000 habitants en 2000, atteint un maximum en 2006 (10 207 pour 100 000) pour redescendre sous les 10 000 hospitalisations de jour pour 100 000 habitants en 2009 (9 603 pour 100 000) du fait d'une modification de réglementation (voir méthodologie). Parmi les pays qui ont un taux élevé, les Pays-Bas et le Royaume-Uni présentent également une forte augmentation. Certaines augmentations sont très fortes pour certains pays ayant un taux faible en début de période, ce qui peut correspondre à un phénomène de rattrapage (Estonie, Pologne, Hongrie). Il est difficile de porter un jugement sur les données relatives au Portugal (voir la méthodologie).

Figure 1 **Taux d'hospitalisations de jour (nombre d'hospitalisations de jour dans les pays européens pour lesquels les données sont disponibles) entre 2000 et 2009** pour 100 000 habitants

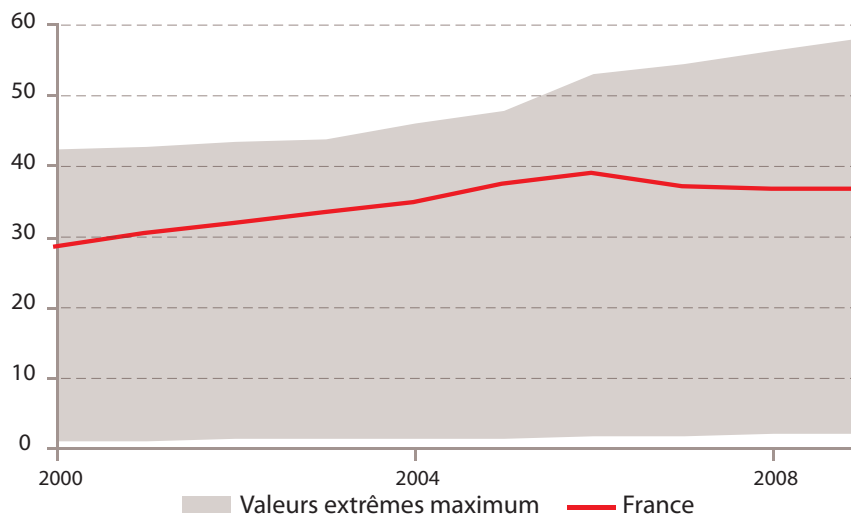
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Royaume-Uni	9 398	9 551	9 913	10 341			12 322	13 291		14 664
Belgique				9 341	9 987	10 511	10 779	11 366		
Pays-Bas			6 859	7 496	8 273	8 823	9 609	10 330	10 994	11 769
France	7 077	7 547	7 844	8 226	8 725	9 631	10 207	9 380	9 673	9 603
Portugal						957	1 345	6 428	8 673	9 498
Italie				6 309	6 675	6 796	6 643	6 155	5 957	5 411
Finlande	4 563	4 571	4 931	4 987	5 120	5 455	5 298	5 325	5 353	5 273
Danemark	3 571	3 490	3 864	4 173	4 532	4 744	5 040	5 214		
Estonie	891	1 044	1 212	1 359	1 656	2 494	3 033	3 559	3 716	3 649
Pologne				1 634	1 883	2 183	2 771	2 908	2 984	3 873
Slovénie							2 143	2 244	2 484	2 566
Suède	1 351	1 364	1 340	1 347	1 385	1 440	1 435	1 485	1 457	1 518
Hongrie					479	526	591	832	1 111	1 200
Allemagne							600	601	616	
République tchèque			289	318	322	343	365	378	441	439

Source : Eurostat. Données françaises : Drees

Le ratio d'hospitalisations de jour suit dans l'ensemble une tendance à l'augmentation en Europe

Les données disponibles montrent une tendance à la hausse du ratio d'hospitalisations de jour à quelques exceptions près (Allemagne, Malte). Pour la France, le taux augmente jusqu'en 2006 puis baisse en 2007 en raison d'une modification réglementaire qui réduit le nombre des hospitalisations de jour alors que celui des hospitalisations complètes n'est pas affecté (voir méthodologie).

Figure 1 **Evolution du ratio hospitalisations de jour/ensemble des séjours hospitaliers toutes causes pour certains pays européens** entre 2000 et 2009



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

Méthodologie et comparabilité

Les différences internationales doivent être interprétées avec précautions parce que ces taux ne sont pas standardisés par rapport aux structures en âge des populations.

Par ailleurs, les différences dans le recueil et le traitement des données restent importantes. Certains pays ne transmettent pas de données à Eurostat. Les établissements hospitaliers où les données sont recueillies ne couvrent pas forcément les mêmes catégories suivant les pays : par exemple, le Portugal transmet des données concernant les seuls hôpitaux publics. De façon générale, il peut exister des aspects réglementaires qui influent sur le classement des séjours qu'il est difficile de suivre pour l'ensemble des pays européens (voir l'exemple de la France ci-après).

Les données françaises sont issues de la base PMSI-MCO exploitée par la Drees. Elles portent sur les séjours dans les unités de soins de courte durée en médecine et spécialités médicales, chirurgie et spécialités chirurgicales et gynécologie-obstétrique (MCO).

La baisse constatée en France de 2006 à 2007 est la conséquence de la circulaire sur les forfaits Sécurité et environnement hospitalier (SEH) du 27 février 2007 qui modifie le mode de facturation – forfait au lieu de Groupes homogènes de soins (GHS) – de certaines réalisations d'actes comme les endoscopies sans anesthésie, ce qui conduit à les exclure du champ de l'hospitalisation et donc du PMSI-MCO.

Bibliographie

Mouquet M.-C. (2011). « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008 », *Etudes et résultats* n° : 783.

Arnault S., Evain F., Kranklader E. et Leroux I. (2010). « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle », *Etudes et résultats* n° : 716.

European Commission (2008). Hospital Data Project Phase 2, Final Report. Luxembourg http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_32_en.pdf

Base de données d'Eurostat.

70 - Durée de séjour à l'hôpital

L'indicateur retenu est la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète en fonction des catégories diagnostiques de la liste ISHMT. La DMS est calculée en divisant le nombre de journées d'hospitalisation par le nombre de sorties (décès inclus). Cet indicateur permet d'améliorer la comparabilité des statistiques de l'analyse de l'activité hospitalière entre les pays.

Pour cet exercice de comparaisons internationales, les regroupements suivants de diagnostics principaux ont été retenus :

- 1) Maladies de l'appareil circulatoire
- 2) Cancers dont : cancers du sein, cancers du poumon
- 3) Maladies du système respiratoire
- 4) Maladies du système digestif
- 4) Complications de grossesse, accouchement et puerpéralité
- 5) Lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes

La France fait partie des pays pour lesquels la durée moyenne de séjours est la plus faible

Cette durée était la plus faible en 2000 avec un résultat de 6 jours pour l'ensemble des séjours hospitaliers et a donné lieu à une baisse légère durant la décennie jusqu'à 5,7 jours en 2009. D'autres pays ont présenté des baisses plus prononcées et la DMS française se situe désormais en 3^e position par ordre croissant en 2009.

La situation relative de la France est variable selon les pathologies sélectionnées : les DMS pour une hospitalisation liée aux maladies de l'appareil circulatoire, aux cancers dans leur ensemble et au cancer du sein ainsi que pour traumatismes sont relativement faibles alors qu'elles sont relativement élevées pour les hospitalisations suite à un cancer du poumon ou au regroupement de complication de grossesse, accouchement et suite de couche. Pour ce type de séjours, par exemple, la durée moyenne de 4,8 jours situe la France en 20^e position dans un éventail qui va de 2,4 jours au Royaume-Uni à 5,5 jours en Slovaquie.

D'après les données d'Eurostat, les séjours hospitaliers sont en moyenne les plus longs en Finlande, en République tchèque et en Allemagne. Comme pour d'autres indicateurs liés à l'activité hospitalière, la situation peut être très variable entre pays proches puisque la Suède par exemple se situe parmi les pays à faible DMS. Pour la Finlande, cependant, la longueur moyenne élevée des séjours pourrait être liée en partie au fait que la proportion des lits hospitaliers dédiés aux soins curatifs est faible et que les séjours incluent donc des soins fournis dans d'autres structures après transferts dans les autres pays (*Health at a Glance*, 2010).

De façon générale, les variations des DMS reflètent une tendance liée à la recherche d'efficacité des séjours, de concentrations et technicité de plateaux techniques hospitaliers, de perception des risques associés à la prolongation des séjours hospitaliers, d'évolutions des pratiques, mais aussi des choix opportunistes des

opérateurs, liés notamment au coût, à la facturation et à l'organisation. En France, la valorisation « financière » pour les hôpitaux des premiers jours d'hospitalisation explique probablement en partie que les DMS soient en moyenne moins longues que chez certains de ses voisins européens. Pour faciliter l'analyse comparative au niveau international, la DMS serait à rapprocher d'autres indicateurs : nombres de lits, organisation des soins, chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour, pratiques médicales, modes de financement...

Une tendance à la baisse de la durée d'hospitalisation s'observe en France et en Europe

Une diminution progressive de la durée moyenne de séjour à l'hôpital s'observe dans tous les pays de l'UE. Cette tendance est également présente en France mais cela cache des disparités notables entre pathologies : la baisse est ainsi importante pour le cancer du sein, alors que les DMS sont stables pour le cancer du poumon et les maladies du système respiratoire.

Figure 1 **Evolution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète pour l'ensemble des séjours en France et dans l'UE**

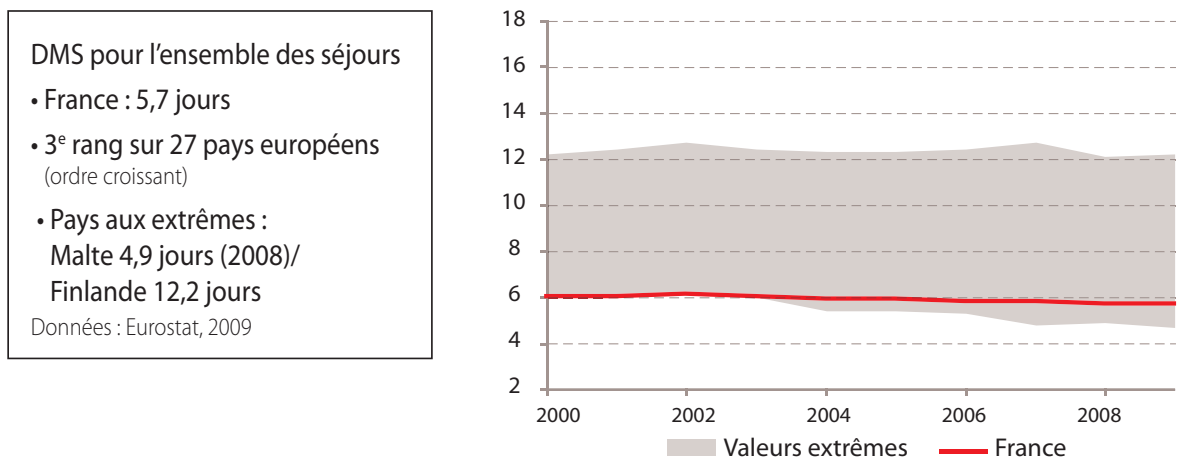
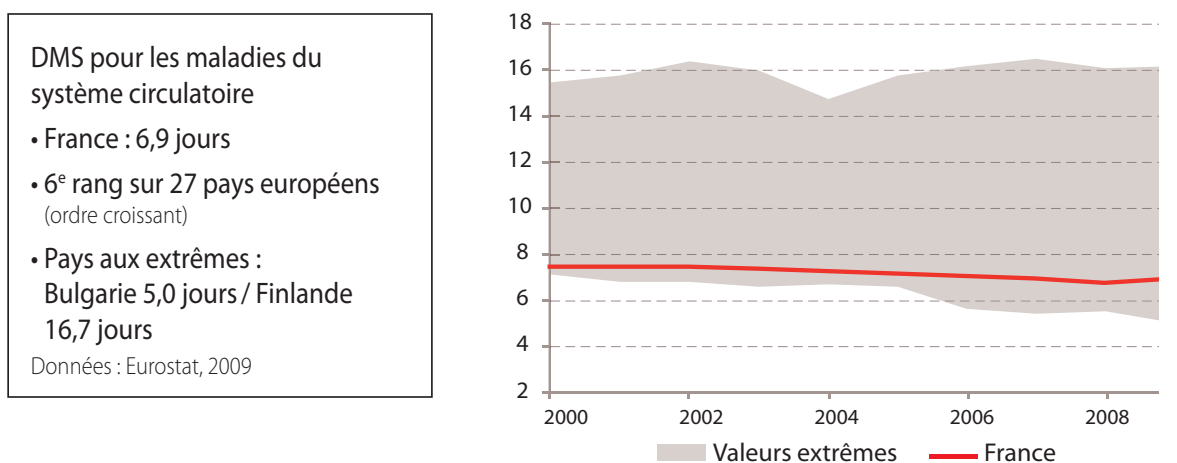
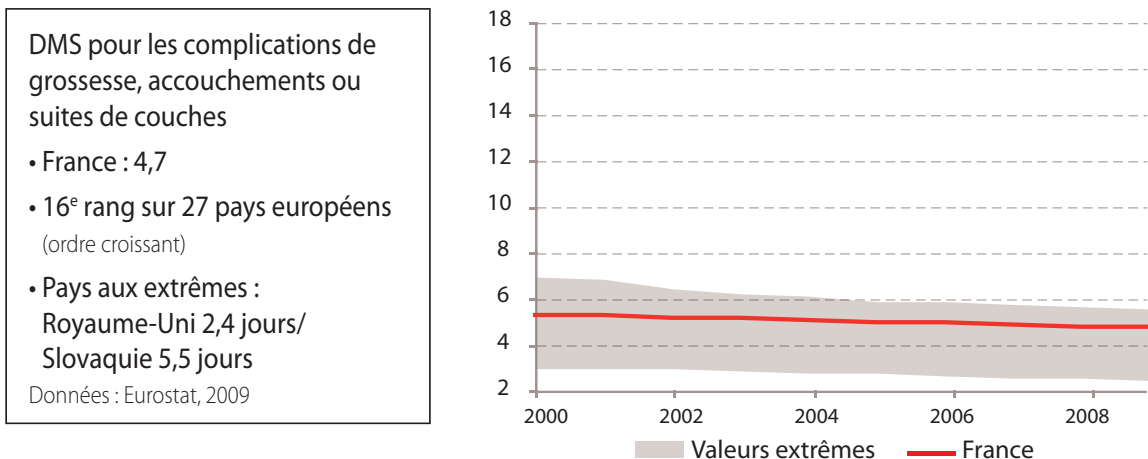


Figure 2 **Evolution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète pour les maladies du système circulatoire en France et en Europe**



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

Figure 3 **Evolution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète pour les grossesses, accouchements ou suites de couches en France et en Europe**



Figures 4 **Evolution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète pour les cancers en France et en Europe**

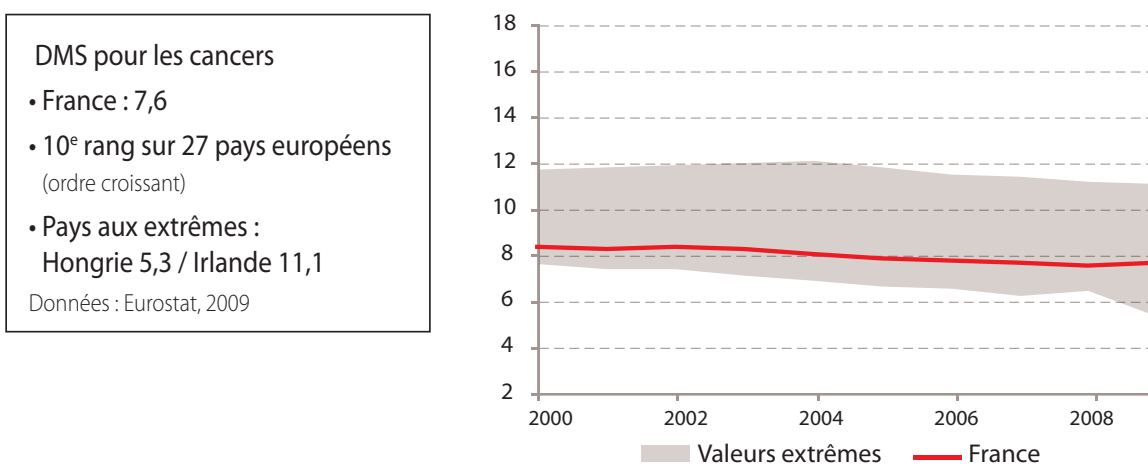
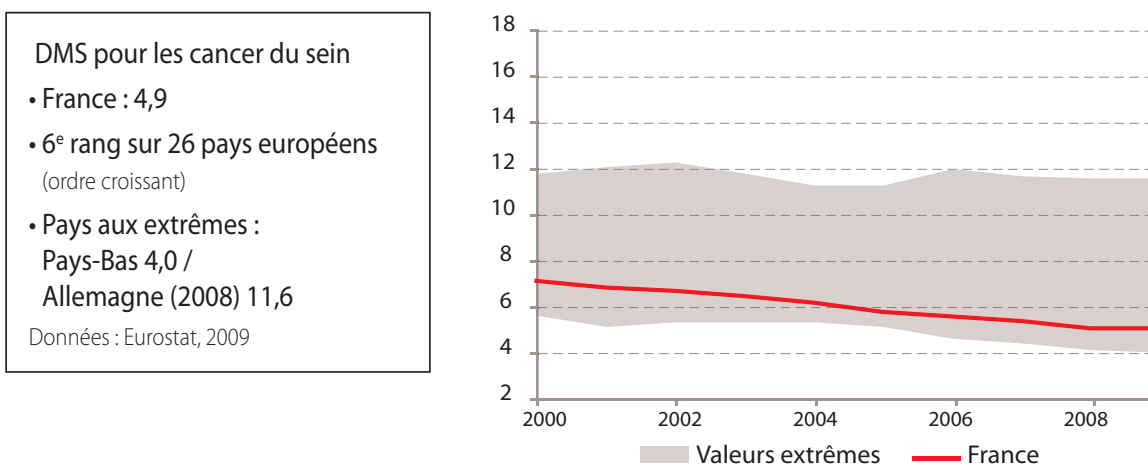


Figure 5 **Evolution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète pour les cancers du sein en France et en Europe**



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

Figure 6 **Evolution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète pour les cancers du poumon en France et en Europe**



Figure 7 **Evolution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète pour les maladies du système respiratoire en France et en Europe**

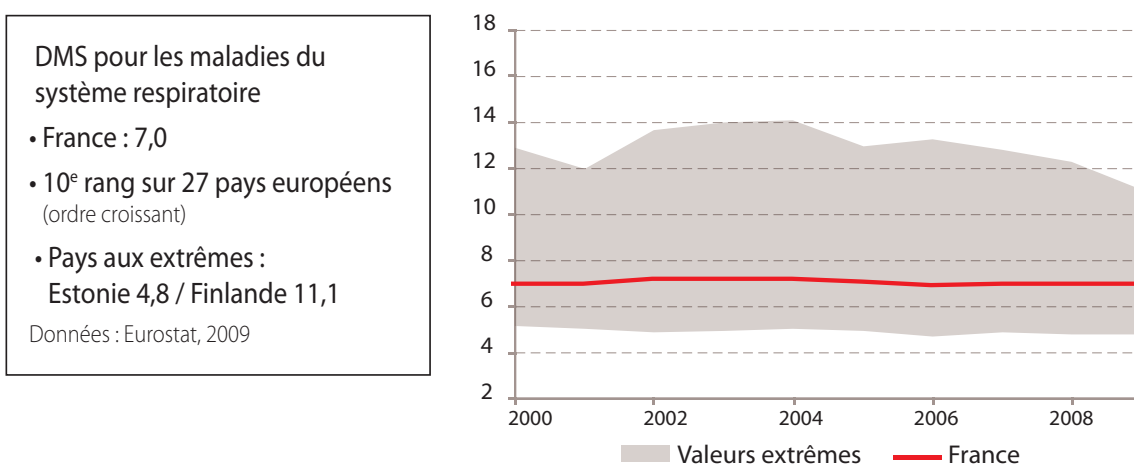
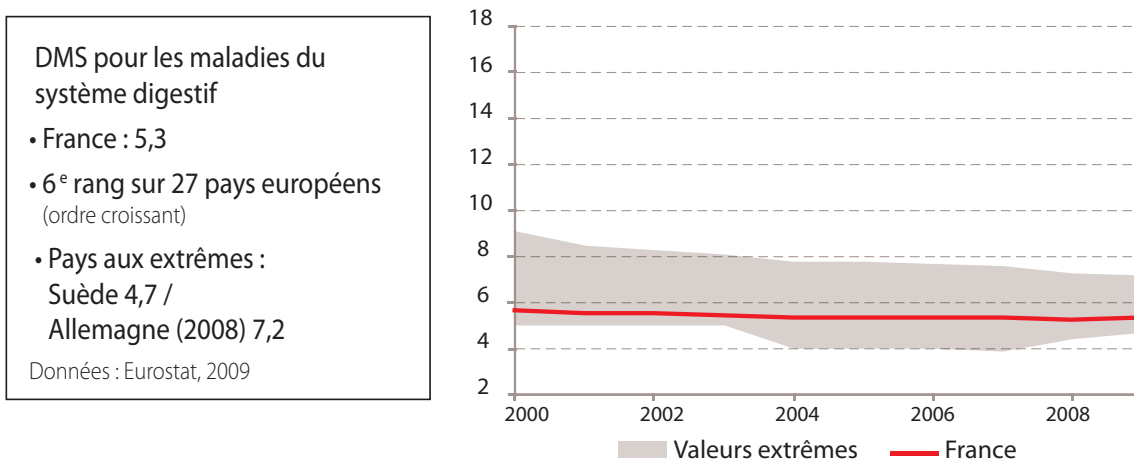
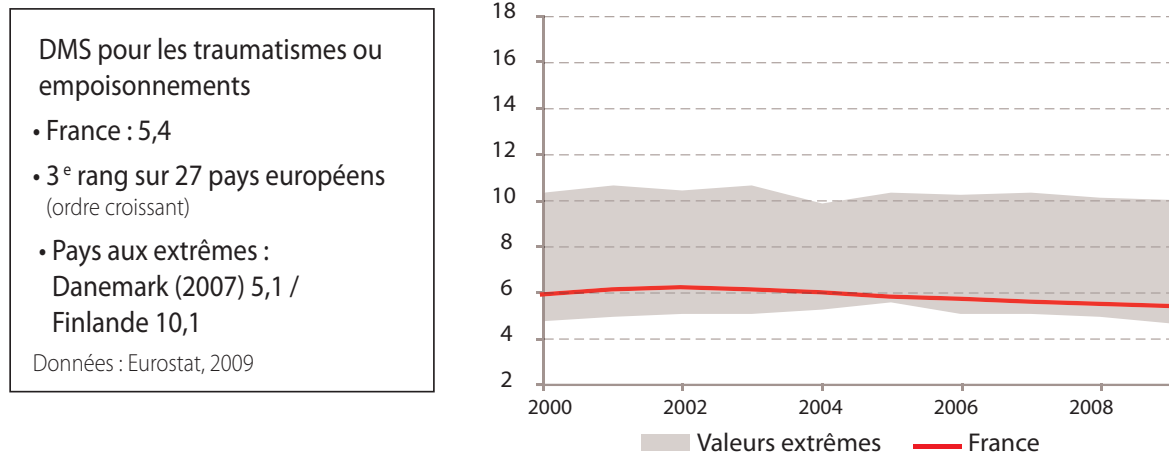


Figure 8 **Evolution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète pour les maladies du système digestif en France et en Europe**



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

Figure 9 **Evolution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète pour les traumatismes ou empoisonnements en France et en Europe**



Source : Eurostat. Données françaises : Drees

Méthodologie et comparabilité

Les durées moyennes de séjour par pathologie proviennent de la base de données d'Eurostat pour 26 pays et de celle de l'OCDE pour la Grèce. Les dernières données disponibles les plus complètes concernent l'année 2009. Les données françaises sont issues de la base PMSI-MCO exploitée par la Drees du ministère de la Santé et des Sports.

Il faut tenir compte que les différences dans le recueil et le traitement des données restent importantes. Par ailleurs, les données ne sont pas standardisées par rapport aux structures en âge des populations.

Depuis 2005, Eurostat utilise la liste restreinte internationale ISHMT développée dans le cadre d'un projet européen. Cette liste a pour objet d'améliorer les comparaisons statistiques des activités hospitalières, mais l'harmonisation des encodages de pathologies n'est pas encore parfaitement implémentée.

Les séjours retenus correspondent aux codes suivants de la CIM10 :

- 1) Maladies de l'appareil circulatoire I00-I99
- 2) Cancers C00-D48 dont: cancers du sein C50 ; cancers de la trachée et des bronches et du poumon C33-C34
- 3) Maladies du système respiratoire J00-j99
- 4) Maladies du système digestif K00-K93
- 5) Complications de grossesse, accouchement et puerpéralité O00-O99
- 6) Lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes S00-T98.

Bibliographie *Health at a glance*, Europe 2010 OCDE.

Mouquet M.-C. (2011). « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008 », *Etudes et résultats* n° : 783.

European Commission (2008). Hospital Data Project Phase 2, Final Report. Luxembourg http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_32_en.pdf
Base de données d'Eurostat.

71 - Recours aux médecins généralistes

L'indicateur recommandé par le projet ECHIM pour le recours aux médecins généralistes est le nombre moyen de consultations chez un médecin généraliste (MG) par personne et par an.

C'est un indicateur essentiel pour estimer le recours aux services médicaux. Il est utilisé dans les évaluations des coûts des soins de santé et de l'égalité de l'accès aux services de soins.

Les données de l'ECHP 2001 sont disponibles pour dix pays européens mais la France n'en fait pas partie. Nous présentons pour la France des données issues de l'enquête ESPS 2008 de l'Irdes : le taux de recours et le nombre de séances de médecin généraliste au cours des douze derniers mois.

A l'avenir cet indicateur sera renseigné au moyen du système d'enquêtes santé européennes par interview.

En France le recours au médecin généraliste est fréquent

Taux de recours au MG

- France : 86 % (hommes 82 % ; femmes 89%)
- Classement européen indisponible
- Pays aux extrêmes : indisponible

Données : ESPS, 2008

Nombre de recours au MG par an

- France : 3,6 (hommes 3,2 / femmes 4,0)
- Classement européen indisponible
- Pays aux extrêmes : Grèce 1,8 (hommes : 1,4 ; femmes 2,1 / Autriche: 4,9 (hommes : 4,2 ; femmes 5,5)

Données : France : ESPS, 2008
Europe : ECHP, 2001

En 2008, 86 % de la population en France déclarait avoir consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois. Le taux de recours au médecin généraliste est plus élevé chez les femmes (89%) que chez les hommes (82%). Le nombre moyen de séance par an est également plus élevé chez les femmes (4,0) que chez les hommes (3,2). Cette tendance par sexe s'observe dans les autres pays européens (ECHP). La progression du taux de recours au médecin généraliste, observée en France entre 2004 et 2008 (+4%), est due à l'augmentation des consultations chez les femmes, le taux pour les hommes restant stable. En revanche, le nombre de séances de médecin généraliste par an tend à décroître de 2004 à 2008 (4,3 par an en 2004, 3,7 en 2006 et 3,6 en 2008).

D'après les données de l'enquête ECHP pour l'année 2001, c'est en Autriche, Belgique et Italie que les hommes et les femmes ont le plus consulté un médecin généraliste (4, 2, 4,1 et 4,0 consultations en moyenne par an pour les hommes et 5,5 et 5,6 consultations en moyenne pour les femmes). A l'inverse en Grèce, en Finlande et aux Pays-Bas, les consultations sont les moins nombreuses (1,4 ; 1,9 et 2,2 consultations en moyenne par an

pour les hommes et 2,1 ; 2,2 et 3,5 pour les femmes). Les personnes d'un niveau d'éducation inférieur rendent plus fréquemment visite à leur médecin généraliste que les personnes ayant reçu une éducation supérieure. Le recours au médecin généraliste augmente avec l'âge bien que ce phénomène soit moins marqué en Finlande et au Danemark. En France 96% des personnes âgées de 65 ans et plus ont déclaré avoir consulté un médecin généraliste au cours des douze dernier mois en 2008 contre 81 % des 16-39 ans.

Figure 1 **Evolution du taux de recours au médecin généraliste en France pour les hommes et les femmes** entre 2004 et 2008

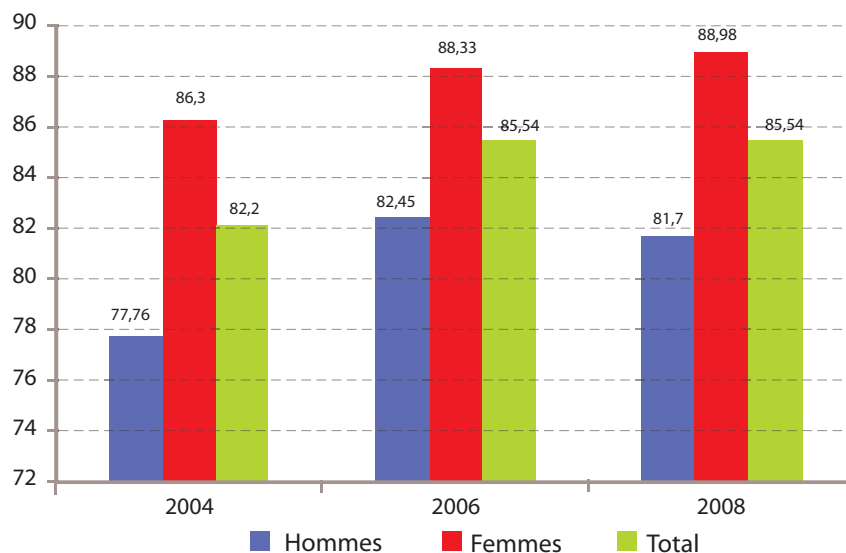
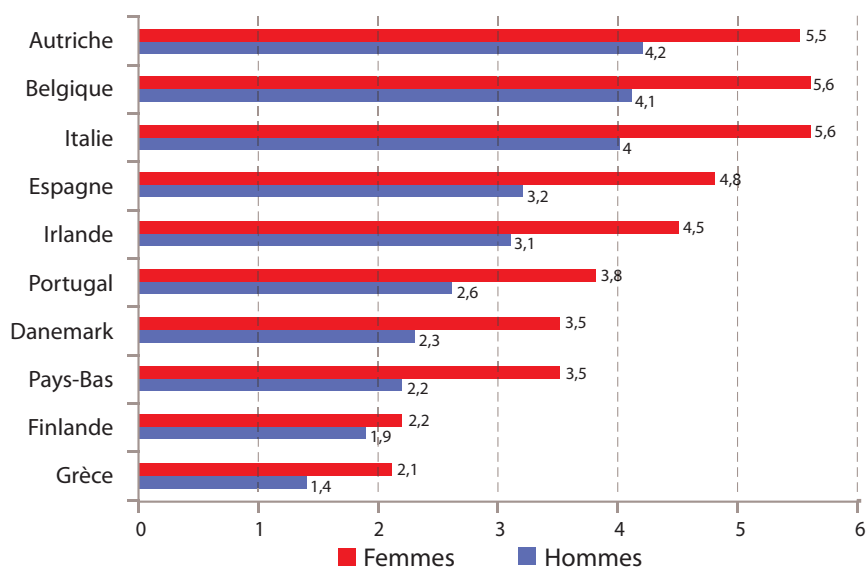


Figure 2 **Comparaison du nombre moyen de consultations chez un médecin généraliste dans l'UE en 2001**



Source : ECHP

Méthodologie et comparabilité

Les données présentées sont issues des enquêtes ECHP d'Eurostat conduites sur la période 1994-2001. Elles correspondent au nombre moyen de consultations chez un médecin généraliste pour une année calendaire, mais les données françaises en sont absentes. Pour la France, les données présentées proviennent des enquêtes Santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes conduites sur les années 2004, 2006 et 2008, et fournissent le taux de recours au médecin généraliste sur un an, c'est-à-dire le pourcentage de personnes ayant consulté au moins une fois un généraliste dans l'année précédant l'enquête, ainsi que le nombre de séances de généraliste par an.

Dans un avenir proche, cet indicateur pourra être renseigné au moyen du système d'enquêtes santé européenne par interview.

L'OCDE et l'OMS fournissent des données plus récentes qu'Eurostat, mais elles ne permettent pas de distinguer les consultations chez un médecin généraliste des consultations chez un spécialiste.

La comparaison entre les pays des taux de recours au médecin généraliste est limitée notamment parce que, dans plusieurs pays, le médecin a une fonction de triage et d'orientation des patients. Dans certains pays, le médecin tient ce rôle de manière explicite comme en Angleterre, en Irlande ou en Espagne par exemple. Dans d'autres, l'accès direct à la plupart des services de soins reste possible. C'est le cas notamment de la France. En 2006, cependant, la France a introduit le système du « médecin traitant » pour réguler l'accès à certaines spécialités (Dourgnon 2007).

Bibliographie Dourgnon (2007). « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », *Questions d'économie de la santé*, Irdes. 124.

Bases de données : Eurostat

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

ESPS - <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/ESPS/index.html>

72 - Autres recours à des professionnels de santé

Indicateur qui ne peut être renseigné en l'absence des résultats de l'enquête européenne de santé par interview

73 - Actes chirurgicaux

L'indicateur sur les actes chirurgicaux décompte, pour trois interventions chirurgicales de référence, le nombre de ces interventions pratiquées au cours d'une année au sein d'une population de 100 000 personnes.

Il recense le nombre d'angioplasties coronariennes transluminales percutanées (ACTP), le nombre de poses d'une prothèse de hanche (PTH) et le nombre d'interventions de la cataracte exécutées en ambulatoire ou nécessitant un séjour hospitalier d'au moins une nuit. Pour chacun des trois types d'actes, un taux pour 100 000 personnes est calculé.

A l'avenir une liste plus longue d'actes sera retenue.

Les données françaises montrent que les interventions de référence sont assez fréquemment pratiquées dans l'Hexagone par comparaison à certains autres pays de l'UE

Les taux d'angioplasties coronariennes percutanées en France sont proches de ceux de la moyenne de l'UE.

Par contre, les taux de poses de prothèse de la hanche et de chirurgie de la cataracte en France sont plutôt supérieurs aux moyennes enregistrées pour l'ensemble des pays de l'UE en 2008.

Angioplastie coronarienne pour 100 000 personnes

- France : 189 actes
- 9^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Pays-Bas 140 actes/ Allemagne 568 actes

Données : OCDE, 2008

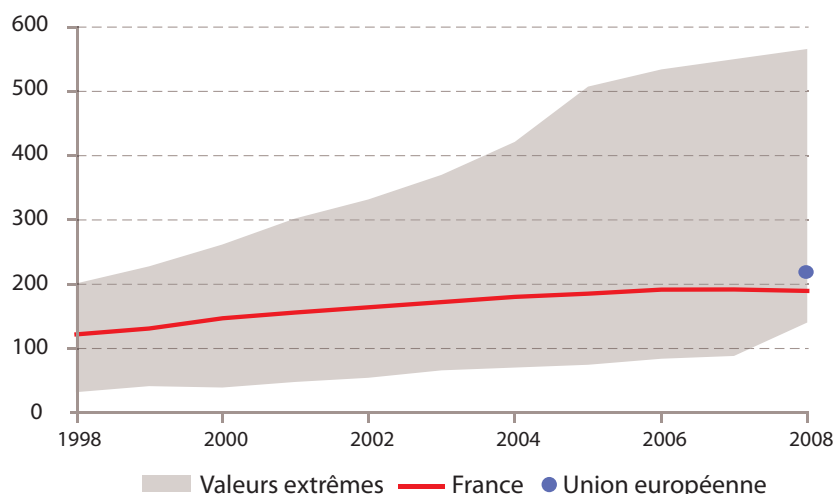
Angioplasties coronariennes percutanées : avec 189 interventions coronariennes percutanées (ICP) pour 100 000 personnes en 2008, la France se situe au 9^e rang par ordre croissant parmi 13 pays européens pour lesquels les données sont disponibles. C'est inférieur à la moyenne européenne qui est de 224 actes pour 100 000 personnes la même année. Le recours à l'ACTP varie considérablement selon les Etats membres de l'UE. L'Allemagne et la Belgique ont les taux les plus élevés (respectivement 568 actes et 235 actes pour 100 000). En Belgique, ce taux élevé ne s'explique qu'en partie par la mobilité des patients européens. En 2006, seuls 2,5% des patients ayant subi une ICP

en Belgique n'étaient pas des résidents de ce pays (*European Commission 2008*). Les Pays-Bas présentent le taux le plus faible des pays comparés. Le fait qu'ils n'enregistrent que les procédures principales (et non toutes les procédures) conduit probablement à une sous-estimation du nombre d'ICP réalisées. Plusieurs raisons peuvent expliquer les variations observées entre les pays pour les techniques de revascularisation qui incluent notamment les angioplasties (OCDE 2010) :

- les différences d'incidence et de prévalence des maladies cardiaques ischémiques
- les différences dans la capacité d'offrir et de payer ces interventions
- les différences dans les recommandations et les pratiques thérapeutiques
- les différences dans le codage des actes.

Le nombre d'angioplasties pratiquées a fortement augmenté dans tous les pays européens depuis les années 1990 (OCDE 2010).

Figure 1 **Evolution du nombre d'angioplasties coronariennes pratiquées en France et dans l'UE pour 100 000 personnes entre 1998 et 2008**



Source : OCDE. Données françaises : Drees

Prothèse de hanche pour 100 000 personnes

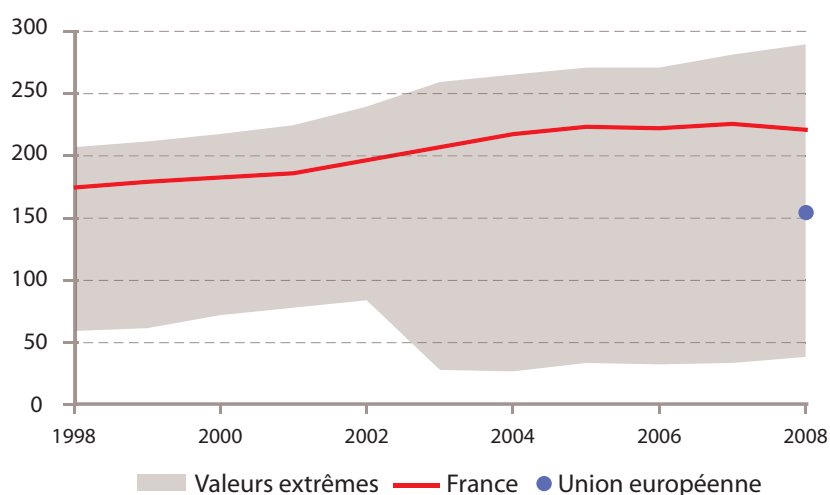
- France : 220 actes
- 13^e rang sur 15 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Pologne 39 / Allemagne 289

Données : OCDE, 2008

Poses de prothèse de hanche : c'est aussi un acte chirurgical courant en France, avec un taux de 220 poses de prothèse de hanche pour 100 000 personnes en 2008 pour une moyenne européenne de 153 pour 100 000. L'Allemagne vient en premier avec un taux de 289 pour 100 000 personnes, suivie de l'Autriche (243 pour 100 000). La Pologne, avec un taux de 39 actes pour 100 000, présente le taux le plus faible. Les différences entre les pays peuvent s'expliquer par des prévalences plus ou moins grandes des problèmes articulaires en amont,

par l'offre de services de soins, par les pratiques professionnelles et par la capacité des mécanismes de solidarité à financer ces interventions. Le taux pour 100 000 de poses de prothèses de hanche a augmenté rapidement sur la dernière décennie dans la plupart des pays de l'Union européenne. En moyenne, le nombre d'interventions a augmenté d'un tiers (OCDE 2010).

Figure 2 **Evolution du nombre de poses de prothèses de hanche pratiquées en France et dans l'UE pour 100 000 personnes entre 1998 et 2008**



Source : OCDE. Données françaises : Drees

Chirurgie de la cataracte pour 100 000 personnes

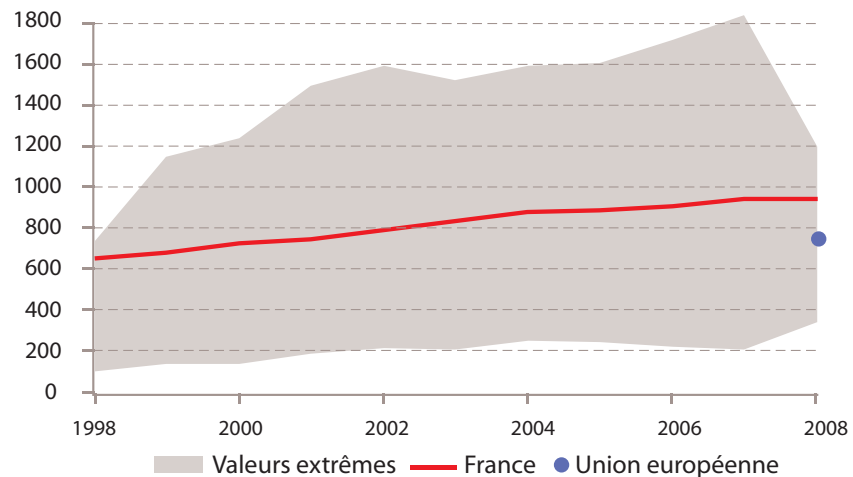
- France : 944 actes
- 11^e rang sur 13 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Chypre 192 / Belgique (2007) 1 848

Données : OCDE, 2008

Chirurgie de la cataracte : La France se situe parmi les pays de l'UE où ce type d'intervention est la plus pratiquée, avec, en 2008, 944 opérations pour 100 000 contre 765 pour 100 000 en moyenne dans l'Union européenne. L'écart va de Chypre avec 192 chirurgies de la cataracte pour 100 000 à la Belgique avec 1 848 opérations pour 100 000 (2007). Tant les facteurs liés à la demande (incluant notamment le vieillissement de la population) que ceux liés à l'offre (capacité d'effectuer l'intervention en hospitalisation complète ou ambulatoire) expliquent les variations entre les pays. Toutefois, la comparabilité des données

est limitée du fait des procédures d'enregistrement, en particulier le manque d'enregistrement des chirurgies pratiquées en ambulatoire dans certains pays. De ce fait, les taux de l'Irlande, de la Pologne et du Danemark sont sous-estimés. Les taux élevés comme en Belgique pourraient être liés en partie à l'enregistrement de plus d'une

Figure 3 **Evolution du nombre d'opérations de la cataracte pratiquées en France et dans l'UE pour 100 000 personnes entre 1998 et 2008**



Source : OCDE. Données françaises : Drees

procédure par opération. La chirurgie ambulatoire de la cataracte est dominante dans beaucoup de pays européens. Elle représente 90 % de l'ensemble des opérations de la cataracte dans environ la moitié des Etats membres pour lesquels les données sont disponibles. A Chypre, en Lituanie, en Pologne et en Hongrie en revanche, le recours à l'ambulatoire est moins courant. En France, la part ambulatoire de la chirurgie de la cataracte a augmenté rapidement ces dix dernières années, de 23 % en 1998 à 70 % en 2007. Elle reste cependant inférieure à celle affichée par de nombreux pays voisins (OCDE 2010).

Méthodologie et comparabilité

Ces trois interventions ont été choisies à titre d'exemples car elles correspondent à des problèmes de santé largement répandus, et sont suffisamment standardisées tant en termes d'indications que de procédure. Elles sont principalement des indicateurs de disponibilité et d'utilisation des ressources.

Les procédures chirurgicales de références listées par l'OCDE tout comme Eurostat se basent sur la classification *International Classification of Diseases (ICD-9-CM)* – Classification internationale des maladies - neuvième version. Or, les données issues des divers pays de l'UE ne sont pas forcément compatibles à cette classification : leur conversion peut aboutir à des pertes d'information. Un autre facteur limitant la comparabilité des données internationales est que certains pays enregistrent toutes les interventions (comme il est défini pour cet indicateur), tandis que d'autres transmettent des chiffres qui ne tiennent compte que des interventions liées à un diagnostic principal ; dans ce dernier cas, les interventions pratiquées à la suite d'une hospitalisation pour une autre raison se trouvent exclues du décompte.

Bibliographie

Base de données : OCDE.

OCDE (2010). *Health at a Glance, Europe 2010*.

European Commission (2008). *Hospital Data Project Phase 2, Final Report*. Luxembourg.

74 - Consommation de médicaments

L'indicateur sur la consommation de médicaments retenu par le projet ECHIM est le pourcentage de la population qui a utilisé des médicaments prescrits par un médecin au cours des deux dernières semaines.

En l'absence de données comparables disponibles issues des enquêtes de santé européennes, une approche de la consommation d'une sélection de médicaments selon différentes unités de comparaison et différentes études est présentée.

La France, premier consommateur européen de médicaments

De nombreuses comparaisons internationales montrent l'importance de la consommation de médicaments en France, la faisant depuis longtemps apparaître comme premier consommateur de médicament, en Europe. Une étude de la Drees (Clerc, Pereira *et al.* 2006) révèle que, pour l'année 2004, les dépenses de médicaments en France s'élèvent à 284 euros par habitant. Dans les quatre pays européens comparés, le niveau de dépenses est inférieur : 244 euros en Allemagne et autour de 200 euros au Royaume-Uni, en Italie et en Espagne. Ce constat est conforté par d'autres critères d'évaluation de la consommation. D'après le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (2006), la France est le pays où le poids du médicament dans le PIB est le plus élevé (2,1 % contre 1,9 % en moyenne dans l'Union européenne). Cette spécificité française est due à la combinaison de deux facteurs : d'une part, des volumes de consommation très importants et, d'autre part, des coûts moyens de traitement plus élevés que dans les autres pays, induits par une structure de consommation différente, où les produits les plus récents et les plus chers occupent une place prépondérante au détriment de molécules plus anciennes et souvent génériques (Sabban et Courtois 2007).

De nouvelles analyses de la consommation en volume par classe thérapeutique nuancent cette situation de la France. Deux études récentes* font apparaître que la France est devancée par d'autres pays pour certaines classes : par exemple, par le Royaume-Uni pour les antiasthmatiques et les statines, par l'Allemagne pour les antihypertenseurs ou par l'Espagne pour les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) (Sabban et Courtois 2007).

Toutefois, la France reste le premier consommateur d'antibiotiques, mais l'écart avec ses voisins européens se résorbe sous l'effet notamment des campagnes de sensibilisation de l'opinion publique des dangers d'une consommation excessive. Les tranquillisants et les hypnotiques font également partie des classes thérapeutiques largement consommés en France par rapport aux autres pays européens. La population française consommerait deux fois plus de médicaments psychotropes que la moyenne des pays qui lui sont limitrophes (Le Pen, Lemasson *et al.* 2007)

* Viens, Levesque *et al.* (2007). « Evolution comparée de la consommation de médicaments dans 5 pays européens entre 2000 et 2004 : analyse de 7 classes pharmaco-thérapeutiques », Essec, Centre de Recherche, février 2007. Le Pen, Lemasson *et al.*, (avril 2007). « La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens : une réévaluation », Etude pour le LEEM.

Tableau 1 **Comparaison de la consommation d'une sélection de médicaments, par unité de comparaison et selon l'étude, pour cinq pays européens**

Classement par ordre croissant (Pays à l'extrême minimum/Rang de la France/ Pays à l'extrême maximum) avec De : Allemagne, Fr : France, Es : Espagne, It : Italie, UK : Royaume-Uni

Etude	Coût moyen par habitant	Nombre standard habitant	Nombre standard 100 habitants	Coût moyen L'unité	Prix moyen unités	Dose journalière
Antidiabétiques oraux						
CNAM 2006	It / Fr 5 / Fr	De / Fr 5 / Fr	—	It / Fr 4 / UK	—	—
GSK 2004	—	—	—	—	—	UK / Fr 4 / Es
LEEM 2006	—	—	—	—	—	—
Antibiotiques oraux						
CNAM 2006	UK / Fr 4 / it	De / Fr 5 / Fr	—	UK / Fr 3 / It	—	—
GSK 2004	—	—	—	—	—	De / Fr 3 / Es
LEEM 2006	—	—	—	—	—	—
Antiasthmatiques						
CNAM 2006	It / Fr 4 / UK	It / Fr 4 / UK	—	UK / Fr 3 <i>ex aequo</i> De / It	—	—
GSK 2004	—	—	—	—	—	De / Fr 2 / UK
LEEM 2006	—	—	—	—	—	—
Hypocholestérolémiantes						
CNAM 2006	De / Fr 5 / Fr	It / Fr 4 / UK	—	De / Fr 2 / It	—	—
GSK 2004	—	—	—	—	—	It / Fr 4 / UK
LEEM 2006	—	—	—	—	—	—
dont statines						
CNAM 2006	De / Fr 5 / Fr	It / Fr 4 / UK	—	De / Fr 4 / It	De / Fr 4 / It	It / Fr 4 / UK
GSK 2004	—	—	—	—	—	—
LEEM 2006	—	—	—	It / Fr 4 / UK	—	—
Produits de l'hypertension artérielle						
CNAM 2006	De / Fr 5 / Fr	Es / Fr 3 / De	—	De / Fr 5 / Fr	—	—
GSK 2004	—	—	—	—	—	Fr / Fr 1 / De
LEEM 2006	—	—	—	Es / Fr 3 / De	—	—
dont IEC et sartans						
CNAM 2006	UK / Fr 4 / It	UK / Fr 3 / De	—	De / Fr 5 / Fr	De / Fr 5 / Fr	—
GSK 2004	—	—	—	—	—	—
LEEM 2006	—	—	—	—	—	—
Antidépresseurs						
CNAM 2006	It / Fr 4 / Es	It / Fr 5 / Fr	—	UK / Fr 2 / Es	—	—
GSK 2004	—	—	—	—	—	De / Fr 3 / Es
LEEM 2006	—	—	—	—	—	—

Etude	Coût moyen par habitant	Nombre standard habitant	Nombre standard 100 habitants	Coût moyen L'unité	Prix moyen unités	Dose journalière
Tranquillisants						
CNAM 2006	De / Fr 4 / It	De / Fr 5 / Fr		Fr <i>ex aequo</i> Es / Fr 1 <i>ex aequo</i> Es / It	—	—
GSK 2004	—	—	—	—	—	UK / Fr 4 / Es
LEEM 2006	—	—	De / Fr 4 / Es	—	—	—
IPP						
CNAM 2006	De et UK / Fr 5 / Fr	De / Fr 4 / Es	—	Es / Fr 3 <i>ex aequo</i> De et It / Fr <i>ex aequo</i> De et It	Es / Fr 3 <i>ex aequo</i> De et It / Fr <i>ex aequo</i> De et It	
GSK 2004	—	—	—	—	—	—
LEEM 2006	—	—	De / Fr 4 / Es	—	—	—

Sources : Le Pen, Lemasson *et al.* 2007 ; Sabban et Courtois 2007 et Viens, Levesque *et al.* 2007

Les médicaments du système cardio-vasculaire sont les médicaments les plus consommés

Dans les cinq pays européens étudiés (Clerc, Pereira *et al.* 2006), les médicaments traitant l'appareil cardio-vasculaire forment la classe thérapeutique dont la part de marché est la plus importante et représente environ un quart du chiffre d'affaires des ventes aux officines. Suivent ensuite les médicaments relatifs au système nerveux central (autour de 17% en moyenne) et à l'appareil digestif (autour de 15%).

La consommation de médicaments est en hausse

L'analyse sur sept classes thérapeutiques de l'évolution de la consommation sur la période 2000-2004 montre une tendance à la hausse dans les cinq pays comparés (France, Royaume-Uni, Italie, Allemagne, Espagne). Les antibiotiques et les tranquillisants font exception en affichant une consommation stable, voire en régression. La croissance de la consommation de médicaments en France est la plus faible des cinq pays comparés, excepté pour les antiasthmatiques.

Tableau 2
Croissance annuelle moyenne 2000-2004 de la consommation médicamenteuse (en DDJ pour 1 000 habitants)

NB: La DDJ est une mesure standard de la dose d'entretien quotidienne moyenne supposée pour un médicament utilisé dans son indication principale pour un adulte.

	France	Royaume-Uni	Allemagne	Espagne	Italie
Antihypertenseurs	+5%	+10%	+10%	+7%	+7%
Hypocholestérolémiants	+8%	+45%	+25%	+23%	+31%
Antidiabétiques oraux	+4%	+14%	+6%	+9%	+9%
Antiasthmatiques	+4%	+2%	-2%	+4%	+3%
Antidépresseurs	+7%	+8%	+17%	+13%	+20%
Tranquillisants	-1%	0%	-3%	+5%	-1%
Antibiotiques	-7%	+2%	+1%	0	+2%

Source : Viens, Levesque *et al.* 2007

Méthodologie et comparabilité

Les données présentées dans le tableau comparatif de la consommation de médicaments sont issues de trois études : une étude française de l'Assurance maladie, une étude par Les Entreprises du médicament (LEEM) et une étude du Centre de recherche de l'Essec (voir bibliographie). Le champ de ces trois études concerne cinq pays européens : la France, l'Italie, l'Allemagne, le Royaume-Uni et l'Espagne. La source des données est la base internationale d'IMS-Health. Les données concernent les ventes de médicaments réalisées par les laboratoires pharmaceutiques et les grossistes répartiteurs aux officines. Les ventes des produits pharmaceutiques ne passant pas par le circuit des officines, notamment celles destinées aux hôpitaux ou à d'autres distributeurs, ne sont pas prise en compte dans cette base.

L'étude du LEEM s'est limitée à trois classes thérapeutiques : les médicaments des voies digestives et du métabolisme, les médicaments du système cardio-vasculaire et du système nerveux. Sept classes ont été retenues pour l'étude du Centre de recherche de l'Essec : les antidiabétiques oraux, les antibiotiques, les hypocholestérolémiants, les antiasthmatiques, les produits de l'hypertension artérielle, les antidépresseurs et les tranquillisants. L'analyse de la consommation et des dépenses de médicaments menée par l'Assurance maladie porte sur huit classes : les antidiabétiques oraux ; les antibiotiques ; les antiasthmatiques ; les hypocholestérolémiants dont les statines ; les produits de l'hypertension artérielle ; les antidépresseurs ; les tranquillisants et les inhibiteurs de la pompe à protons (antiulcéreux). Les classes sélectionnées représentent un poids important de la consommation de médicaments dans les pays comparés ainsi qu'un intérêt spécifique en termes de santé publique.

Les enquêtes de santé européennes (réalisées en 2007-2009) comprennent des questions sur la consommation de médicaments pour quinze types de médicaments mais les données ne sont pas encore disponibles. A l'avenir, ECHIM recommande d'utiliser cette source de données.

Bibliographie

Haut Conseil Pour l'avenir de l'Assurance maladie (2006). « Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie », Paris.

Clerc, M.-E., C. Pereira, *et al.* (2006). « Le marché du médicament dans cinq pays européens, structure et évolution en 2004 », Drees.

Le Pen C., Lemasson H, *et al.* (2007). « La consommation médicamenteuse dans cinq pays européens : une réévaluation ». Etude pour le LEEM.

Sabban C. et Courtois J. (2007). « Comparaison européenne sur huit classes de médicaments », Points de repère, Cnamts.

75 - Mobilité des patients en Europe

La définition de l'indicateur relatif à la mobilité des patients est le nombre et la proportion de patients qui sollicitent des soins dans un pays autre que leur pays de résidence permanente.

Cet indicateur est actuellement en développement au niveau des systèmes d'information mobilisables ou à créer.

En attendant, les données présentées dans cette fiche sont des estimations du pourcentage de patients ayant reçu des soins dans un Etat membre de l'Union européenne, autre que celui dont ils sont ressortissants. Les chiffres sont issus du Rapport d'information de la Commission des affaires européennes sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (2009) et de l'Eurobaromètre sur les services de santé transfrontaliers dans l'Union européenne (2007).

La mobilité des patients en Europe est un phénomène limité

D'après la Commission européenne, 3 à 4% des citoyens européens auraient reçu des soins en dehors de l'Etat membre dont ils sont ressortissants. Les estimations données par une enquête Eurobaromètre sont similaires : 4% en moyenne de la population européenne aurait reçu un traitement médical en dehors de ses frontières au cours des douze derniers mois (Flash Eurobaromètre n° 210, *Cross-Border Health Services in the EU - les services de santé transfrontaliers dans l'Union européenne*, 2007). Le pourcentage pour la France est proche de la moyenne de l'UE (4%). Les variations entre les pays de l'UE se situent entre 2 et 8% avec une exception notable pour le Luxembourg dont 20% de la population déclare avoir reçu des soins à l'étranger (Flash Eurobaromètre, 2007.). Parmi les facteurs explicatifs de cette faible mobilité observée, la volonté des patients d'être soignés dans un environnement familial. La langue est également un obstacle important sans oublier le coût financier que représente un traitement médical à l'étranger (Ries, 2009). Les deux premiers de ces facteurs sont confirmés *a contrario* par les pourcentages relativement élevés constatés à la fois en République tchèque (7,6%) et en Slovaquie (6,9%). Enfin il semble que les patients mais aussi les professionnels de santé ignorent souvent les droits des citoyens européens en matière de remboursement des soins de santé transfrontaliers : 30% de la population de l'UE ne sait pas qu'elle peut bénéficier de soins en dehors de son pays d'affiliation et être remboursée (Flash Eurobaromètre, 2007.)

De plus en plus de patients sont soignés dans un autre pays européen

La mobilité des patients en Europe est un phénomène limité mais en progression. Le montant des remboursements par le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) de soins dispensés au sein d'un autre Etat membre pour des patients français a augmenté de 50% entre 1998 et 2007. Parallèlement, les remboursements effectués au CLEISS ont augmenté sur la même période de 21%. La mobilité des patients français vise essentiellement des pays limitrophes comme l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, l'Italie ou le Royaume-Uni. Selon les estimations de la Commission européenne, le flux des patients devrait doubler dans les années à venir. Ces prévisions reposent sur le constat de la progression des soins dans les

zones transfrontalières (représentant la moitié des flux de patients), la grande variabilité des temps d'attente et des coûts selon les spécialités et les Etats membres (Ries, 2009).

Tableau 1
**Flux financiers
des remboursements
de soins**

Années	Remboursement par le CLEISS	Remboursement au CLEISS	Solde
1998	113 606 331	379 440 081	+ 265 833 749
1999	122 211 504	435 428 870	+ 313 217 366
2000	98 461 699	349 066 973	+ 250 605 274
2001	122 605 178	258 989 755	+ 136 384 577
2002	130 299 839	366 259 513	+ 235 959 673
2003	176 463 436	426 748 910	+ 250 285 474
2004	167 108 539	405 910 724	+ 238 802 185
2005	212 427 349	436 016 061	+ 223 588 711
2006	233 042 474	553 429 673	+ 320 387 199
2007	226 531 557	482 622 094	+ 256 090 537

Ces données montrent que la France est pour l'instant plus « vendeuse » de soins à des ressortissants des pays voisins que l'inverse.

Source : Ries, 2009

Méthodologie et comparabilité

L'indicateur du projet ECHIM sur la mobilité des patients est encore en développement.

La mobilité des patients au sein de l'Union européenne est difficile à estimer car il n'existe pas de mesure standardisée et routinière de ce phénomène.

Les données citées dans cette fiche sont issues pour une part du Rapport d'information de la Commission des affaires européennes sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (2009). Ce rapport, dans sa première partie, dresse un état de la mobilité des patients et de leurs droits dans l'Union européenne.

D'autres données proviennent de l'Eurobaromètre sur les services de santé transfrontaliers dans l'Union européenne (Flash Eurobaromètre n° 210, *Cross-Border Health Services in the EU - les services de santé transfrontaliers dans l'Union européenne*, 2007). Cette enquête a couvert l'ensemble des Etats membres sur un échantillon de 27 200 personnes de 15 ans et plus, sélectionnées au hasard. Les entretiens ont été principalement conduits au téléphone mais dans certains pays ils ont été renforcés par des entretiens face-à-face afin de pallier le manque de raccordement téléphonique de la population. La qualité de ces données est soumise à caution au regard de la faiblesse de l'échantillon considéré.

Bibliographie

Ries R. (2009). « Les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers », Rapport d'information de la Commission des affaires européennes, Sénat.

Flash Eurobaromètre n° 210. *Cross-Border Health Services in the EU* (Les services de santé transfrontaliers dans l'Union européenne), rapport analytique d'une enquête menée par The Gallup Organization, Hongrie, à la demande de la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne (DG Sanco), 2007.

76 - Couverture des dépenses de santé

L'indicateur sur la couverture par une assurance santé est la proportion de la population possédant une assurance santé, publique ou privée. Cette assurance prend en charge un panier défini de soins incluant tous les types de soins de santé, c'est-à-dire les soins hospitaliers et ambulatoires ainsi que les produits pharmaceutiques. L'indicateur renseigne sur le taux de personnes protégées, mais pas sur le niveau de couverture. Il permet d'estimer l'équité quant à l'accès aux soins et les inégalités sociales au sein d'un système de santé.

Les assurances santé publiques (gouvernementales/sociales) font référence à des assurances santé financées par des taxes et des impôts et incluent les systèmes d'assurances sociales basées sur des cotisations sociales. Les assurances santé privées font référence à des régimes d'assurance santé dans lesquels les polices sont souscrites par les individus eux-mêmes ou par leur entreprise et financés en majeure partie* par ces agents. Les primes collectées sont consacrées aux dépenses de santé.

La quasi-totalité de la population en France est couverte par une assurance santé

Pour les pays de l'UE27 dont les données sont disponibles, le taux de couverture par les assurances santé est proche de 100%. Les différences entre les pays sont très faibles, la Slovaquie étant l'Etat dont le taux de couverture est le plus faible (95,5% en 2007). En 2008, 99,9% de la population en France est assurée au moins partiellement pour les frais de santé. Les 0,1% restant correspondent aux travailleurs en situation irrégulière. La France a atteint ce taux depuis 2004 grâce à l'introduction en 2000 de la couverture maladie universelle (CMU). La Sécurité sociale finance en effet 75,5% des dépenses de soins et de biens médicaux pour la quasi-totalité de la population. Par ailleurs, 88,3% de la population française dispose d'une assurance maladie complémentaire permettant de rembourser la part non prise en charge par la Sécurité sociale. Ces complémentaires santé financent la dépense de soins et de biens médicaux à hauteur de 13,8%. Enfin, les personnes ne disposant pas de couverture maladie complémentaire représentent environ 6,1% de la population (source rapport ESPS, Irdes, 2010). Les prestations de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) représentent moins de 1% de la dépense de soins et de biens médicaux.

Plusieurs pays fournissent une couverture universelle (100%) à tous leurs citoyens, au travers par exemple d'un système financé par l'impôt ou un Système national de santé (NHS) gratuit pour les usagers, comme c'est le cas par exemple au Royaume-Uni, au Portugal et en Italie. Néanmoins, dans ces pays, les individus peuvent acheter une assurance privée couvrant l'accès au secteur privé afin d'avoir un accès aux soins plus rapide ou plus de choix dans les prestataires ou pour avoir accès à des soins

* L'Etat peut subventionner une couverture santé privé, par des aides directes (ACS, aide à la couverture santé) ou indirectes (exonérations de charges sociales et fiscales pour les contrats collectifs obligatoires, de charges fiscales pour les contrats Madelin).

supposés de meilleure qualité. Par ailleurs, la couverture par une assurance santé n'est pas obligatoire dans tous les pays. C'est par exemple le cas aux Pays-Bas pour les individus dont le revenu excède un certain seuil.

Dans la plupart des pays, la proportion de la population bénéficiant d'une couverture maladie est stable depuis les vingt dernières années. Seule la Slovaquie connaît une faible diminution de son taux de couverture depuis 2000. En France, depuis les années 1980, le taux tend à se rapprocher de 100 %.

Tableau 1
Proportion de la population couverte par une assurance santé publique ou privée en 2007

Pays	%	Pays	%
Slovaquie	95,5	Danemark (2008)	100
Luxembourg	97,9	Finlande (2008)	100
Pologne	98,1	Grèce	100
Espagne (2006)	98,3	Hongrie	100
Pays-Bas	98,6	Irlande (2008)	100
Autriche	98,7	Italie (2006)	100
Belgique	99	Portugal	100
Allemagne	99,8	Suède (2008)	100
France (2008)	99,9	Royaume-Uni	100
République tchèque	100		

Source : OCDE, 2010

L'accès aux soins pour tous en France grâce à la couverture maladie universelle

La CMU de base permet l'accès aux soins à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie. Les personnes dont le revenu fiscal annuel est supérieur à un seuil (9 030 € par an au 1^{er} octobre 2010) doivent s'acquitter d'une cotisation annuelle de 8 % sur le montant des revenus supérieur à ce seuil (3 % des cas). Les personnes dont le revenu fiscal se situe au-dessous du seuil, les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et les bénéficiaires de la CMUC sont exemptés de cotisations. Le nombre de bénéficiaires de la CMU de base a passé le seuil des 2 millions fin décembre 2009 (CMU*). Par rapport à décembre 2008, cela représente une augmentation de plus de 40,5 %. La CMUC (protection complémentaire comparable à une mutuelle) est attribuée à toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous condition de ressources. Ce montant varie selon la composition du ménage. La CMUC permet de bénéficier d'une couverture complète des dépenses de santé, sans avance de frais, pour l'ensemble des prestations médicales appartenant au panier de l'assurance maladie. Le nombre de bénéficiaires de la CMUC est passé de 4,33 millions en 2005 à 4,15 millions en 2009*. En 2009, la répartition géographique des taux de couverture par la CMUC révèle des inégalités importantes : de 3,4 % pour la Bretagne à 9,6 % pour le Nord - Pas-de-Calais et 9,1 % pour le Languedoc-Roussillon.

* Effectif des bénéficiaires de la CMU complémentaire, synthèse France entière, 2005-2009, CMU, <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?id=3&cat=75>, 2010

A la CMUC s'ajoute un dispositif de subventionnement des contrats d'assurance santé privé pour les personnes dont le revenu est compris entre le seuil de la CMU et ce même seuil majoré de 20% (634€ à 760€ par mois pour une personne seule). Cette aide financière ou aide à la complémentaire santé (ACS) augmente avec l'âge, allant de 100€ par personne pour les moins de 16 ans à 500€ pour les 60 ans et plus.

Méthodologie et comparabilité

L'OCDE fournit les taux de couverture par une assurance santé pour 17 des 27 pays de l'Union européenne en 2007. Ces données proviennent de sources variées telles que les bureaux nationaux de statistiques, les ministères de la Santé et les organismes d'assurances. Les enquêtes sur l'emploi sont aussi d'importantes sources de renseignements car la majorité des systèmes de sécurité sociale relie les droits aux prestations sociales à l'emploi.

Le pourcentage donné pour la France (99,9%) correspond aux taux de personnes couvertes en France par une assurance maladie obligatoire mais parmi elles 6,1% ne sont couvertes ni par une assurance maladie complémentaire ni par la couverture maladie universelle complémentaire et ne bénéficient donc pas d'une couverture « totale ». A noter également que certaines assurances complémentaires ne couvrent pas la totalité des soins.

Les données spécifiques sur la couverture santé complémentaire pour la France sont fournies par l'Irdes qui conduit tous les deux ans l'enquête sur la Santé et la protection sociale (ESPS).

Bibliographie

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMU.htm>
<http://www.ameli.fr/fiches-synthetiques/c.m.u.-et-c.m.u.-complementaire.php>

77 - Dépenses de santé

La dépense totale de santé d'un pays est la somme des dépenses de santé du secteur public et du secteur privé dans le pays pour une année donnée. Cette dépense est exprimée en pourcentage du produit intérieur brut (PIB). La dépense de santé regroupe les dépenses courantes de santé et les investissements. Les dépenses courantes de santé sont les ressources économiques allouées aux biens et aux services, elles incluent les dépenses administratives et les assurances. L'adéquation entre l'allocation des ressources dans un souci d'équité, d'efficacité

et d'efficacité des services de santé est une considération récurrente majeure. C'est pourquoi il existe une demande croissante pour des comparaisons internationales.

La France est le pays européen où la part des dépenses de santé dans le PIB est la plus élevée

La part de la richesse nationale que les pays consacrent aux dépenses de santé croît en général avec le niveau de vie (Simon, Tallet, 2010). Avec 11,2% de son PIB alloué à la santé en

en pourcentage du PIB

• En France, les dépenses de santé représentent 11,2%

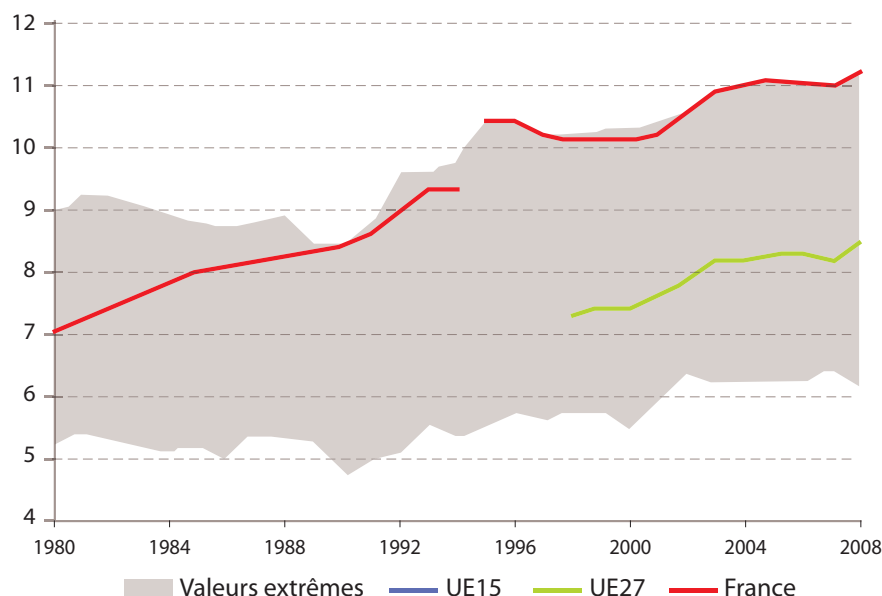
• 1^{er} rang européen (ordre décroissant)

• Pays aux extrêmes : France 11,2% / Estonie 6,1%

Données : OCDE, 2008

Figure 1 **Evolution des dépenses totales de santé (exprimées en pourcentage du PIB) en France et dans l'UE** entre 1980 et 2008

NB : La rupture de tendance pour la France en 1995 s'explique par le changement de base intervenu cette année-là. Le changement de base est une révision périodique des concepts, des méthodologies et des données utilisées pour l'estimation des dépenses de santé. Les données les plus récentes reposent sur la « base 2000 » et les séries ont été réétalonnées jusqu'en 1995 seulement. La moyenne de l'UE n'est disponible que pour la période 1998-2008..



Source : OCDE. Données françaises : ministère chargé de la Santé

En 2008, la France est le pays de l'Union européenne aux dépenses de santé les plus élevées depuis 2003, suivie de près par l'Allemagne et l'Autriche (10,5 %) ainsi que la Belgique (10,2 %). L'écart est très important avec les nouveaux Etats membres, comme l'Estonie qui consacre 6,1 % du PIB à la santé ou la Pologne (7 %) et la République tchèque (7,1 %). En moyenne, dans les pays de l'UE27, les dépenses consacrées à la santé représentent 8,5 % du PIB en 2008.

Le classement des pays européens est modifié si on considère comme indicateur de comparaison les dépenses de santé par habitant, exprimées en parité de pouvoir d'achat (PPA). La France avec 3 172 euros PPA dépensés par habitant en 2008 n'arrive plus qu'en sixième position après le Luxembourg (3 703 euros), les Pays-Bas, l'Autriche, l'Irlande et l'Allemagne (OCDE 2010). La plupart des pays du nord et de l'ouest de l'Union européenne, avec une dépense par habitant comprise entre 2 500 et 3 500 euros PPA, se situent entre 10 % et 60 % au-dessus de la moyenne de l'UE (OCDE 2010). Les deux indicateurs (part des dépenses de santé dans le PIB et dépenses par habitant en PPA) ne délivrent pas toujours le même message. Par exemple, l'Allemagne et le Portugal dépensent environ 10 % de leur PIB pour la santé, cependant la dépense par habitant (en PPA) est plus d'une fois et demie plus élevée en Allemagne, ce qui reflète la différence de niveau dans le PIB par habitant.

La part des dépenses de santé dans le PIB augmente dans les pays de l'UE

On observe une évolution extrêmement irrégulière de la croissance moyenne de la part des dépenses de santé dans le PIB dans les pays de l'Union européenne entre 1980 et 2008. Les forts taux de croissance moyens sur la période 2000 à 2003 (entre

3 et 4%) sont vraisemblablement liés aux ruptures dans les séries de plusieurs pays (OCDE 2010). La France a connu également une rupture de tendance en 1995 liée à un changement de base. L'année 2008 se caractérise pour l'UE considérée dans sa globalité par un pic de croissance des dépenses de santé dans le PIB (+4%) (OCDE 2010). D'après Eco-Santé OCDE 2010, la part du PIB allouée aux dépenses de santé augmente également dans les pays de l'OCDE, dont font partie les membres de l'UE. Sur les dix dernières années (1998-2008), la dépense de santé par habitant a augmenté de 4,6% par an en moyenne dans l'UE. Ce phénomène s'explique par la progression plus rapide des dépenses totales de santé par rapport à la croissance économique. Les progrès technologiques, le vieillissement démographique et les besoins croissants des populations sont à l'origine de l'accroissement des dépenses de santé. Dans certains pays, la combinaison d'un contexte économique dégradé et d'une hausse des coûts de santé a rendu l'augmentation des dépenses de santé en part de PIB particulièrement perceptible. En Irlande, par exemple, le pourcentage du PIB consacré aux dépenses de santé est passé de 7,5% en 2007 à 8,7% en 2008 et en Espagne de 8,4% à 9% sur la même période. En Allemagne, en revanche, la dépense par habitant n'a augmenté que de 1,8% par an en moyenne sur la dernière décennie reflétant les effets des politiques de maîtrise des coûts.

Méthodologie et comparabilité internationale

Un cadre formel qui permettrait un calcul normalisé des dépenses de santé a été proposé par l'OCDE, l'OMS et Eurostat en 2008, mais ce «*System on Health Accounts*» (SHA, Système de comptabilité en matière de santé) n'est pas encore pleinement appliqué. Les comparaisons internationales restent méthodologiquement imparfaites. Certains Etats prennent en compte les dépenses totales (dépenses courantes et investissements), d'autres ne considèrent que les dépenses courantes (par exemple aux Pays-Bas). D'autres pays produisent des comptes dont les recouvrements ne suivent pas les règles SHA, notamment en ce qui concerne les appellations de ce que sont les «dépenses de santé» et les «dépenses sociales» (Irlande et Finlande). La comptabilité utilisée par certains Etats ne permet pas une estimation précise de leurs dépenses de santé. Elle enregistre notamment d'importantes dépenses de santé à titre de «dépenses sociales», ce qui conduit à une sous-estimation des dépenses de santé (Grèce, Italie, Royaume-Uni). La méthodologie utilisée par la France est proche de celle recommandée par le SHA. Les données françaises sont issues du ministère chargé de la Santé et notamment des Comptes nationaux de la santé. La rupture de tendance pour la France en 1995 s'explique par le changement de base intervenu cette année-là. Le changement de base est une révision périodique des concepts, des méthodologies et des données utilisées pour l'estimation des dépenses de santé. Les données les plus récentes reposent sur la «base 2000» et les séries ont été rétro-polées jusqu'en 1995 seulement.

Bibliographie

Base de données : OCDE.

Eco-Santé OCDE (2010). «L'augmentation des dépenses de santé pèse sur les budgets publics», selon Eco-Santé OCDE 2010.

OCDE (2010). *Health at a Glance*, Europe 2010.

Simon C., Tallet F. (2010). «Dynamique des dépenses de santé en période de crise économique», in Les Comptes nationaux de la santé 2009, Drees.

78 - Taux de survie au cancer

L'indicateur porte sur le taux de survie au cancer à cinq ans. Le taux de survie au cancer est dit relatif car c'est une estimation de la proportion des patients qui survivent au moins cinq ans après le diagnostic, correction faite de la mortalité liée à d'autres causes. Les dix catégories de cancer pris en compte sont :

- 1) tous les cancers combinés
- 2) les cancers de la trachée, des bronches ou des poumons
- 3) le cancer du sein
- 4) le cancer colorectal
- 5) le cancer de la prostate
- 6) le cancer de l'estomac
- 7) le mélanome
- 8) le cancer du col de l'utérus
- 9) les leucémies et lymphomes
- 10) tous les cancers de l'enfant (de 0 à 14 ans). Le taux de survie reflète d'une part l'efficacité du système de santé d'un pays concernant le dépistage du cancer et d'autre part la qualité du traitement.

Selon les données du réseau Francim, le taux de survie relative à cinq ans, tous cancers confondus, des patients diagnostiqués entre 1989 et 1997 est estimé à 52 % en France. Le taux varie selon le sexe : 44 % chez l'homme et 63 % chez la femme, les hommes ayant généralement des cancers plus graves (la situation du cancer en France en 2011) et également une durée de survie inférieure pour la plupart des sites communs aux deux sexes (Micheli A. *et al.*). Par ailleurs, la survie diminue avec l'âge même en tenant compte de l'élimination des décès liés à d'autres causes. Cela résulte de plusieurs phénomènes : une plus grande fragilité des sujets âgés, un stade de diagnostic plus avancé, une thérapeutique moins agressive ou moins efficace, mais aussi la nature des tumeurs (Rapport sur l'état de santé de la France, 2011). Il faut donc tenir compte de l'âge pour réaliser des comparaisons internationales. Pour cela il est utilisé une population de référence spécifique au problème du cancer : *International Cancer Survival Standard Population* (Corazziari I. *et al.*). C'est ce qui est fait dans la base de données Eurocare qui constitue la source de référence pour le projet ECHI et qui est utilisée dans cette fiche. La comparaison entre pays peut également être affinée en tenant compte du poids respectif des différentes localisations cancéreuses par pays (par exemple un pays pour lequel le cancer du poumon est relativement important aura un taux de survie relative pour l'ensemble des cancers plus faible selon le même mécanisme que pour la comparaison entre hommes et femmes) mais ces calculs ne sont pas faits en routine.

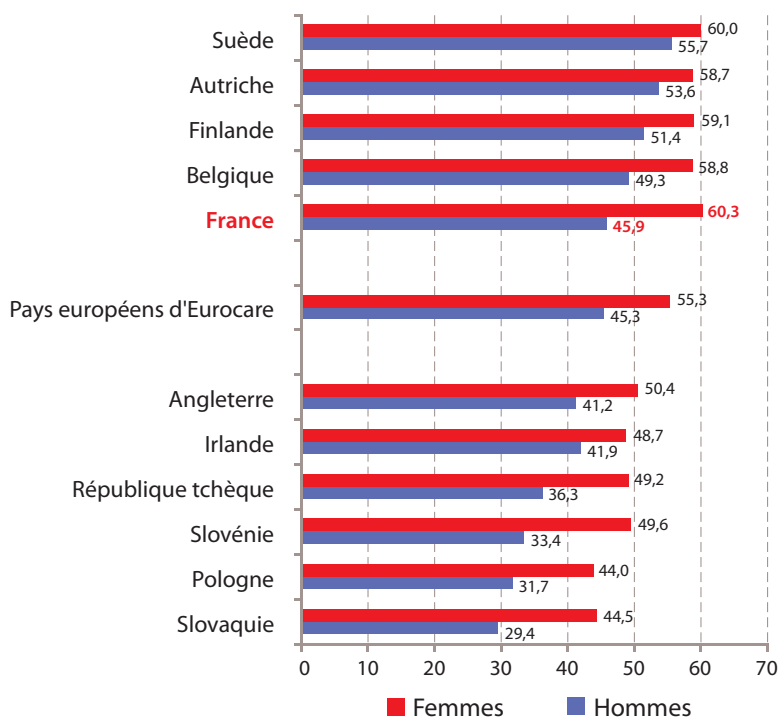
Les taux de survie au cancer en France sont parmi les plus élevés de l'Union européenne

Taux de survie à cinq ans au cancer Cas diagnostiqués entre 1995 et 1999	
<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>
• France : 60% (données standardisées par âge)	• France : 46% (données standardisées par âge)
• 1 ^{er} rang européen (ordre décroissant)	• 8 ^e rang européen (ordre décroissant)
• Pays aux extrêmes : France et Suède 60% / Pologne 44%	• Pays aux extrêmes : Suède 56% / Pologne 32%
Données : Eurocare, 1999	

Les données de taux de survie relative à cinq ans avec standardisation sur l'âge fournies par l'étude Eurocare-4 sont de 52,4 ans pour la France, ce qui la situe en 5^e rang par ordre décroissant sur les 17 pays de l'UE présents dans la base, derrière la Suède (58,3), l'Autriche (56,1), la Finlande (55,7) et la Belgique (54,2). L'Allemagne et le Portugal (52,3) ainsi que l'Italie (51,8) ont des résultats

équivalents. Les nouveaux Etats membres présents dans la base présentent des données notablement inférieures (37,5 ans pour la Slovaquie, 38,6 pour la Pologne). Mais on note que les îles Britanniques (l'Irlande avec 45,5 ans et l'Angleterre avec 46,2 ans) se situe également nettement en dessous des autres pays de l'UE15 étudiés. Les résultats par sexe sont tout à fait différents de l'ensemble puisque la France présente les données de survie à cinq ans les meilleures pour les femmes avec 60,3 ans devant la Suède avec 60,0 ans et la Finlande avec 59,1 ans, alors qu'elle se situe au 8^e rang pour les hommes, 45,9 ans à rapprocher de 55,7 ans pour la Suède.

Figure 1 **Pays ayant les taux de survie relatifs à cinq ans pour l'ensemble des cancers diagnostiqués entre 1995 et 1999 les plus élevés et les plus faibles parmi les pays de l'UE participant à Eurocare**



Base de données Eurocare-4, données standardisées sur l'âge

De fait, dans tous les pays étudiés sans exception, la durée de survie des femmes est supérieure à celle des hommes mais l'écart est particulièrement important en France (14,4 ans à comparer à 4,3 ans en Suède). Seules la Slovaquie, Malte et la Slovénie présentent des écarts plus importants. La différence de durée de survie entre les hommes et les femmes ne tient pas seulement au fait que les hommes sont plus sujets à des cancers plus agressifs puisqu'une différence dans les taux de survie est également constatée pour les sites communs aux deux sexes, ce meilleur pronostic étant attribué à une plus faible prévalence de comorbidité, un stade plus précoce au diagnostic et une meilleure résistance à la maladie (Micheli *et al.*). La position relative de la France est notablement différente pour les femmes lorsque l'on tient compte du poids respectif des différents types de cancer : en utilisant la même incidence des différents cancers pour tous les pays de l'étude, les taux de survie relatifs à cinq ans sont de 54,6 % pour les femmes et de 44,8 % pour les hommes en France, ce qui la situe pour les femmes simplement au niveau de la moyenne européenne en 7^e position derrière la Suède (57,9 %), l'Italie, la Finlande, la Belgique, l'Autriche et les Pays-Bas. Cette différence de classement s'explique en particulier par le fait que la France est un pays de forte incidence du cancer du sein, avec la 25^e plus forte incidence sur les 27 pays de l'UE, dont le taux de survie à cinq ans est de 79 % en moyenne contre 55 % pour l'ensemble des cancers pour les femmes. Par contre, cette standardisation complémentaire modifie peu les résultats pour les hommes, même si le cancer de la prostate, dont le taux de survie est supérieur de 30 % au taux de l'ensemble des cancers pour les hommes, contribue aussi à l'amélioration de la position relative de la France du fait que la France se situe parmi les pays de l'Union européenne à fort taux d'incidence de cancer de la prostate (la situation du cancer en France en 2011). Au-delà de cet aspect mécanique de forte incidence de ces deux cancers à bon pronostic, la situation relative de la France est systématiquement positive pour l'ensemble des localisations considérées.

Pour les cancers les plus répandus (colorectal, poumon, sein et prostate), la survie est plus élevée dans les pays du Nord (à l'exception du Danemark) et de l'Europe centrale, intermédiaire dans les pays du Sud, basse au Royaume-Uni et en Irlande, et très faible dans les pays d'Europe de l'Est. Par contre, le taux de survie au mélanome et à la maladie de Hodgkin (lymphome) varie moins selon les aires géographiques (Berrino *et al.*, 2007).

Quant aux cancers de l'enfant (0-14 ans), le taux de survie à cinq ans s'élève à 82 % en France contre 86 % en Autriche (taux le plus élevé) et 75 % à Malte (taux le plus faible).

Taux de survie à cinq ans pour le cancer (cas diagnostiqués entre 1995 et 1999) :		
<p><i>du poumon</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 13% (données standardisées par âge) • 6^e rang européen/18 pays (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : Belgique 16% / Danemark 8% 	<p><i>pour un mélanome</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 85% (données standardisées par âge) • 4^e rang européen/18 pays (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : Suède 91% / Pologne 63% 	<p><i>du col de l'utérus</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 67% (données standardisées par âge) • 2^e rang européen/18 pays (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : Malte 68% / Pologne 51%
<p><i>leucémie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 51% (données standardisées par âge) • 1^{er} rang européen/18 pays (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : France / Pologne 33% 	<p><i>de l'estomac</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 26% (données standardisées par âge) • 8^e rang européen/18 pays (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : Italie 32% / Pologne 14% 	<p><i>colorectal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 58% (données standardisées par âge) • 3^e rang européen/18 pays (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : Suède 59% / Pologne 39%
<p><i>du sein</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 83% (données standardisées par âge) • 3^e rang européen/18 pays (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : Suède 85% / Slovaquie 62% <p>Données : Eurocare, 1999</p>	<p><i>de la prostate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 78% (données standardisées par âge) • 8^e rang européen/18 pays (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : Autriche 87% / Slovaquie 47% 	<p><i>pour un cancer de l'enfant (0-14 ans)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 82% • 6^e rang européen/18 pays (ordre décroissant) • Pays aux extrêmes : Autriche 86% / Malte 75%

Les taux de survie au cancer augmentent en France et partout dans l'Union européenne

En France, à l'exception de quelques cancers, notamment le cancer du poumon, on observe une amélioration en matière de survie entre 1990-1994 et 1995-1999. Cette amélioration est rarement due aux seuls progrès thérapeutiques, mais est également liée à un diagnostic plus précoce du cancer, grâce au dépistage individuel ou organisé, ou à la simple évolution des méthodes de diagnostic. Cette tendance à l'accroissement de la survie s'observe également dans les autres pays européens et on note une tendance à la diminution des écarts grâce à une augmentation récente des taux de survie dans les pays où ils étaient faibles à l'origine.

Figure 2 **Pays ayant les taux de survie à cinq ans pour le cancer du sein les plus élevés et les plus faibles parmi les pays de l'UE participant à Eurocare**
(Cas diagnostiqués entre 1995 et 1999)

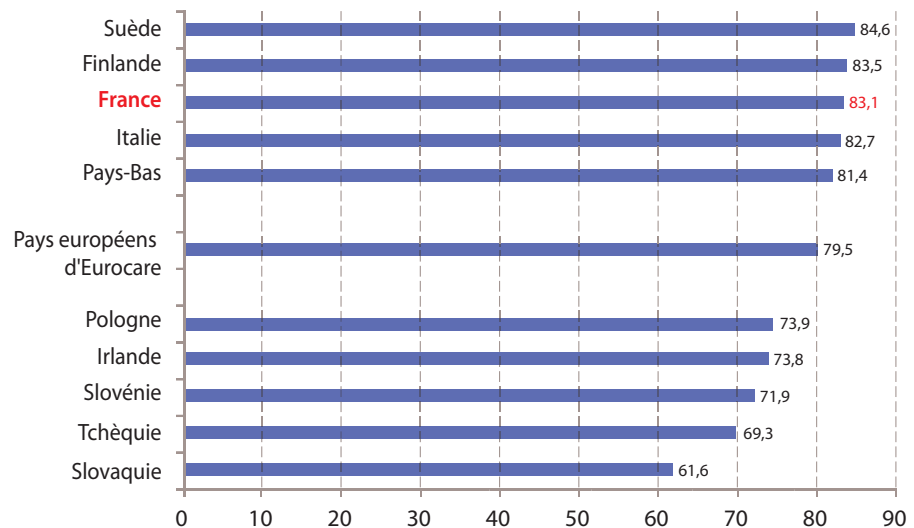
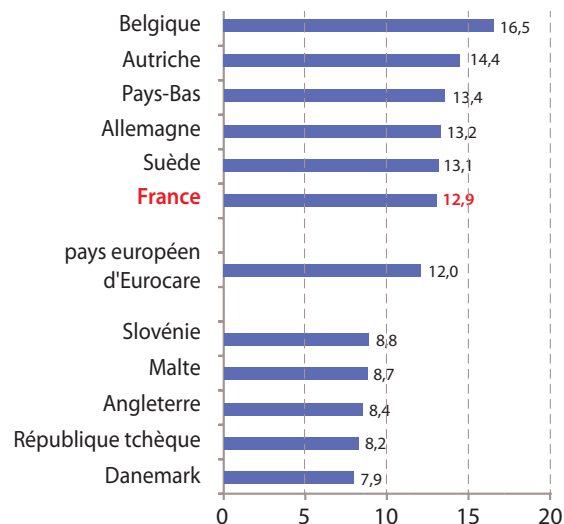


Figure 3 **Pays ayant les taux de survie à cinq ans pour le cancer du poumon les plus élevés et les plus faibles parmi les pays de l'UE participant à Eurocare**
(Cas diagnostiqués entre 1995 et 1999)



Base de données Eurocare-4, données standardisées sur l'âge

Méthodologie et comparabilité

Les données proviennent du projet coopératif Eurocare démarré en 1990 et qui en est à la phase 4. Les résultats correspondent à l'analyse d'environ 2 600 000 cas de cancers diagnostiqués entre 1995 et 1999 en provenance de 82 registres dans 23 pays. Des résultats sont fournis pour 44 sites. La durée de survie étant liée à l'âge, une standardisation sur l'âge est nécessaire pour les comparaisons internationales. Pour ce faire, il est utilisé les distributions par âge «*International Cancer Survival Standard*» (ICSS). L'ICSS se base sur des distributions par âge qui diffèrent selon le

modèle d'incidence par âge du cancer concerné : une pour les cancers dont l'incidence croît avec l'âge (soit 91 % des cas), une pour les cancers dont l'incidence varie peu avec l'âge (juste au-dessus de 7% des cas) et une pour les cancers du jeune adulte (moins de 2% des cas). La base de données fournit les données brutes et les données standardisées au moyen de l'ICSS.

Pour tenir compte des différences dans les poids respectifs des différents cancers selon les pays qui influent sur les résultats relatifs par pays du fait des différences considérables dans les perspectives de survie selon le site du cancer, une équipe a réalisé une standardisation complémentaire en appliquant à chaque pays les taux d'incidence moyens constatés sur l'ensemble des pays inclus dans la base. Ces calculs ne sont pas effectués en routine et ne sont pas disponibles directement dans la base.

Les pays inclus dans la base sont les pays de l'UE sauf la Bulgarie, la Roumanie, les pays Baltes et le Luxembourg ainsi que l'Islande, la Norvège et la Suisse. Ces trois pays participent donc aux moyennes fournies dans les graphiques. Enfin il est à noter que les données pour le Royaume-Uni sont fournies pour les quatre composantes séparément.

Bibliographie

Drees (2010). « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2011.

INCa. Rapport « La situation du cancer en France en 2011 », octobre 2011

« Survie attendue des patients atteints de cancer en France : état des lieux », INCa, avril 2010

Site du projet Eurocare : <http://www.eurocare.it/Caption/tabid/70/Default.aspx>

Corazziari I., Quinn M., Capocaccia R. (2004). « Standard Cancer Patient Population for Age Standardising Survival Ratios ». *Eur J Cancer*. Oct ; 40(15) : 2307-16.

Sant M., Allemani C., Santaquilani M., Knijn A., Marchesi F., Capocaccia R (2009). Eurocare Working Group. Eurocare-4. « Survival of Cancer Patients Diagnosed in 1995-1999. Results and Commentary ». *Eur J Cancer*. 2009 45 : 931-91.

Micheli A., Ciampichini R., Oberaigner W., Ciccolallo L., de Vries E., Izarzugaza I., Zambon P., Gatta G., De Angelis R. (2009). Eurocare Working Group. « The Advantage of Women in Cancer Survival: an Analysis of Eurocare-4 data ». *Eur J Cancer*. 2009 45 : 1017-27.

Berrino F., De Angelis R., Sant M., Rosso S., Lasota M., Coebergh J., Santaquilani M., (2007). « Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the Eurocare-4 study », *The Lancet Oncology*, 8: 773-83.

79 - Mortalité à trente jours, Infarctus du myocarde et AVC

L'indicateur retenu est la mortalité à trente jours des patients hospitalisés avec un diagnostic d'infarctus du myocarde (IDM) et d'accident vasculaire cérébral (AVC). Cet indicateur est un reflet de la gravité des événements et de l'adéquation des traitements particulièrement importants dans la phase aiguë. L'indicateur est restreint aux décès survenus à l'hôpital.

Mortalité à l'hôpital dans les trente jours pour une admission liée à un IDM

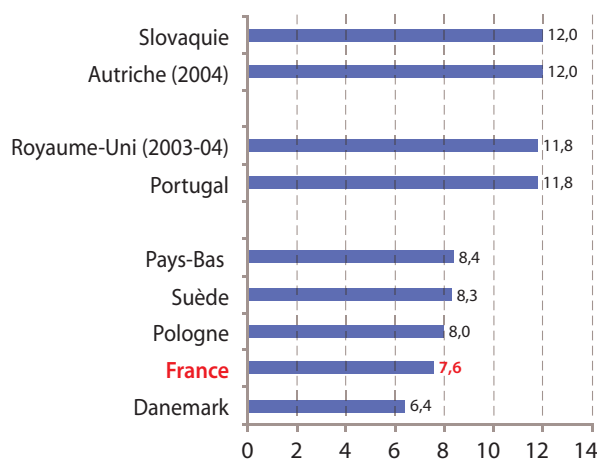
- France : 7,6 % en 2005
- 2^e rang sur 15 pays européens (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes : Danemark 6,4% / Slovaquie 12%

Données : OCDE, 2005

En France, la mortalité à trente jours des patients hospitalisés pour un IDM est faible

En France, la mortalité à l'hôpital dans les trente jours suivant une admission liée à un infarctus du myocarde en 2005 (dernières données analysées par l'OCDE) est une des plus basses de celles des 15 pays de l'UE analysés. Avec 7,6 %, elle appartient aux quatre pays ayant les mortalités les plus faibles, juste après le Danemark (6,4 %) et devant la Pologne (8 %) et la Suède (8,3 %).

Figure 1 **Mortalité à l'hôpital (%) dans les trente jours pour une admission liée à un infarctus du myocarde en 2005**



Source : OCDE, 2007

En France, la mortalité à trente jours des patients hospitalisés pour AVC est relativement élevée

En comparaison avec quinze autres pays de l'UE, la mortalité à l'hôpital dans les trente jours qui suivent un accident vasculaire cérébral est relativement élevée en France. Elle s'élevait en 2005 à 27 % en cas d'accident vasculaire cérébral hémorragique et à 11 % pour un accident vasculaire cérébral ischémique. Dans les deux cas, elle se situe au milieu de l'éventail des taux des pays concernés.

<p>Mortalité à l'hôpital dans les trente jours pour une admission liée à un AVC ischémique</p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 11,2% en 2005 • 10^e rang européen (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Royaume-Uni 5,5% (2003-2004)/ Slovaquie 12,2% <p>Données : OCDE, 2005</p>
<p>Mortalité à l'hôpital dans les trente jours pour une admission liée à un AVC hémorragique</p> <ul style="list-style-type: none"> • France : 27,3% en 2005 • 10^e rang européen (ordre croissant) • Pays aux extrêmes : Finlande 12,5% / Pologne 36,9% <p>Données : OCDE, 2005</p>

Dans l'ensemble, la mortalité en cas d'accident vasculaire cérébral hémorragique est plus élevée qu'en cas d'accident ischémique, illustrant ainsi la plus grande sévérité de l'AVC hémorragique.

De plus, les pays ayant les mortalités les plus élevées pour l'AVC d'origine ischémique sont également ceux qui présentent les mortalités les plus élevées pour l'AVC d'origine hémorragique.

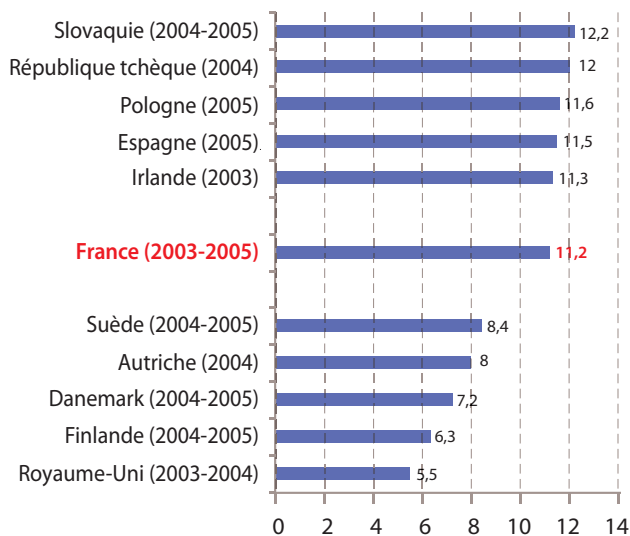
Néanmoins, les différences de mortalité dues à des AVC à l'échelle internationale doivent être interprétées avec précautions, la distribution par classes d'âge et probablement des changements dans les modalités de prise en charge hospitalières étant à prendre en compte.

La mortalité à trente jours a diminué ces dernières années

La mortalité à l'hôpital dans les trente jours due aux AVC et IDM a diminué en Europe. Il n'est toutefois pas possible de comparer au niveau international les données sur de longues périodes, les tendances, faute de données disponibles pour l'ensemble des pays. Mais, sur les deux ou trois dernières années, on observe

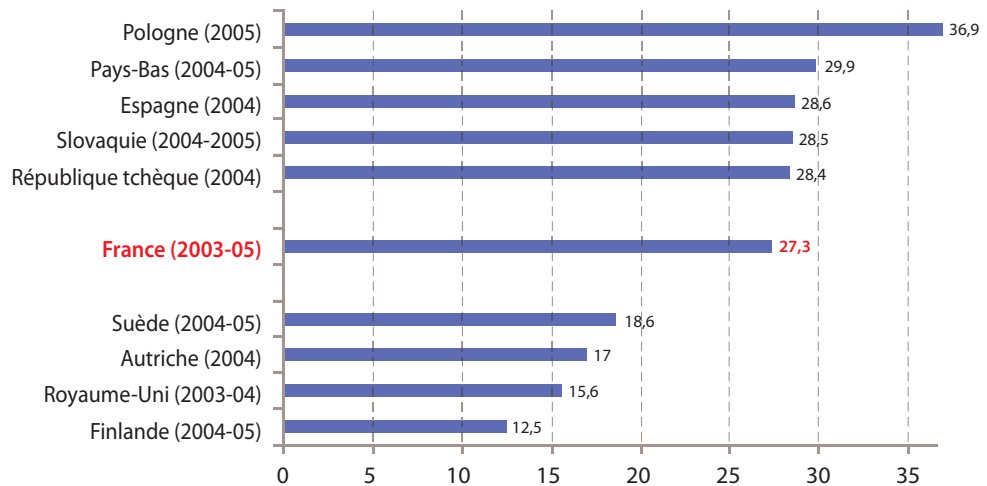
une diminution de la mortalité dans la plupart des pays (OCDE, 2007). Cette diminution peut être attribuée à divers facteurs : diminution de la gravité des événements, accès plus rapide à une prise en charge, meilleure qualité des diagnostics, progrès dans les traitements médicaux des AVC et IDM, (Panorama de l'état de santé, OCDE, 2007).

Figure 2 **Mortalité à l'hôpital (%) dans les trente jours pour une admission liée à un accident vasculaire cérébral ischémique en 2005 ou pour la dernière année disponible**



Source : OCDE, 2007

Figure 3 **Mortalité à l'hôpital (%) dans les trente jours pour une admission liée à un accident vasculaire cérébral ischémique en 2005 ou pour la dernière année disponible**



Source : OCDE, 2007

Méthodologie et comparabilité

Les données présentées sont issues des travaux de l'OCDE. Elles ont été recueillies à l'occasion du projet *Health Care Quality Indicators* (HCQI) – Projet relatif aux indicateurs de qualité des soins de santé – et concernent surtout l'année 2005. Dans l'absolu, cet indicateur devrait être calculé à partir du suivi de chaque patient durant trente jours. Cependant du fait que le plus grand nombre de pays n'ont pas la possibilité de suivre le devenir des patients après leur sortie de l'hôpital, le choix a été fait, dans une optique de comparabilité, de restreindre l'étude aux données hospitalières et à la mortalité survenue à l'hôpital. Cependant, la qualité de l'indicateur ainsi défini est restreinte par de possibles doubles comptes de patients en cas de transferts ou de ré-hospitalisations. De plus, les décès qui surviennent avant l'hospitalisation ne sont pas pris en compte et paradoxalement les prises en charges médicales précoces à l'hôpital contribuent au succès du traitement, mais également à l'augmentation du taux de décès car davantage de patients atteignent les hôpitaux avant leur décès.

Enfin, les données ne permettent pas de comparer les mortalités à trente jours par âge et sexe. Il n'est donc pas clairement établi dans quelles mesures les différences de taux de décès sont dues à des différences de prises en charge, à des différences de sévérité des maladies ou encore à des distributions différentes d'âge et de sexe des patients (OCDE, 2007).

L'édition 2009 du Panorama de l'état de santé de l'OCDE apporte des améliorations en présentant des données par sexe ainsi que des données ajustées sur l'âge et le sexe pour les patients de plus de 45 ans, mais la France est absente.

Bibliographie Panorama de l'état de santé, OCDE, 2007.

Panorama de l'état de santé, OCDE, 2009.

80 - Besoins de soins médicaux non satisfaits

L'indicateur retenu par le projet ECHIM pour évaluer l'égalité dans l'accès aux services de soins est le pourcentage de la population dont les besoins perçus en examens médicaux ou en traitements ne sont pas satisfaits pour une des trois raisons suivantes :

- 1) coût trop élevé du traitement,
- 2) liste d'attente ou
- 3) problèmes de transport.

Ce mode de calcul sous-entend que le principe d'égalité dans l'accès aux soins, appelé également principe d'équité horizontale dans la consommation de soins, serait atteint si tous les individus – à besoins égaux – étaient traités de manière égale et s'ils présentaient le même taux d'utilisation des services médicaux, et donc si la part d'individus ayant un besoin de soins non satisfait était nulle.

Besoins perçus en soins médicaux non satisfaits

par les femmes

- France : 2,3 %
- 12^e rang européen (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes :
Slovénie 0,2 % / Bulgarie 11,9 %

par les hommes

- France : 1,5 %
- 13^e rang européen (ordre croissant)
- Pays aux extrêmes :
Slovénie 0,1 % / Bulgarie 8,9 %

Données : Eurostat, 2009

Le pourcentage de la population dont les besoins perçus en soins médicaux sont insatisfaits reste non négligeable en France

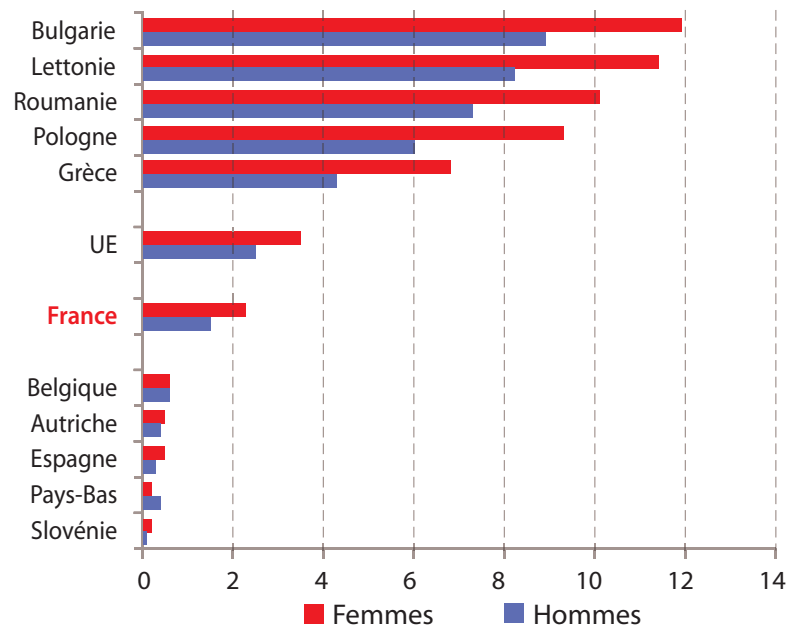
En France, le pourcentage de la population dont les besoins perçus en soins médicaux restent insatisfaits s'élève à 2,3 % pour les femmes et 1,5 % pour les hommes en 2009. Ces pourcentages sont inférieurs aux moyennes européennes tant pour les femmes (3,5 %) que pour les hommes (2,5 %).

Les variations sont très importantes au sein de l'Europe. La Bulgarie affiche par exemple un pourcentage de la population dont les besoins perçus en soins médicaux sont insatisfaits de 11,9 % pour les femmes contre seulement 0,2 % pour les femmes slovènes. Les pourcentages les plus élevés sont détenus par plusieurs nouveaux pays membres de l'UE (Bulgarie, Roumanie, Lettonie, Pologne) mais la Grèce et l'Italie présentent également des taux élevés. Inversement, plusieurs pays de l'Europe des 15, tels que les Pays-Bas, l'Espagne, l'Autriche, la Belgique), présentent des pourcentages semblables à ceux de la Slovaquie. Dans tous les pays européens, à l'exception de Pays-Bas et de la Belgique, plus de femmes que d'hommes estiment ne pas recevoir les soins qui leur seraient nécessaires.

Dans tous les pays européens, plus le revenu est bas, plus il existe des besoins perçus en soins médicaux non satisfaits

Dans tous les États européens, le pourcentage de personnes déclarant des besoins en soins médicaux non satisfaits est lié au revenu des ménages. Ce résultat est établi à partir des données par quintile de revenus des ménages qui montre un gradient croissant du premier au dernier de ces quintiles.

Une étude conduite dans 21 pays de l'OCDE n'a pas permis de montrer des différences de recours aux médecins généralistes selon le niveau de revenu à besoin de soins

Figure 1 **Besoins perçus non satisfaits (%) en examens médicaux en 2009**

Eurostat 2010. Données françaises : Insee

donné. En revanche, il semble que les personnes riches soient plus enclines à consulter un médecin spécialiste pour un même besoin de soins. Aucune tendance claire n'a émergé pour le recours aux services de soins des hôpitaux (Van Doorslaer et Masseria, 2005).

En 2008 en France, 16,5 % de la population de 18 à 64 ans a déclaré renoncer à des soins, incluant les soins dentaires et l'optique, pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires concerne 10,7 % de la population, ce qui en fait le type de soins le plus touché devant la lunetterie (4,0 %) (ESPS 2008). On observe un gradient très important du renoncement aux soins selon le niveau de vie : les personnes appartenant au quintile le plus pauvre ont plus de trois fois plus de risques de devoir renoncer à des soins que celles du quintile le plus aisé.

L'absence de couverture de santé complémentaire est le principal facteur de renoncement : 32 % des personnes non couvertes par une mutuelle santé complémentaire ont ainsi renoncé à des soins, contre 19 % des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et 13 % des bénéficiaires d'une couverture privée (rapport sur « L'état de santé de la France », 2008).

Méthodologie et comparabilité

Les données présentées sont issues du système communautaire EU-SILC, mis en place en 2003-2004. Tous les pays membres de l'UE participent à cette enquête depuis 2005. La partie française de ce système est le dispositif SRCV mis en œuvre par l'Insee.

Le questionnement est le suivant :

Au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ?

1. OUI au moins en une occasion j'en avais besoin et j'y ai renoncé
2. NON il n'est jamais arrivé que j'y renonce alors que j'en avais besoin

Parmi les raisons suivantes, quelle est la principale pour laquelle vous y avez renoncé ?

1. Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher
2. Le délai pour un rendez-vous était trop long, il y avait une file d'attente trop importante
3. Je n'avais pas le temps en raison de mes obligations professionnelles ou familiales
4. Le médecin était trop éloigné, j'avais des difficultés de transport pour m'y rendre
5. J'ai redouté d'aller voir un médecin, de faire faire des examens ou de me soigner
6. J'ai préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes
7. Je ne connaissais pas de bon médecin
8. Pour d'autres raisons

L'indicateur retient les *items* sur le coût, les listes d'attente et l'éloignement.

La comparabilité des résultats peut être affectée par des différences culturelles et également parce que le questionnement n'est pas encore totalement harmonisé. Eurostat a fourni un nouveau guide en 2007. Enfin les fluctuations d'échantillonnage sont non négligeables.

Cet indicateur a été également retenu comme un des indicateurs du volet sur la santé et les soins à long terme de la méthode ouverte de coordination dans le domaine de la protection et de l'inclusion sociale, et la distribution par quintile de revenus fait partie des indicateurs de développement durable.

La différence importante de niveau par rapport à l'étude mentionnée utilisant l'enquête santé et protection sociale provient de la restriction de l'indicateur aux seuls soins médicaux.

L'étude de l'OCDE mentionnée met en relation le nombre de visites déclarées auprès d'un médecin généraliste et d'un médecin spécialiste et l'état de santé déclaré.

Bibliographie

Boisguérin B., Després C., Dourgnon P., Fantin R., Legal R., (juin 2010). « Étudier l'accès aux soins des assurés CMUC, une approche par le renoncement aux soins », In Santé, soins et protection sociale en 2008. Paris : Irdes, 31-40.

Doorslaer E. van, Masseria C. and the OECD Health Equity Research Group Members, OECD *Health Working Paper* n°: 14.

Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. Paris: 2005

Indicateurs de développement durable:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/sdi/indicators/theme5>

81 - Délai d'attente pour la chirurgie non-urgente

L'indicateur sur le délai d'attente pour la chirurgie non urgente est le temps moyen d'attente pour une angioplastie coronaire percutanée transluminale (ACPT), une opération de remplacement de la hanche et une opération de la cataracte. Le délai d'attente est exprimé en nombre de jours. La chirurgie non-urgente est définie quand une opération est nécessaire mais non urgente et que le patient est renvoyé chez lui.

Les délais d'attente en France pour la chirurgie non-urgente sont faibles

- Faible attente pour la chirurgie non urgente en France
- Classement européen indisponible
- Pays aux extrêmes : indisponibles

Siciliani et Hurst, 2004

D'après une étude de l'OCDE, les délais d'attente pour la chirurgie non urgente en France sont nuls ou quasi nuls (Siciliani et Hurst, 2004). C'est le cas également de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique et du Luxembourg. Cette même étude montre en revanche que, dans certains pays européens, les temps d'attente pour des opérations estimées non urgentes sont importants. Ils varient de 18 jours aux Pays-Bas à 80 en Espagne et 81 en Angleterre pour une angioplastie. Les délais

pour un remplacement de la hanche et une opération de la cataracte non urgents sont plus élevés : respectivement 244 jours en Angleterre et 233 en Finlande. Ces délais moyens ne rendent pas compte de l'existence d'inégalités d'accès aux soins, en fonction des secteurs d'activités et d'éventuelles majorations d'honoraires.

Tableau 1
Temps d'attente moyen des patients admis selon les opérations dans six pays européens en 2000 (en jours)

Pays	ACPT	Remplacement de la hanche	Cataracte
Danemark		112	71
Finlande	30	206	233
Pays-Bas	18	96	111
Espagne	81	123	104
Suède			199
Angleterre	80	244	206

Source Siciliani et Hurst, 2004

Un faible temps d'attente est lié à la capacité de l'offre de soins et au montant des dépenses de santé

La comparaison des pays connaissant des délais d'attente avec ceux où ces délais sont absents renseigne sur les facteurs de nature à expliquer l'existence ou non de temps d'attente. Il existe un rapport étroit entre le temps d'attente et l'offre de soins (nombre de lits ou nombre de médecins en exercice) : plus la capacité de l'offre de soins est importante, plus l'attente se réduit (Siciliani et Hurst, 2004).

Méthodologie et comparabilité

Il existe quelques projets de l'OCDE sur ce sujet mais concernant un nombre limité d'États membres et il n'existe pas de perspective de collecte de données régulière sur ce thème. Aussi la faisabilité de cet indicateur est encore en discussion. En attendant la fiche est renseignée à partir d'une étude de l'OCDE de 2004, qui porte sur la comparaison des temps d'attente pour la chirurgie non urgente (Siciliani et Hurst, 2004). Dans cette étude, les délais d'attente pour la chirurgie non urgente sont calculés en prenant en compte le temps écoulé pour un patient sur la liste d'attente à partir de la date à laquelle il est ajouté à la liste, jusqu'à la date à laquelle il est admis pour l'opération. L'étude de l'OCDE date de 2004 ; or en France, il n'existe à ce jour aucune étude *ad hoc* consacrée à cette problématique, le sujet ayant été peu débattu au cours des dernières années.

Bibliographie

Siciliani et Hurst. « Causes de la disparité des délais d'attente en chirurgie non urgente dans les pays de l'OCDE ». *Revue économique de l'OCDE* n° : 38, 2004/1.

82 - Infections du site opératoire (ISO)

L'incidence des ISO est le rapport du nombre de patients atteints d'une ISO sur le nombre d'opérés sur la période d'observation. C'est un indicateur de la qualité des soins entourant une intervention chirurgicale, qui tient compte du type d'intervention et du terrain du patient. L'ISO peut entraîner une reprise chirurgicale, une prolongation de l'hospitalisation, voire être létale. Elle génère une augmentation des coûts pour le système de soins. L'incidence des ISO peut être réduite grâce au respect de procédures appropriées avant, pendant et après l'intervention chirurgicale, en particulier par le respect de mesures d'hygiène rigoureuses.

Les deux indicateurs suivants sont présentés dans cette fiche : l'incidence cumulative d'ISO et la densité d'incidence d'ISO. L'incidence cumulative correspond au pourcentage brut d'interventions chirurgicales ayant provoqué une ISO dans les trente jours suivant l'opération (ou dans l'année pour une opération liée à une prothèse de la hanche ou du genou). La densité d'incidence est le nombre d'ISO détectées avant la sortie du patient pour 1 000 journées postopératoires à l'hôpital. La densité d'incidence apparaît préférable pour les comparaisons internationales, car elle ne porte que sur les observations faites durant le séjour hospitalier, alors que les comparaisons sur l'incidence cumulative peuvent être affectées par des différences dans les systèmes de surveillance hors hôpital.

L'incidence des ISO apparaît dans l'ensemble relativement faible en France

L'incidence cumulative d'ISO moyenne estimée pour douze pays européens* est de 2,1 % pour les opérations retenues (*Surveillance of Healthcare-Associated Infections in*

* Les douze pays pour lesquels des données ont pu être collectées par l'ECDC sont l'Autriche, l'Allemagne, l'Espagne, la Finlande, la France, la Hongrie, l'Italie, la Lituanie, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni et la Norvège (bien que cette dernière ne fasse pas partie de l'UE).

Tableau 1 **Incidence cumulative d'ISO par catégorie d'interventions chirurgicales et par pays en 2007**

At : Autriche ; De : Allemagne ; Es : Espagne ; Fi : Finlande ; Fr : France ; Hu : Hongrie ; It : Italie ; Lt : Lituanie ; NL : Pays-Bas ; No : Norvège ; Pt : Portugal ; UK : Royaume-Uni

	At	De	Es	Fi	Fr	Hu	It	Lt	NL	No	Pt	UK	Total
Pontage coronarien (incision sternale et site donneur)	3,7	2,9	6,8		2,4		5,0	3,5		3,4		1,7 ¹	2,8
Cholécystectomie	0,7	1,3	3,5		0,8	2,8	1,9	0,5	2,9	7,6	2,0		1,4
Opération du colon	8,8	8,2	19,6		9,1	9,7	9,0	9,3	14,2		11,0	8,1 ²	9,5
Césarienne	1,2	0,8	3,3		1,9	2,3	1,6		1,8	7,4	0,5	6,4 ³	2,8
Prothèse de la hanche	1,6	1,2	1,5	2,4	0,8	3,0	1,0	0,4	3,3	3,8	1,9	0,8	1,2
Prothèse du genou	0	0,9	3,2	1,8	0,7	2,8	0,7	0,6	2,3			0,7	0,8
Laminectomie	0	0,2	1,7		0,5		0						0,4

Source : ECDC, *Surveillance of Healthcare-Associated Infections in Europe*, 2007, draft non publié.
Données françaises : InVSTableau 2 **Densité d'incidence d'ISO par catégorie d'interventions chirurgicales et par pays en 2007**

At : Autriche ; De : Allemagne ; Es : Espagne ; Fi : Finlande ; Fr : France ; Hu : Hongrie ; It : Italie ; Lt : Lituanie ; NL : Pays-Bas ; No : Norvège ; Pt : Portugal ; UK : Royaume-Uni

	At	De	Es	Fi	Fr	Hu	It	Lt	NL	No	Pt	UK	Total
Pontage coronarien (incision sternale et site donneur)	1,7	1,5	5,3		2,0		3,4	3,1		0,3		1,8 ¹	1,9
Cholécystectomie	0,7	1,0	3,4		0,5	2,0	1,0	0,4	0,5	2,0	1,3		0,9
Opération du colon	8,2	8,8	18,4		7,7	9,7	7,4	9,2	9,6		10,7	8,1 ²	8,8
Césarienne	0,7	0,5	0,7		0,7	1,9	0,4		0,5	1,7	0,4	1,7 ³	0,9
Prothèse de la hanche	0,9	0,8	1,3	0,7	0,3	2,7	0,7	0,4	1,1	1,1	0,9	0,6	0,6
Prothèse du genou	0	0,2	1,8	0	0,2	2,8	0,7	0,6	0,3			0,3	0,3
Laminectomie	0	0,2	1,3		0,1		0						0,2

Source : ECDC, *Surveillance of Healthcare-Associated Infections in Europe*, 2007, draft non publié.
Données françaises : InVS

1. Données pour l'Angleterre ;
2. Données pour l'Ecosse et le pays de Galles ;
3. Données pour le Royaume-Uni.

Europe, 2007, ECDC, 2009) (voir tableaux 1 et 2). Ce pourcentage varie selon les types de chirurgie : de 9,5 % pour les opérations du colon à moins de 1 % pour les laminectomies et les opérations pour une prothèse du genou.

L'indicateur de la densité d'incidence des ISO suit ces mêmes variations : la densité d'incidence moyenne pour les douze pays comparés s'élève à 1,5 ISO pour 1 000 journées post opératoires à l'hôpital pour les opérations retenues et varie de 6,5/1 000 journées postopératoires pour les opérations du colon contre un peu moins de 1 ISO pour 1 000 pour les opérations liées à une prothèse de la hanche, du genou ou une laminectomie. Les taux pour la France apparaissent dans l'ensemble relativement faibles : ils sont systématiquement inférieurs aux taux moyens calculés à l'exception de la densité d'incidence pour les pontages coronariens et l'incidence cumulative pour les laminectomies.

L'incidence des ISO a tendance à diminuer

L'analyse des tendances révèle qu'entre 2004 et 2007 les infections du site opératoire ont globalement diminué pour tous les types d'interventions chirurgicales, à l'exception de la chirurgie du colon et de la prothèse du genou qui ont augmenté en termes d'incidence cumulative (*Surveillance of Healthcare-Associated Infections in Europe*, 2007, ECDC, 2009). Cette tendance générale cache des disparités selon les pays. La France compte parmi les pays qui enregistrent les baisses de l'incidence cumulative les plus significatives, notamment pour les prothèses de hanche, les pontages coronariens et les césariennes. Au regard de la densité d'incidence, toutes les catégories d'interventions chirurgicales connaissent une baisse entre 2004 et 2007 même si elles sont faibles pour la chirurgie du colon et la prothèse du genou. La baisse est significative pour la France pour les prothèses de hanche, les pontages coronariens et les césariennes.

Cette tendance se confirme pour la France puisque les dernières données publiées montrent avec une analyse multivariée utilisant l'année 2004 comme référence une diminution globale de l'incidence des ISO de 13 % en 2005, de 22 % en 2006, de 27 % en 2007 et de 24 % en 2008 (« Surveillance des infections du site opératoire en France en 2008 », InVs 2010).

Méthodologie et comparabilité

Les données présentées sont issues du rapport de l'ECDC sur la surveillance des infections associées aux soins en Europe (*Surveillance of Healthcare-Associated Infections in Europe*, 2007, ECDC, 2009).

L'incidence cumulative d'ISO est le pourcentage brut d'opérations ayant provoqué une ISO (le numérateur est le nombre d'ISO détectées dans les trente jours suivant une opération ou dans l'année pour une opération de la prothèse de la hanche ou du genou, le dénominateur est le nombre total d'opérations pour chaque catégorie respective d'opérations. La densité d'incidence est le nombre d'ISO détectées avant la sortie du patient pour 1 000 journées postopératoires à l'hôpital. La densité d'incidence est l'indicateur préféré pour les comparaisons internationales. Il fait référence uniquement à la période du séjour à l'hôpital, par conséquent les comparaisons sont moins affectées par la variation de la durée du séjour postopératoire à l'hôpital ou par l'intensité de la recherche de cas d'ISO après la sortie. Cependant, l'incidence de den-

sité peut seulement être manquante (en particulier en Allemagne, en Finlande et en Pologne), l'incidence cumulative a été présentée également dans cette fiche. Une série d'autres facteurs limitent la portée des comparaisons entre pays : la sélection d'hôpitaux avec des problèmes spécifiques dans des pays à faible taux de participation au système de surveillance (par exemple en Hongrie), des différences dans les séries d'hôpitaux participant d'une année sur l'autre, des différences dans l'interprétation des cas, des aspects organisationnels tels que la participation obligatoire avec diffusion des résultats individuels des hôpitaux (par exemple au Royaume-Uni).

Bibliographie ECDC, (2009). « *Surveillance of Healthcare-Associated Infections in Europe, 2007* ». InVS, (2010). « *Surveillance des infections du site opératoire en France en 2008* ».

83 - Qualité de traitement du cancer

Indicateur en développement

84 - Contrôle de la maladie diabétique

Indicateur en développement

V. Interventions en santé : promotion de la santé

85 - Politiques sur le tabagisme passif

Les politiques sur le tabagisme passif sont toutes les actions menées par les autorités politiques de santé et autres pour prévenir le tabagisme passif, notamment la législation concernant la restriction de l'usage du tabac dans les lieux publics et celle concernant la publicité.

Ces politiques contribuent à réduire l'exposition à la fumée de tabac et à diminuer les risques pour la santé associés.

Les politiques de contrôle du tabagisme, en ayant pour objectif de diminuer l'usage des produits du tabac, et secondairement de réduire l'exposition de la population, fumeurs, ex-fumeurs et non fumeurs, aux effets du tabagisme, participent au contrôle du tabagisme passif

La législation des Etats membres de l'UE relative à l'interdiction de fumer est de plus en plus stricte.

L'ensemble des pays européens ont renforcé le cadre législatif de la consommation de tabac dans les lieux publics et sur le lieu de travail. En 2004, l'Irlande innove en interdisant de fumer dans les bars et restaurants ainsi que sur le lieu de travail. Cette tendance se propage progressivement à tous les Etats voisins européens.

De 2004 à 2007, l'élaboration par l'OMS, à la demande d'une partie de ces Etats membres, de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac (CCLAT), entrée en vigueur en février 2005 comme un règlement international qui s'impose à tous les pays, est la première tentative mondiale visant à réduire le tabagisme. La CCLAT exige des pays qui l'ont ratifiée (dont la France, très active dans le processus, le 19 octobre 2004) qu'ils mettent en place des mesures scientifiquement prouvées pour réduire le tabagisme et le fardeau considérable qu'il constitue en termes sanitaires, humains et financiers.

La majorité des vingt-trois pays comparés offrent aujourd'hui une large protection contre l'exposition à la fumée de tabac sur le lieu de travail, dans les transports et dans les lieux publics d'accueil du public (restaurants, bars, discothèques, espaces culturels). Cependant, ce constat global cache d'importantes disparités. Dans les transports publics, presque tous les pays interdisent l'usage du tabac. La force de cette interdiction est plus nuancée en ce qui concerne les lieux de travail, notamment pour les véhicules utilisés comme lieux de travail. Dans les véhicules utilisés comme lieux de travail (ex : taxi), près de la moitié des pays européens autorisent partiellement l'usage de tabac. La protection contre le tabagisme passif est beau-

coup plus faible dans les lieux d'accueil du public. La moitié des pays environ n'ont aménagé qu'une protection partielle contre le tabagisme passif dans les bars, restaurants et discothèque, les espaces culturels restent en revanche relativement bien protégés (OMS-CCLAT).

La lutte contre le tabagisme se renforce en France

En France, l'usage du tabac en public est réglementé depuis 1976 (loi Veil). La loi Évin du 10 janvier 1991 avait établi le principe d'une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs. Le décret du 15 novembre 2006* est venu modifier le cadre réglementaire précédent. Depuis le 1^{er} février 2007, le tabac est totalement interdit dans les milieux professionnel, scolaire et sanitaire et, depuis le 1^{er} janvier 2008, dans les lieux de convivialité accueillant le public. Aujourd'hui, le tabagisme passif est placé au cœur des priorités de santé en France (Drees 2010).

L'interdiction de fumer sur le lieu de travail est complète dans les établissements d'enseignement, les établissements sanitaires et les administrations publiques. Dans les autres lieux de travail, il est possible de mettre à la disposition des fumeurs des emplacements spécifiques. Il n'est permis de fumer dans aucun transport public, les taxis sont exclus (réglementation par arrêté préfectoral). Enfin dans les bars, cafés, restaurants et discothèques, des emplacements réservés peuvent être aménagés à condition qu'ils soient ventilés, dotés de fermetures automatiques, ne constituent pas un lieu de passage et représentent une surface réglementée (OMS-CCLAT).

En avril 2006, le nouveau cadre législatif était effectif dans 24 % des hôpitaux et des centres de lutte contre le cancer. Sur la base des déclarations des lycéens fumeurs, 40 % des lycées français privés et publics avaient totalement interdit le tabac pour les élèves en 2006, contre 14 % en 2002 (Drees 2010). Cependant, pour l'année 2007-2008 (septembre à avril), ce pourcentage est passé à 42 %. La tendance à la hausse de cet indicateur peut témoigner seulement d'une intolérance croissante au tabagisme passif. Néanmoins, elle nécessite de diligenter des enquêtes plus précises sur l'application de la nouvelle réglementation dans les lycées. Sur le lieu de travail, la nouvelle réglementation n'a fait que conforter une tendance déjà bien établie : 45 % des personnes déclaraient n'être jamais exposés en janvier 2007 contre 68 % le mois suivant. En moyenne ce pourcentage monte à 74 % sur la période de janvier à juin 2008.

L'exposition à la fumée de tabac diminue fortement en France

Dans les lieux de convivialité, la réduction de l'exposition à la fumée de tabac est spectaculaire : 71 % des personnes interrogées déclarent ne jamais subir la fumée ambiante dans les cafés et bars après l'entrée en vigueur du décret (moyenne de février à décembre 2007) contre 9 % seulement auparavant. Les deux tiers des personnes interrogées font le même constat dans les discothèques contre 6 % avant la mise en place de la nouvelle législation. Dans les restaurants, le pourcentage s'élève à 79 % (moyenne de janvier à septembre 2008) contre 27 % avant (moyenne de

* Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif

février à décembre 2007). Dans les hôtels, l'évolution est moins marquée car la situation était déjà très favorable comparée aux autres lieux de convivialité : 60 % des personnes interrogées déclaraient avant le 1^{er} janvier 2008 ne jamais subir de tabagisme passif, ce pourcentage a atteint ensuite près de 80 % (moyenne de janvier à juin 2008) (Drees 2010).

Méthodologie et comparabilité

Les informations relatives à la protection contre l'exposition à la fumée de tabac sur le lieu de travail, dans les transports et dans les lieux publics intérieurs présentées par pays dans cette fiche sont issues du suivi de la Convention-cadre (CCLAT) par l'OMS. A l'avenir, cet indicateur sera renseigné sous forme d'un indice synthétique des réglementations mises en œuvre concernant la protection contre l'exposition à la fumée de tabac à partir des données figurant dans la base de données sur le contrôle du tabac gérée par le bureau régional pour l'Europe de l'OMS.

L'indicateur sur le respect de la loi Evin dans les établissements sanitaires est issu de l'enquête sur le tabagisme dans les établissements hospitaliers français (OFDT, DGS et CNRS). L'indicateur sur le respect de la loi Evin dans les établissements d'enseignement est issu de l'enquête sur les règles et usages en matière de tabac dans les lycées français (OFDT).

L'indicateur relatif à l'exposition à la fumée du tabac provient de l'indice mensuel du tabagisme passif construit par l'Inpes et renseigné par sondage (BVA). Il mesure le nombre de personnes se déclarant exposées à la fumée des autres pour six lieux publics lors d'une interview téléphonique réalisée au cours du dernier week-end de chaque mois. Il a montré le net impact du changement de législation sur le tabagisme passif.

Bibliographie

Drees (2010), « L'état de santé de la population en France ». Rapport 2009-2010 : objectif 4 page 118.

OMS-CCLAT, Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

disponible sur http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/en/index.html.

Base de données sur le contrôle du tabac gérée par le bureau régional pour l'Europe de l'OMS:

<http://data.euro.who.int/tobacco/>

Tableau 1 **Comparaison de la protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans l'UE en 2010**

(Sources : OMS - CCLAT ; Données françaises : ministère chargé de la Santé)

Protection contre l'exposition à la fumée du tabac															
	Lieux de travail intérieurs				Transports publics				Lieux publics intérieurs						
	Bâti- ments publics	Etablis- sements de soins	Etablis- sements d'ensei- gnement	Lieux de travail privés	Véhicules utilisés comme lieux de travail	Aéronefs	Trains	Trans- ports publics terrestres (ex: bus)	Taxis	Espaces culturels	Bars	Disco- thèques		Restau- rants	
France	T	T	T	P	P	T	T	T	P	P	P	P	P		
Autriche	P	P	T	P	P	T	T	T	T	P	A	A	A		
Belgique	T	T	T	P	T	T	T	T	T	T	P	P	T		
Chypre	P	P	P	P	P	T	T	T	T	P	P	P	P		
Estonie	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	P	P	P		
Finlande	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T		
Allemagne	T	T	P	P	N/A	T	T	T	T	P	P	P	P		
Grèce	P	P	P	P	P	T	T	T	T	T	A	A	P		
Hongrie	P	P	P	P	P	P	P	T	T	P	P	P	P		
Irlande	T	P	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T		
Lettonie	T	P	T	P	T	T	T	T	T	T	T	T	T		
Lituanie	P	T	T	P	T	P	T	T	T	T	T	P	T		
Luxembourg	T	T	T	P	P	P	P	P	P	T	A	A	T		
Malte	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T		
Pays-Bas	T	T	T	P	T	T	T	T	T	T	T	T	T		
Pologne	P	P	P	P	P	T	P	T	P	P	P	P	P		
Portugal	P	T	T	P	P	T	T	T	T	T	P	P	P		
Roumanie	P	T	P	P	P	T	T	T	P	P	P	P	P		
Slovaquie	T	T	T	T	P	T	T	T	T	T	A	P	P		
Slovénie	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T		
Espagne	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	P	P	P		
Suède	P	P	P	P	P	T	T	T	T	T	T	T	T		
GB + IR Nord	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T		

P : partielle - T : totale - A : aucune

86 - Politiques sur la nutrition

87 - Politiques et pratiques en matière de modes de vie sains

88 - Programmes intégrés dans des établissements, dont les lieux de travail, écoles, hôpitaux

Indicateurs en développement

C O N C L U S I O N

Vers de meilleures données européennes pour les comparaisons internationales

En conclusion, il est utile de donner un bref aperçu des développements en cours qui doivent conduire à moyen terme à des améliorations sensibles dans les systèmes statistiques européens en termes de comparabilité et de cohérence.

Comme il a été indiqué en introduction, le bureau pour l'Europe de l'OMS, l'OCDE et Eurostat ont été conduits dans un premier temps à mettre en place des collectes de données sanitaires séparées au niveau européen. Cette situation induisait des surcoûts de charge pour les services des Etats membres et des défauts inévitables de cohérence dans les données diffusées. Un travail d'harmonisation de ces collectes est cours et a déjà abouti pour les causes de décès et les statistiques monétaires.

Après avoir fonctionné depuis le lancement de travaux dans le domaine de l'information sanitaire sous le mode du *gentlemen agreement*, c'est-à-dire de la participation volontaire des Etats, Eurostat est passée au stade réglementaire très contraignant pour les Etats mais indispensable pour avancer plus avant vers un système d'information européen intégré capable de fournir des données de comparabilité acceptables. Sur la base d'un règlement-cadre fixant les règles générales et les champs à couvrir l'étape actuelle porte sur l'élaboration des règlements d'application relatifs à chaque domaine. Les domaines définis sont :

- l'état de santé et les déterminants de la santé,
- les soins de santé, traduction littérale de «*care*», intitulé du domaine dans le texte publié en anglais et qui correspond en fait aux données relatives aux systèmes de santé,
- les causes de décès,

- les accidents du travail,
- les maladies professionnelles et autres problèmes de santé et maladies liées au travail.

Le traitement à part des causes de décès renvoie à l'antériorité historique de cette source dans les Etats membres comme au niveau des institutions internationales.

Les deux derniers domaines relèvent d'autres unités que les services en charge des statistiques sanitaires même si les données qui seront produites dans ces champs pourront alimenter les rapports sanitaires.

De par la nature juridiquement contraignante des règlements européens, leur élaboration conduit à un examen plus strict des conditions de production des statistiques sanitaires en termes de définitions et de délais, sous peine pour l'Etat concerné d'avoir à demander une dérogation, ce qui est un gage important d'amélioration de la comparabilité des données en particulier en termes de complétudes des séries. C'est ainsi, que concernant le premier règlement d'application qui vient d'être publié concernant les causes de décès, la France a dû demander un délai jusqu'à fin 2012 pour pouvoir fournir les données concernant les mort-nés du fait des difficultés induites par les modifications dans la législation concernant l'enregistrement des mort-nés (voir la fiche 12) .

Comme il a été indiqué plus haut, une grande difficulté de ce premier exercice aura été l'absence des données issues de l'enquête européenne de santé par interview. La première vague de cette enquête réalisée sur la base du *gentlemen agreement* vient en effet de se dérouler de façon étalée sur trois ans et la diffusion des premières données commence juste sur le site d'Eurostat. Les éditions suivantes se tiendront en 2014 et 2019 sur la base d'un règlement d'application. La réalisation coordonnée de l'enquête dans l'ensemble des Etats membres aura comme premier effet important en termes de comparabilité la concomitance des dates de recueil des données. L'élaboration de ce règlement permet surtout de reprendre de façon approfondie des questions difficiles selon l'expérience de la première vague, telles que la mesure de la santé mentale, de l'activité physique et de la consommation d'alcool.

Parallèlement aux données déclarées par les individus, il est aussi prévu dans les indicateurs la fourniture de données issues des systèmes administratifs et des registres. Cette question est beaucoup plus difficile, comme le montre l'exemple des accidents de la vie courante (fiche 29) et la perspective d'inclure cette fourniture de données dans un règlement d'application est beaucoup plus lointaine. Après une interruption due aux contraintes budgétaires, Eurostat relance les travaux méthodologiques sur ce point.

Les travaux sur les soins de santé avancent de façon distincte pour les statistiques monétaires et les statistiques non monétaires

Les statistiques monétaires (les dépenses de santé et leur financement) donnent désormais lieu à une collecte commune aux trois organisations internationales Eurostat, OCDE et OMS-Europe depuis plusieurs années sur la base d'un système normalisé : *System on Health Accounts (SHA)* - Système de comptabilité en matière de santé (voir

fiche 77), qui est suffisamment avancé pour être traduit en un règlement prochainement.

Les statistiques non monétaires (équipements, ressources humaines, utilisation des services individuels et collectifs de soins de santé) posent des problèmes beaucoup plus complexes puisqu'elles sont liées directement à l'organisation des systèmes de santé des divers Etats membres. Un questionnaire commun aux trois organisations est désormais en place complété par des questionnaires spécifiques sur les points pour lesquels les travaux d'harmonisation sont encore en cours. Eurostat prévoit de lancer les consultations pour un règlement d'application pour les statistiques non monétaires en 2015-2016 pour une entrée en vigueur de ce règlement en 2017.

Glossaire

ACPT	Angioplastie coronaire percutanée transluminale
ACS	Aide à la complémentaire santé
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	affections de longue durée
AVBS	années de vie en bonne santé
AVC	Accidents vasculaires cérébraux
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BIT	Bureau international du travail
CCOMS	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CESES	Centre européen de surveillance du sida
CIM	Classification internationale des maladies
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CLEISS	Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
DALE	<i>Disability-Adjusted Life Expectancy</i> - espérance de vie ajustée sur l'incapacité
Dares	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DETA	Diminuer, entourage, trop, alcool
DFLE	<i>Disability-Free Life Expectancy</i>
DG Sanco	Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne
DMS	Durée moyenne de séjour
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DTCP	Diptérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
ECHI	<i>European Community Health Indicators</i>
ECHP	<i>European Community Household Panel</i>
ECRHS	<i>European Community Respiratory Health Survey</i>
EDM	Episodes dépressifs majeurs
EHEMU	<i>European Health Expectancy Monitoring Unit</i>
EHIS	Enquêtes de santé européennes par interview
EHLEIS	<i>European Health and Life Expectancy Information System</i>
ENNS	Etude nationale nutrition santé
EPREMED	<i>European Policy Information Research for Mental Disorders</i>
ESPS	Enquête Santé et protection sociale
Eurostat	Office statistique de l'Union européenne
EVI	<i>Energy and Vitality Index</i>
EVSI	Espérances de vie sans incapacité
EU-SILC	<i>Social Inclusion and Living Condition</i>
EFT	Enquête Force de travail
Francim	Réseau des registres français du cancer
GEIG	Groupe d'étude et d'information sur la grippe
GISAH	<i>Global Information System on Alcohol and Health</i>
HALE	<i>Health-Adjusted Life Expectancy</i> - espérance de vie dans un état de « pleine santé »
HAS	Haute Autorité de santé
HCL	Hospices civils de Lyon

HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HCQI	<i>Health Care Quality Indicators</i>
HIS	<i>Health Interview Survey</i>
HSM	Enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires
HTA	Hypertension artérielle
ICSS	<i>International Cancer Survival Standard</i>
IDM	Diagnostic d'infarctus du myocarde
IMC	Indice de masse corporelle
INCa	Institut national du cancer
INED	Institut national d'études démographiques
Inpes	Institut national de la prévention et de l'éducation sanitaire
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IPP	Inhibiteurs de la pompe à protons
Irdes	Institut de la recherche et documentation en économie de la santé
ISCED	International Standard Classification of Education
ISCO	International Standard Classification of Occupations
ISHMT	<i>International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation</i> Table internationale des morbidités à l'hôpital
ISO	Infections du site opératoire
MEHM	<i>Minimum European Health Module</i>
MET	(équivalent) métabolique d'un effort physique
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MG	Médecin généraliste
MSN	Mort subite du nourrisson
NHS	Système national de santé
OCRTIS	Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
OIT	Organisation internationale du travail
PAD	Pression artérielle diastolique
PAS	Pression artérielle systolique
PIB	Produit intérieur brut
PMSI-MCO	Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique et odontologie
PNNS	Programme national nutrition santé
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PTH	Prothèse de hanche
RIVM	Institut national pour la santé publique et l'environnement des Pays-Bas
ROR	Rougeole, les oreillons et la rubéole
SA	semaines d'aménorrhée
SEAT	Statistiques européennes sur les accidents du travail
SHA	<i>System on Health Accounts</i> - (Système de comptabilité en matière de santé)
SRCV	Statistiques sur les ressources et les conditions de vie
UC	Unité de consommation