

L'état de santé de la population dans l'Union européenne

Santé publique

Réduire les écarts de santé



Santé et protection des consommateurs



COMMISSION EUROPÉENNE

L'état de santé de la population dans l'Union européenne

Réduire les écarts de santé

Santé et protection des consommateurs



COMMISSION EUROPÉENNE

Ce projet a reçu l'aide financière de la Commission européenne.

La Commission européenne, ou toute personne agissant en son nom, n'est pas responsable de l'usage qui pourrait être fait de l'information suivante.

Le contenu de la présente publication ne reflète pas nécessairement l'avis ou la position de la Commission européenne.

***Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses
aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne***

Un nouveau numéro unique gratuit:

00 800 6 7 8 9 10 11

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu.int>).

Une fiche bibliographique figure à la fin de l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2003

ISBN 92-894-3803-7

© Communautés européennes, 2003

Printed in Italy

Préambule

La Communauté européenne est de plus en plus soucieuse de garantir le bien-être physique de ses citoyens en renforçant ses activités dans le domaine de la santé publique. L'un des principaux axes de l'action communautaire consiste à examiner et à présenter des données précises sur l'état de santé de la population à un large public, par la publication de rapports sur l'état de santé dans la Communauté.

Grâce à ces rapports, le public devrait pouvoir mieux connaître et comprendre les principaux problèmes en matière de santé dans la Communauté, afin d'apporter son soutien aux mesures appropriées au niveau de la Communauté, des États membres et des individus.

Le présent rapport est le quatrième de ce type. Le premier rapport avait donné une vue d'ensemble de l'état de santé dans la Communauté européenne en 1994. Le deuxième avait pour thème l'état de santé des femmes et le troisième celui des jeunes. Si les deux premiers documents ont été publiés sous la forme de rapports de la Commission et le troisième de document de travail des services de la Commission, le présent rapport a été rédigé par un groupe d'experts techniques composé de représentants des États membres et financé par le programme communautaire de surveillance de la santé.

Le rapport est fondé sur les données fiables disponibles dans les États membres, lesquelles ne sont pas toujours aussi complètes et comparables que l'on pourrait le souhaiter. Néanmoins, elles ont permis au groupe d'experts de dresser un panorama intéressant des principales caractéristiques de l'état de santé de la population et des déterminants de la santé. Les citoyens de la Communauté n'ont jamais vécu aussi longtemps qu'aujourd'hui, et l'espérance de vie ne cesse d'augmenter. Cependant, le taux de morbidité/mortalité évitable avant 65 ans demeure élevé. Il est lié aux éléments suivants: accidents et blessures, suicides et troubles mentaux, certains types de cancers, maladies circulatoires, infections et affections respiratoires. Un grand nombre de ces problèmes sont justiciables de mesures efficaces de prévention, de promotion et de soins, qui soit retardent l'âge auquel la maladie apparaît soit, en raison d'une meilleure survie, repoussent l'âge du décès.

Les tendances actuelles en ce qui concerne la plupart des facteurs de risque semblent favorables pour la majorité des États membres. Cependant, à l'époque de grande prospérité dans laquelle nous vivons, il est encore possible d'accomplir des progrès en matière d'éducation, d'emploi, de revenu par habitant et d'équité sociale. L'exclusion sociale est reconnue comme un problème important dans la Communauté, et la lutte contre la pauvreté a une incidence positive sur l'état de santé. La prise de conscience de l'importance que le régime alimentaire et la nutrition, ainsi que l'activité physique, revêtent pour l'état de santé devrait conduire à l'adoption de stratégies appropriées à l'échelle communautaire, nationale ou locale.

En outre, le rapport évoque certains domaines dans lesquels des actions pourraient être entreprises au niveau communautaire en vue d'améliorer la situation. La politique de santé publique pourrait viser non seulement à prévenir la mortalité prématurée, mais aussi à améliorer les conditions de vie et à rehausser la qualité de vie des personnes âgées, par exemple. Toutefois, la réalisation de ces améliorations, génératrices de progrès en matière de santé, passe obligatoirement par une approche commune dans le domaine de la santé publique. Autrement dit, il y a lieu de prêter attention à l'impact d'autres politiques sur la santé en vue d'élaborer et de mettre en œuvre une vaste politique de santé publique au sein de l'Union.

DAVID BYRNE

Sommaire

Introduction	7
Chapitre 1 L'état de santé	9
Chapitre 2 Les déterminants de la santé	33
Chapitre 3 Un besoin d'actions supplémentaires	47
Abréviations	51
Remerciements	52
Sources des données et bibliographie sélective	54
Glossaire	59

Introduction

Depuis le XVII^e siècle, les statistiques sanitaires ont été utilisées pour aider à faire face aux problèmes de santé publique. De William Petty (1623-1687) à Louis René Villermé (1782-1863), en passant par William Farr (1807-1883) et la *Sundhetskommisionen* suédoise, la «physique sociale» a établi la physionomie des maladies dans la société, et s'est efforcée d'en identifier les déterminants, afin de l'améliorer. La rédaction de rapports sur la santé publique date de cette époque. Ce rapport perpétue cette tradition européenne.

Le traité de Rome (1957) consolidé par les traités qui ont suivi confère à la Commission un cadre juridique pour ses actions dans le domaine de la santé publique. Le traité d'Amsterdam (1997) met l'accent sur la protection de la santé et la prévention des maladies, et établit le besoin d'actions visant à l'«amélioration de la santé publique», ainsi que des activités de «prévention des maladies et des affections humaines» et la réduction des «causes de danger pour la santé humaine». Le cadre d'action en faveur de la santé publique de novembre 1993 stipule que la Commission doit publier des rapports réguliers sur l'état de la santé de la population de l'Union européenne (UE). Le premier rapport de 1996 se basait sur des travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le présent rapport est une mise à jour et un développement du rapport précédent (1).

Il s'agit ici principalement d'identifier les problèmes et défis communs associés à l'état de santé de la population des États membres de l'UE. Dans le chapitre 1, nous décrivons l'état sanitaire actuel, en insistant particulièrement sur les composantes et les tendances évolutives de la morbidité, de l'invalidité et de la mortalité prématurée. Le chapitre 2 aborde un certain nombre des facteurs déterminant la situation sanitaire observée. Ils requièrent une politique de santé publique au sens large, qui transcende les frontières des politiques «classiques» de santé. Le chapitre 3 identifie toute une série de possibilités d'actions communes à mener par l'ensemble des États membres afin d'atténuer les problèmes soulevés et de réduire les disparités sanitaires observées. Nous insistons sur les outils (législation, politiques publiques, élaboration de standards, fonds, programmes, réglementations, rapports, communications, incitations fiscales et opinion publique) que l'UE a à sa disposition pour planifier et mettre en œuvre des initiatives qui seraient susceptibles d'améliorer la santé des populations de ses États membres.

MÉTHODES

Ce rapport a été piloté par des représentants nommés des quinze États membres de l'UE, de l'OMS et de la Commission proprement dite. Il a bénéficié d'importants apports de participants à des projets soutenus par la Commission. Le contenu spécifique du rapport a été réalisé par un certain nombre d'experts. La coordination centrale et la paternité d'une part significative du rapport sont le fait des coordinateurs au Portugal et de leur équipe. L'ensemble du texte a été relu en partie ou dans son intégralité par des experts associés.

Ce rapport utilise des informations tirées de nombreuses sources. Les principales sont les organisations qui collectent des données internationales sur la santé: Eurostat (l'office statistique des Communautés européennes), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et le bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Sauf indication contraire, les données démographiques

(1) D'autres rapports ciblés, couvrant des groupes de population et des problèmes sanitaires spécifiques, ont été commandités et réalisés entre-temps, en l'occurrence sur les jeunes, les femmes et les migrants.

proviennent d'Eurostat. Les données sur la morbidité et la mortalité proviennent de l'OMS. L'OCDE est la source des données socio-économiques et sur les dispositions concernant les services médicaux. Les limites dans la qualité des données ou leur comparabilité seront soulignées dans le texte si nécessaire. Les données actuelles se réfèrent à l'année 1997, et les années de référence historique sont 1970 et 1992 (les années de référence pour le premier rapport sur l'état de santé).

Sauf mention contraire, la mortalité se réfère aux taux de mortalité standardisés (TMS). Les évolutions sont étudiées sur la période 1970-1997. Les évolutions et les valeurs actuelles (1997) sont comparées entre les pays et par rapport à la moyenne de l'UE. Afin de faire apparaître les évolutions nationales par rapport à la moyenne communautaire, nous établissons certains indicateurs comme le rapport de la valeur nationale par la moyenne communautaire pour la même période de temps. Les groupes de pays font référence à des regroupements de pays selon la méthode de classification ascendante hiérarchique.

Chapitre 1

L'état de santé

L'état de santé est un concept large qui va au-delà de la simple absence ou présence de maladie. Toutefois, les données disponibles à l'heure actuelle ne permettent pas de chiffrer systématiquement l'état de la santé de façon à donner toute son ampleur à ce concept en incluant des données chiffrées sur la qualité de vie. C'est pourquoi ce chapitre étudie l'espérance de vie, la morbidité, la mortalité prématurée et l'invalidité. Il est démontré que les citoyens de l'UE n'ont jamais vécu aussi longtemps qu'aujourd'hui. La mesure dans laquelle ces gains de durée de vie représentent des gains en qualité de vie est variable. Cependant, on pourrait prévenir de nombreux cas de morbidité et de mortalité avant 65 ans qui apparaissent encore. Des problèmes anciens, essentiellement de nature infectieuse, perdurent ou réapparaissent en même temps que de nouveaux troubles dégénératifs et des pathologies sociales. Un grand nombre de ces problèmes entraînent la mort ou un handicap permanent. Ce chapitre débute par l'espérance de vie et décrit ensuite les caractéristiques actuelles des principales causes de morbidité et de mortalité.

Tableau I — Regroupement de pays selon l'espérance de vie à différents âges (1997)

	Groupe de pays ayant l'espérance de vie la plus élevée		Groupe de pays ayant une espérance de vie moyenne		Groupe de pays ayant l'espérance de vie la plus faible	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
À la naissance, à 1 an et 15 ans	Suède	Espagne, France, Italie, Suède	Allemagne, Grèce, Espagne, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Royaume-Uni	Belgique, Allemagne, Grèce, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Finlande, Royaume-Uni	Belgique, Danemark, Irlande, Portugal, Finlande	Danemark, Irlande, Portugal
À 45 ans	Grèce, Espagne, France, Italie, Suède	France	Belgique, Allemagne, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Royaume-Uni	Belgique, Allemagne, Grèce, Espagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Finlande, Suède	Danemark, Irlande, Portugal, Finlande	Danemark, Irlande, Portugal, Royaume-Uni
À 65 ans	Grèce, Espagne, France, Italie, Suède	France	Belgique, Danemark, Allemagne, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Portugal, Finlande, Royaume-Uni	Belgique, Allemagne, Grèce, Espagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Finlande, Suède, Royaume-Uni	Irlande	Danemark, Irlande, Portugal

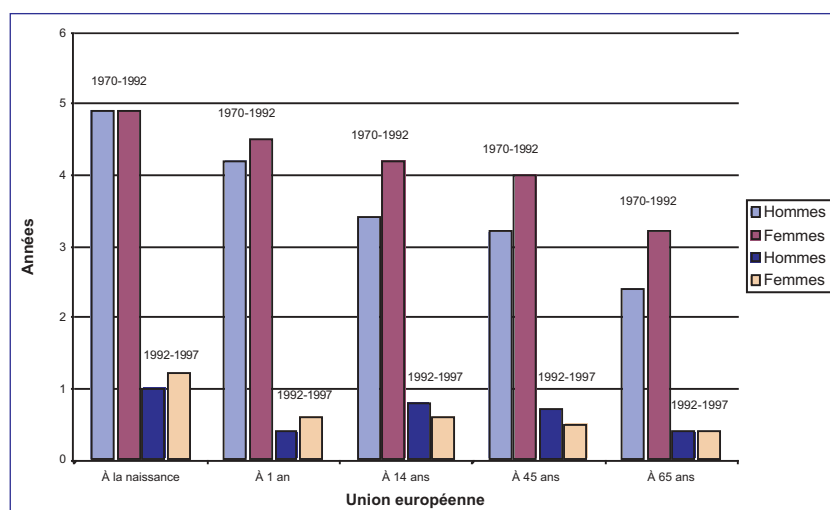
L'ESPÉRANCE DE VIE

D'année en année, les citoyens de l'UE vivent plus longtemps. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais cet écart d'espérance de vie se réduit progressivement. Les différences entre pays sont moindres qu'en 1970.

Depuis 1970, l'espérance de vie à tous les âges s'est accrue. Cet accroissement est cependant le plus significatif dans tous les États membres à la naissance. La moyenne communautaire d'espérance de vie à la naissance est passée de 68,6 à 74,4 ans pour les hommes et de 74,9 à 81,0 ans pour les femmes. Ces hausses ne sont pas uniformes, mais il y a une réelle convergence entre les États membres. Jusqu'en 1992, l'écart entre les hommes et les femmes se creusait en même temps que l'accroissement de la vie (avec parmi les exceptions le cas du Royaume-Uni à 45 et 65 ans). Entre 1992 et 1997, l'écart s'est stabilisé, avec une légère tendance à la diminution pour les groupes les plus âgés (voir le graphique 1), en particulier dans des pays comme l'Allemagne, la France, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Autriche, le Portugal et le Royaume-Uni.

Graphique 1

Gains dans l'espérance de vie:
de 1970 à 1992 et de 1992
à 1997



Source: Base de données «Health for all» (HFA), bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

Le Danemark et l'Irlande à 45 ans, le Portugal à la naissance, à 1 an, 15 ans et 65 ans sont les États membres ayant la plus basse espérance de vie. Les espérances de vie les plus hautes sont observées en Suède à la naissance, en Suède et en France à 1 an, 15 ans, 45 ans et 65 ans. Les groupements de pays selon l'espérance de vie observée chez les hommes et les femmes sont résumés dans le tableau I.

Malgré les gains observés, il y a encore une marge d'amélioration comparative pour les pays qui ont les plus mauvais résultats par rapport à ceux qui ont les meilleurs résultats, et aussi pour les pays ayant les meilleurs résultats par rapport à des pays comme le Japon.

MORTALITÉ ET MORBIDITÉ

La mortalité globale sera tout d'abord décrite, et sera suivie par un examen plus particulier de la mortalité avant 65 ans, que l'on considère souvent comme un bon résumé des décès que l'on pourrait éviter. Ces décès que l'on pourrait éviter sont au centre de cette section du rapport, et sont détaillés dans l'ordre des principales causes de mortalité présenté dans le tableau II. Ces principales causes de mortalité sont complétées par des informations sur les problèmes de santé considérés comme importants au regard du niveau de morbidité qu'on leur associe (par exemple, les maladies mentales) ou au regard de la charge administrative occasionnée par les systèmes de surveillance et de lutte (par exemple, contre les maladies infectieuses). Enfin, l'invalidité est examinée.

Plus de 1 % des décès ont lieu avant 15 ans et environ 20 % avant 65 ans. Cela permet d'isoler le groupe des 15-64 ans comme une cible importante pour la prévention de la mortalité prématurée.

Tableau II — Principales causes de mortalité pour différents groupes d'âge

Âge en années	Principales causes de mortalité	
	Hommes	Femmes
< 1	Problèmes périnataux et syndrome de mort subite du nourrisson	
1-4	Accidents en véhicule à moteur	
5-9	Accidents en véhicule à moteur	
10-14	Accidents en véhicule à moteur	
15-19	Accidents en véhicule à moteur	
20-24	Accidents en véhicule à moteur	
25-29	Accidents en véhicule à moteur	
30-34	Accidents en véhicule à moteur	Suicide
35-39	Suicide	Cancer du sein
40-44	Cardiopathie ischémique	Cancer du sein
45-49	Cardiopathie ischémique	Cancer du sein
50-54	Cardiopathie ischémique	Cancer du sein
55-59	Cardiopathie ischémique	Cancer du sein
60-64	Cardiopathie ischémique	Cancer du sein
65-69	Cardiopathie ischémique	
70-74	Cardiopathie ischémique	
75-79	Cardiopathie ischémique	
80-84	Cardiopathie ischémique	Affection vasculaire cérébrale
≥85	Maladies de circulation pulmonaire et autres cardiopathies	

NB: Adapté d'Abel-Smith e.a., 1995.

Mortalité générale: ensemble des âges et des sexes

Les données sur la mortalité sont ici les plus fiables pour les comparaisons internationales, mais il est important de toujours garder à l'esprit que les données présentées sont très variables en qualité. Nous considérons la mortalité générale avant et après 65 ans. Pour l'ensemble des âges et des sexes, les TDS (taux de décès standardisés) sont divisés en pays à TDS bas (Grèce, Espagne, France, Italie et Suède) et en pays à TDS élevé (Danemark, Irlande et Portugal), les autres pays entrant dans un groupe intermédiaire.

Mortalité générale après 65 ans

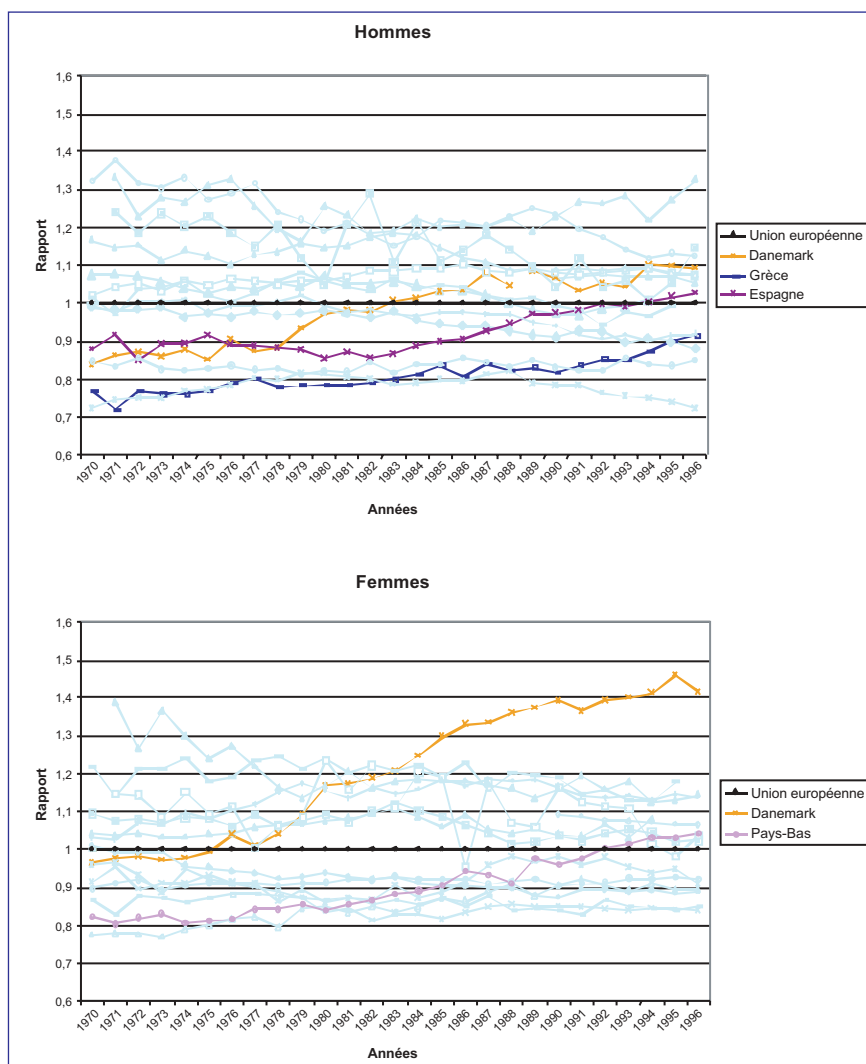
Avec le vieillissement de la population de l'UE, la mortalité du groupe des plus de 65 ans va demeurer un indicateur important de l'état de santé du groupe de population de l'UE qui connaît la plus importante croissance. Cela est d'autant plus vrai que, grâce à des stratégies de promotion de la santé efficaces et des thérapies médicales plus efficaces, l'apparition et/ou les complications de nombreuses maladies chroniques se décalent vers ce groupe d'âge. Une détérioration future des indicateurs de santé pour ce groupe pourrait en fait refléter des améliorations de la santé des moins de 65 ans. Le Portugal est l'État membre qui a la plus forte mortalité masculine et féminine après 65 ans. La France est l'État membre qui a la plus faible mortalité masculine et féminine après 65 ans.

Mortalité générale avant 65 ans

La mortalité avant 65 ans dans l'UE a chuté de 271 pour 100 000 chez les femmes et de 498 pour 100 000 chez les hommes en 1970, respectivement, à 153 et à 314. Le Portugal a la plus importante mortalité masculine et le Danemark la plus importante mortalité féminine. La Grèce a la mortalité féminine la plus basse et la Suède la mortalité masculine la plus basse. Bien qu'en décroissance continue, la mortalité des moins de 65 ans pour le Danemark (hommes et femmes), la Grèce (hommes), le Portugal (hommes), l'Espagne (hommes) et les Pays-Bas (femmes) croît par rapport à la moyenne de l'UE (voir le graphique 2).

Graphique 2

Évolution des rapports
entre les taux de décès
standardisés
des États membres
et de l'UE avant 65 ans:
1970-1996



Source: Base de données HFA,
bureau régional de l'OMS
pour l'Europe, Copenhague,
Danemark.

Mortalité périnatale et infantile

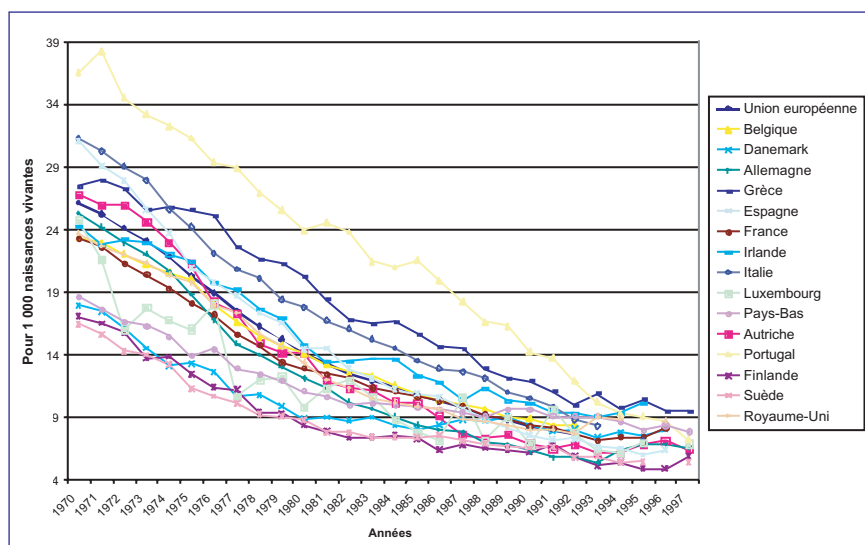
Un faible poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 grammes) constitue toujours un facteur important de mortalité et de morbidité périnatale. Les cas de faible poids à la naissance sont particulièrement répandus en Belgique, en Grèce, au Portugal et au Royaume-Uni, et dans une moindre mesure en Irlande, au Luxembourg et en Finlande (depuis le milieu des années 80, le pourcentage communautaire moyen de bébés ayant un faible poids à la naissance s'est stabilisé autour de 6 %). Les bébés ayant un faible poids à la naissance ont un plus grand risque de morbidité et de mortalité, et sont le reflet de la santé de la mère pendant la grossesse: les infections de la mère, sa nutrition, ses habitudes tabagiques et sa consommation d'alcool. Le champ émergent lié aux nouvelles technologies que constituent la fécondation in vitro et les grossesses multiples qui lui sont afférentes pourrait contribuer à la mortalité et à la morbidité périnatale.

Mortalité périnatale

Depuis plus de trois décennies, on assiste à une tendance à la baisse soutenue de la mortalité périnatale, avec un tassement apparent pour les dernières années (voir le graphique 3). L'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, le Luxembourg, l'Autriche, le Portugal, la Finlande et la Suède sont réunis dans le groupe des pays ayant la plus basse mortalité périnatale, tandis que la Grèce et l'Irlande forment le groupe le moins performant.

Graphique 3

Taux de mortalité
périnatale: 1970-1997



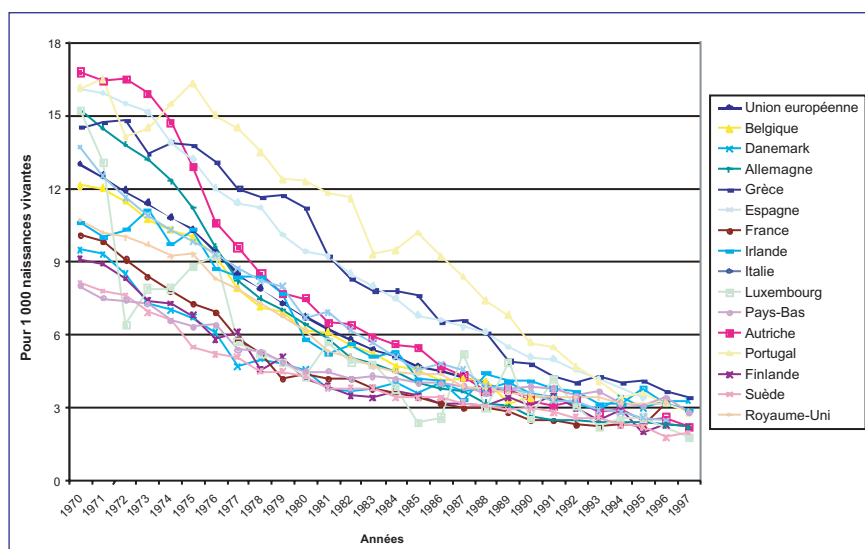
Source: Eurostat, NewCronos.

Mortalité néonatale précoce

Les décès néonataux précoces sont considérés comme pouvant particulièrement faire l'objet d'une prévention par des soins médicaux. Entre 1970 et 1997, tous les États membres ont connu des réductions dans leur mortalité néonatale précoce supérieures à 70 % (voir le graphique 4). L'Allemagne, l'Espagne, le Luxembourg, l'Autriche, la Finlande et la Suède appartiennent au groupe ayant le taux de mortalité le plus faible; l'Irlande, les Pays-Bas et le Portugal au groupe intermédiaire; la Belgique, le Danemark, la Grèce, la France, l'Italie et le Royaume-Uni au groupe ayant la mortalité la plus élevée.

Graphique 4

Taux de mortalité néonatale
précoce: 1970-1997



Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

Mortalité postnéonatale

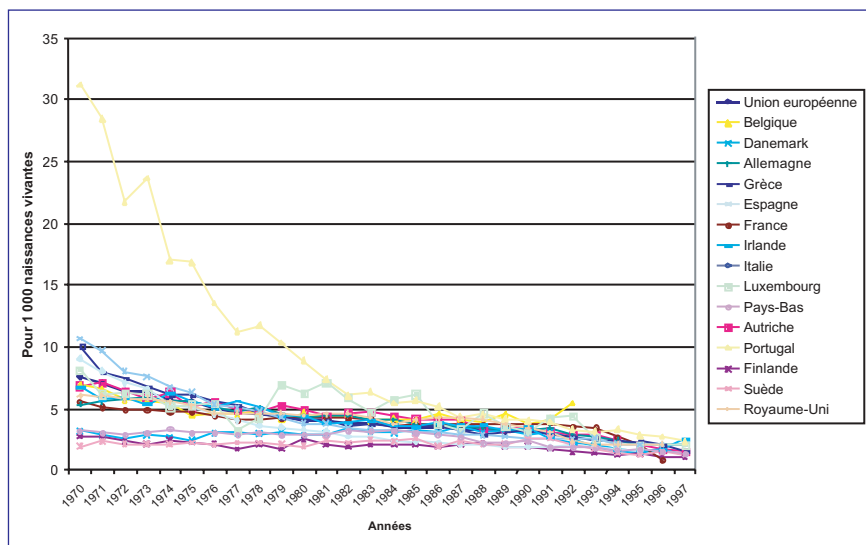
Des soins périnatals intensifs pour les grossesses à haut risque réduisent les taux de décès néonataux des bébés prématurés, mais peuvent ralentir la baisse des taux de mortalité postnéonatale (voir le graphique 5).

Le Danemark, l'Irlande, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni ont mené des campagnes de santé publique pour réduire le sommeil sur le ventre, le tabagisme maternel, les infections

Graphique 5

Taux de mortalité postnéonatale: 1970-1997

Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.



bactériennes et virales, l'utilisation du biberon, l'emballotement excessif et le partage du lit, qui sont des activités qu'on associe à un risque élevé de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). La diminution rapide du sommeil sur le ventre a vu une réduction d'environ 50 % des taux de SMSN. Les taux de mortalité postnéonatale ont diminué dans ces pays dans les années 80 et 90, principalement en raison de la baisse du nombre de SMSN.

Le groupe de pays ayant la mortalité postnéonatale la plus faible comprend le Danemark, la Grèce, la France, l'Italie, le Luxembourg, l'Autriche, la Finlande et la Suède. Le groupe intermédiaire est composé de l'Allemagne, de l'Espagne, de l'Irlande, des Pays-Bas, du Portugal et du Royaume-Uni. La Belgique appartient au groupe présentant la plus forte mortalité postnéonatale.

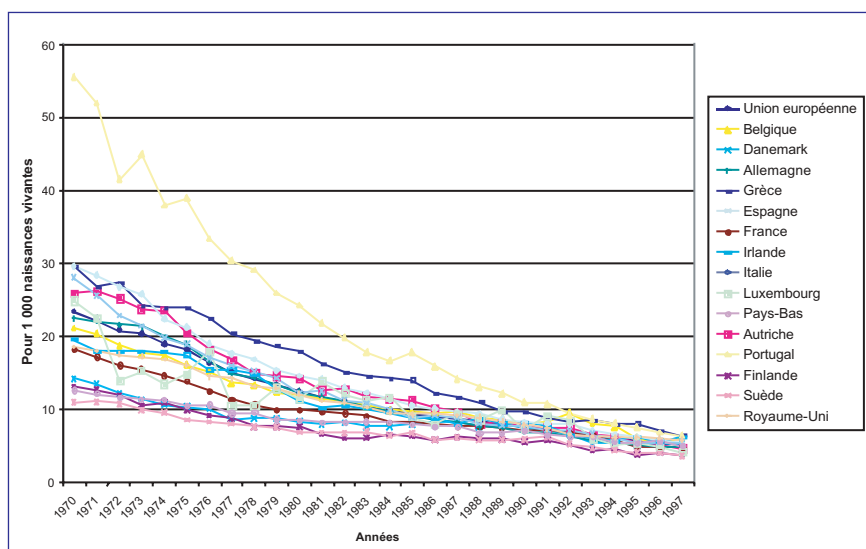
Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile (TMI) de l'UE a décliné d'environ 75 % entre 1970 et 1997 (voir le graphique 6). Comme en 1970, la Grèce et le Portugal possèdent le TMI le plus haut et la Suède le TMI le plus bas, mais les différences entre États membres sont très minces. L'écart entre les pays avec le taux le plus élevé et ceux avec le taux le plus bas s'est réduit de 38,8 pour 1 000 naissances vivantes en 1970 à 4,1 pour 1 000 naissances vivantes en 1992 et à 3,0 pour 1 000 naissances vivantes en 1997.

Graphique 6

Taux de mortalité infantile: 1970-1997

Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.



L'essentiel de la mortalité infantile se produit dans le premier mois de la vie, ce qui reflète la prédominance des problèmes néonataux (principalement la prématurité) qui compte pour 60 % du TMI.

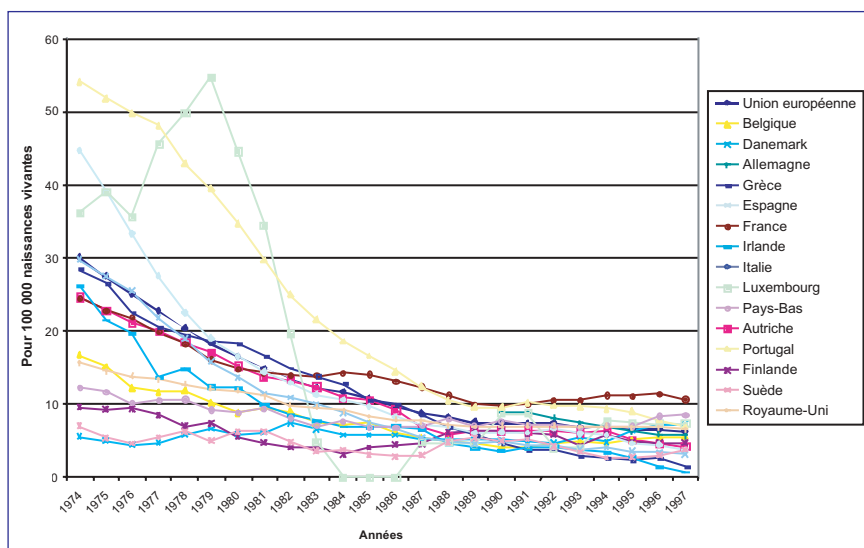
Les groupes de pays sont: le Luxembourg, la Finlande et la Suède pour le TMI le plus bas; le Danemark, l'Allemagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas et l'Autriche pour le groupe intermédiaire; la Belgique, la Grèce, l'Irlande, le Portugal et le Royaume-Uni pour le groupe ayant le TMI le plus haut.

Mortalité et morbidité maternelle

Le taux de mortalité maternelle (TMM) est considéré comme un indicateur de la qualité des soins obstétricaux dans un pays. Les diagnostics liés à la grossesse sont de très loin la principale cause d'admission dans les hôpitaux chez les femmes de 15 à 64 ans. Cela témoigne du fait que la santé reproductive demeure une question prioritaire pour les États membres, bien que les taux de mortalité liés à la grossesse montrent que, tout en étant à des niveaux historiquement bas (voir le graphique 7), il existe encore une marge de manœuvre pour améliorer la santé reproductive dans l'UE.

Graphique 7

Décès maternels, toutes causes: 1974-1997



Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

Le TMM de la France est en augmentation depuis la fin des années 80 ⁽²⁾. Bien qu'en diminution continue, les TMM pour la Belgique et les Pays-Bas ⁽³⁾ augmentent comparativement à la moyenne communautaire (voir le graphique 8).

Trois groupes de pays sont identifiés en 1997 pour les TMM. Le groupe ayant la mortalité la plus basse comprend la Grèce, l'Espagne, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, l'Autriche et la Finlande. Le groupe ayant la mortalité la plus élevée comprend la France. Le groupe intermédiaire est composé de la Belgique, du Danemark, de l'Allemagne, des Pays-Bas, du Portugal, de la Suède et du Royaume-Uni ⁽⁴⁾.

L'âge moyen des mères à la naissance des enfants (à chacune des naissances) s'accroît à travers l'UE. En 1995, on pouvait distinguer trois groupes: celui avec les âges moyens des mères les plus bas (la Belgique, la

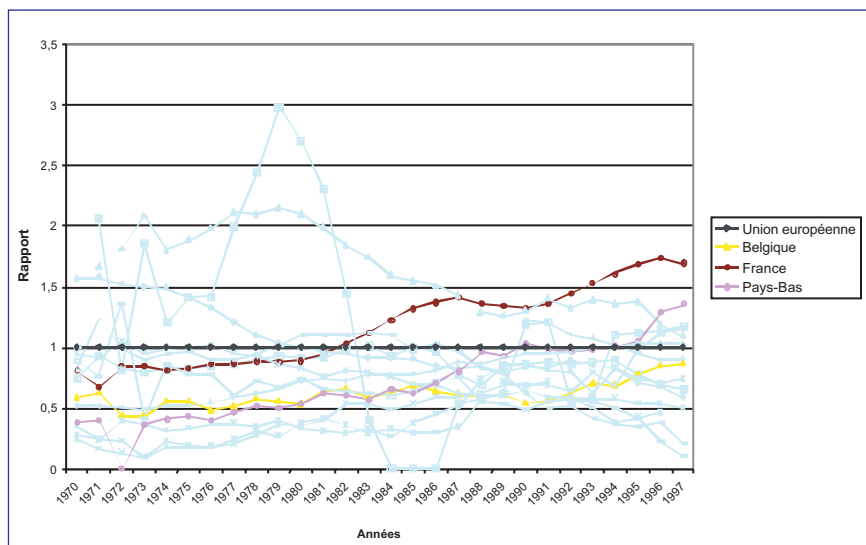
⁽²⁾ Cela a fait l'objet d'études (voir par exemple Bouvier-Colle e.a., 1991).

⁽³⁾ Cette tendance aux Pays-Bas est attribuée à des changements dans les méthodes d'enregistrement (Peter Achterberg, communication personnelle, avril 2001).

⁽⁴⁾ Certaines différences dans les TMM, mais probablement pas les tendances observées, pourraient être dues à des différences de codage et des différences d'*underreporting* entre États membres (Salanve e.a., 1999).

Graphique 8

Évolution des rapports entre les taux de décès maternels des États membres et de l'UE: 1970-1997



Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

Grèce, l'Allemagne, l'Autriche, le Portugal et le Royaume-Uni), un groupe intermédiaire (le Danemark, la France, le Luxembourg, la Finlande et la Suède) et un groupe avec les âges moyens les plus élevés (l'Espagne, l'Irlande, l'Italie et les Pays-Bas). Cela contraste avec la situation tout aussi préoccupante d'accroissement (au Royaume-Uni) ou de stabilité des grossesses à l'adolescence (qui peuvent être dues dans certains pays à l'existence de minorités ethniques pour lesquelles un mariage et une maternité précoces sont culturellement acceptables). On observe une proportion croissante de «premiers-nés» et de naissances multiples. Ce sont là des facteurs qui contribuent à la mortalité et à la morbidité périnatale du nouveau-né et de la mère.

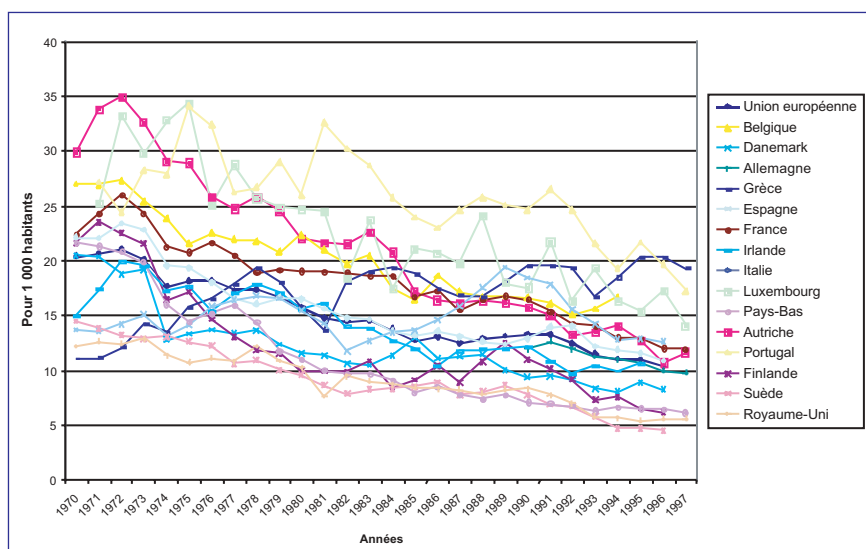
Accidents

Les décès liés à des accidents sont évitables. Ils représentent la principale cause de décès des jeunes. Dans la mesure où ils se produisent tôt dans la vie, ils sont une source potentielle d'amélioration de l'espérance de vie et de réduction des invalidités chroniques.

Le nombre d'accidents de la circulation pour 100 000 habitants et la mortalité qui lui est imputable chez les moins de 65 ans varient grandement. Le groupe présentant la mortalité la plus faible comprend les Pays-Bas, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni, et le groupe présentant la mortalité la plus élevée est composé de la Belgique, de la Grèce et du Portugal (voir le graphique 9).

Graphique 9

Taux de décès standardisés dus aux accidents de la route: 1970-1997

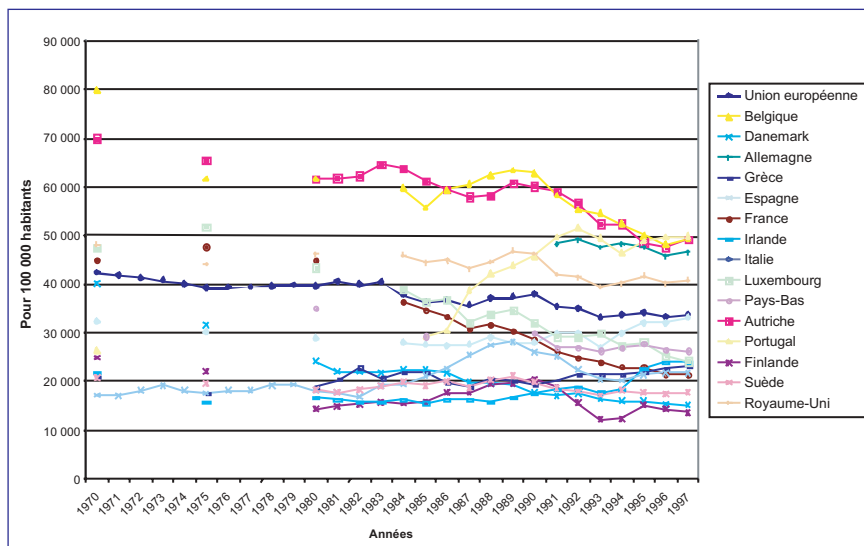


Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

De façon générale, on observe une tendance à la baisse du nombre d'accidents de la route avec blessés pour 100 000 habitants, à l'exception de la Grèce, de l'Irlande, de l'Italie et du Portugal, où ce nombre est en augmentation (voir le graphique 10).

Graphique 10

Taux d'accidents de la route avec blessés: 1970-1997



Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

Une large proportion de ces accidents implique une intoxication par l'alcool. Les données disponibles sont trop peu fiables pour permettre des conclusions comparées fiables, mais il est reconnu que la conduite en état d'ivresse constitue un important problème de santé publique en Belgique, en France et au Portugal.

Pour les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées, la plupart des accidents sont domestiques. Pour les enfants plus âgés et les jeunes adultes, les accidents ont lieu alors qu'ils jouent ou qu'ils sont sur la route. Les accidents mortels sur le lieu de travail ont été réduits à un niveau extrêmement bas, mais la morbidité associée à ces types d'accidents demeure significative.

Troubles psychiatriques, troubles neurologiques et suicide

Beaucoup des causes de morbidité parmi les plus importantes dans l'UE sont à classer parmi les formes légères de dépression et les troubles psychiatriques complexes. Entre 15 et 20 % des adultes et 17 à 22 % des adolescents de moins de 18 ans souffrent d'une forme ou d'une autre de problème lié à la santé mentale. Les troubles de l'alimentation tels que l'anorexie ou la boulimie semblent en augmentation chez les adolescents.

La fréquence des cas de démence passe de 1 % à 65 ans à 30 % à 85 ans et plus. Entre 60 et 95 ans, la fréquence des cas de démence double presque tous les cinq ans.

La schizophrénie est un autre problème psychiatrique important, qui pourrait concerner 1 % de la population, bien qu'il n'existe pas de données fiables et aisément disponibles pour corroborer ce chiffre.

La prévalence de l'épilepsie varie entre 3 et 6 pour 1 000 habitants. Les données limitées qui sont disponibles suggèrent que l'incidence et la mortalité de l'épilepsie sont en déclin.

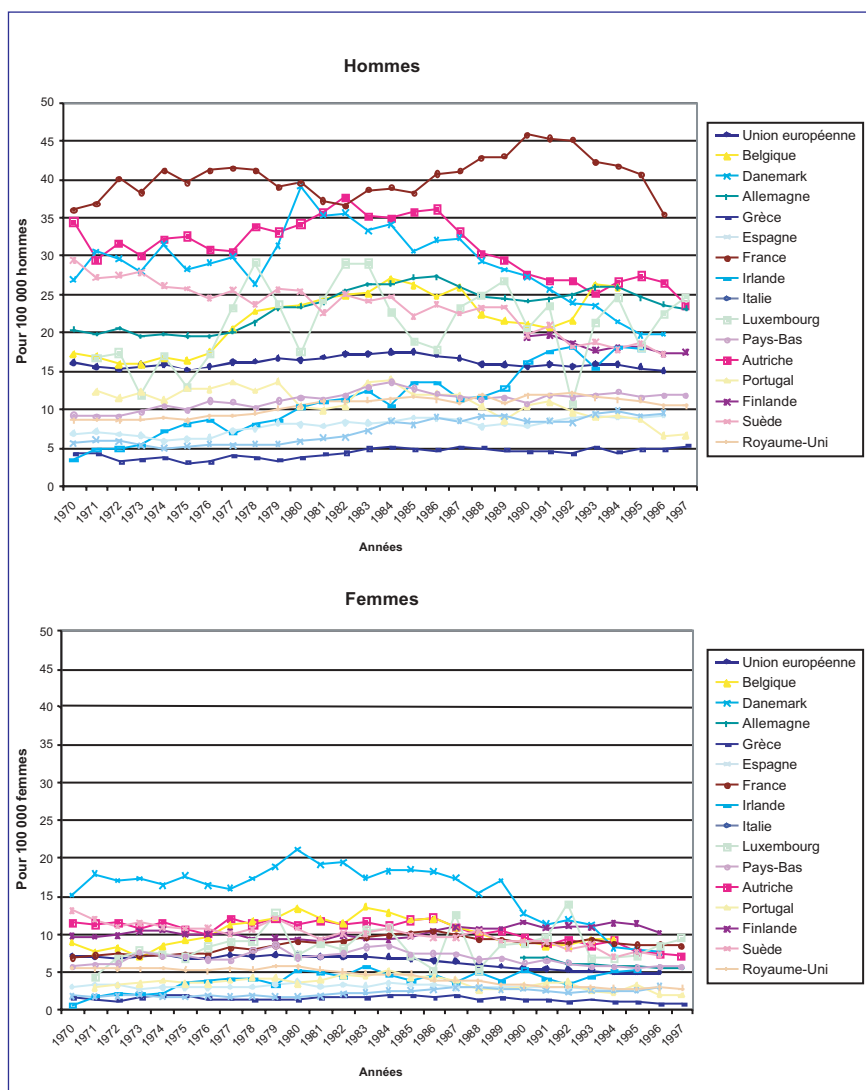
La prévalence de la maladie de Parkinson passe de 0,6 % à 65 ans à 3,5 % à 85 ans et plus, sans grande différence entre hommes et femmes. Il s'agit d'une des maladies neurodégénératives les plus communes chez les personnes âgées. Les différences entre pays ne semblent pas significatives ⁽⁵⁾.

⁽⁵⁾ Données disponibles pour l'Espagne, la France, l'Italie et les Pays-Bas (Rijk e.a., 1997).

Graphique 11

Taux de décès standardisés
par suicide
et automutilation: 1970-1997

Avant 65 ans



Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

Suicide

Le suicide contribue de façon importante à la perte d'années de vie parce qu'il touche fréquemment les jeunes. Toutefois, la mortalité est généralement plus élevée après qu'avant 65 ans (parmi les exceptions, on compte les hommes et les femmes en Irlande et les femmes au Luxembourg). Avant 65 ans, le groupe de pays ayant les plus faibles taux de mortalité comprend la Grèce, l'Espagne, l'Irlande, l'Italie, le Portugal et le Royaume-Uni et le groupe ayant les taux les plus élevés comprend la Belgique, le Luxembourg et la Finlande. Pour les hommes et les femmes de moins ou de plus de 65 ans, la tendance générale de l'UE est actuellement stable (voir le graphique 11).

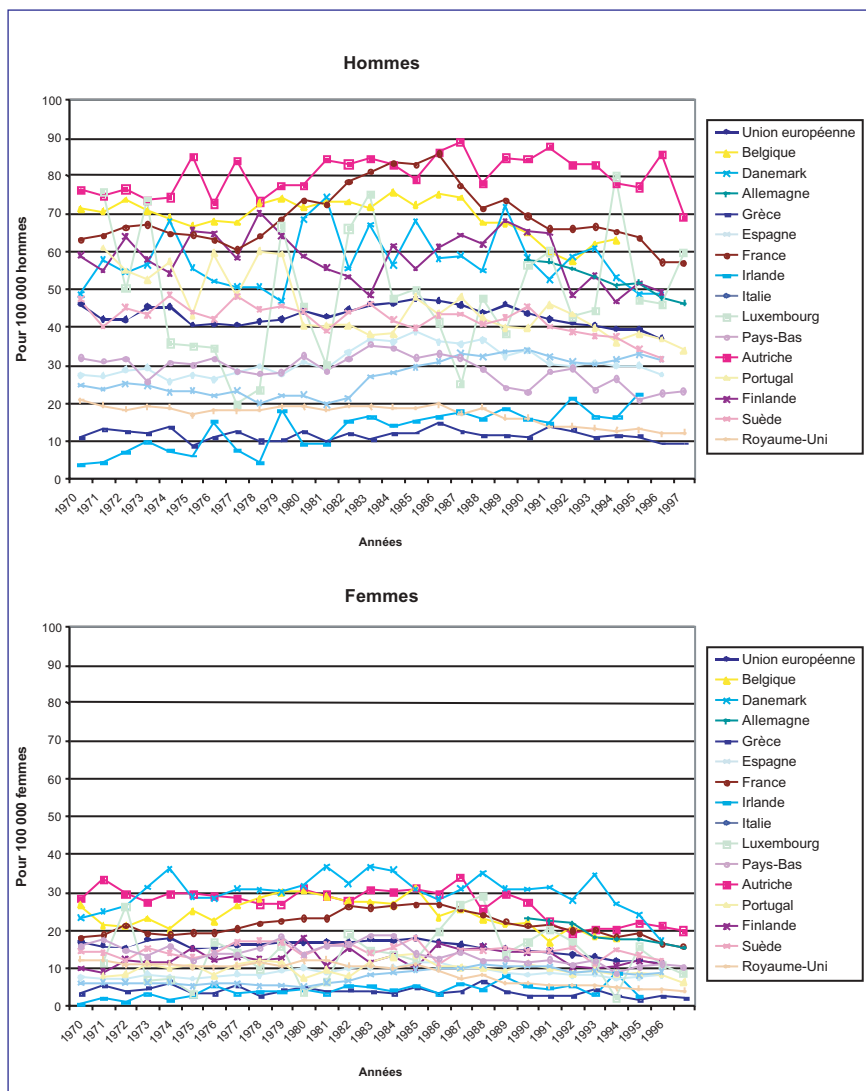
Au cours des vingt dernières années, les taux de suicides ont généralement augmenté chez les hommes jeunes et ont décliné chez les femmes jeunes (parmi les exceptions: le cas de la Suède où les suicides ont diminué à la fois chez les femmes et les hommes jeunes) ⁽⁶⁾.

⁽⁶⁾ Le suicide a d'importantes connotations négatives en termes culturels, religieux, sociaux et légaux. Les pratiques en matière d'établissement des actes de décès doivent être comparées avec la plus extrême précaution.

Graphique 11

Taux de décès standardisés par suicide et automutilation: 1970-1997

À 65 ans et plus



Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

Cancers

L'incidence globale des cancers est en légère progression dans l'UE. Les exceptions sont la Belgique, le Danemark, l'Espagne, l'Irlande, le Luxembourg, l'Autriche et le Royaume-Uni pour les femmes, et la France, l'Irlande, le Luxembourg, la Suède et le Royaume-Uni pour les hommes, pour des données disponibles sur la période 1990-1995.

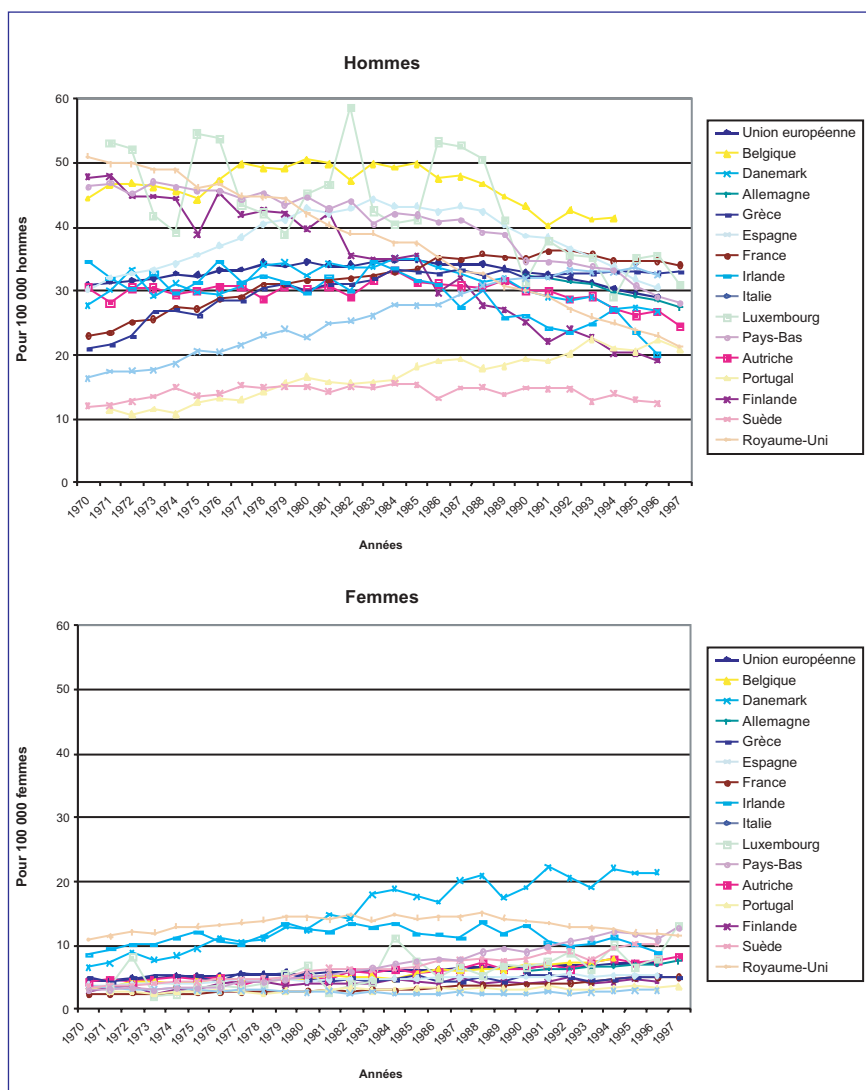
Les cancers sont toujours une des causes principales de décès dans tous les États membres de l'UE. Les décès par cancer commencent à prédominer vers le milieu de la vie, mais parmi les enfants de 1 à 14 ans, ils constituent la deuxième cause de décès. Cela n'est pas dû principalement à l'augmentation des cas de cancers, mais plutôt à la diminution des autres causes de décès. Globalement, les cancers sont responsables de 35 % des décès avant 65 ans.

Dans l'ensemble, la mortalité due aux cancers est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Dans la plupart des États membres, l'observation de la mortalité due à l'ensemble des cancers montre une tendance significative à la baisse. Les exceptions sont le Danemark pour les femmes et les hommes, et la Grèce, l'Espagne, l'Irlande et le Portugal pour les hommes. Pour les hommes, le groupe de pays présentant la mortalité la plus basse est composé de la Grèce, de la Finlande et de la Suède, alors que le groupe ayant la mortalité la plus forte ne comprend que la Belgique. Pour les femmes, le groupe ayant

Graphique 12

Taux de décès standardisés dus aux cancers de la trachée, des bronches et des poumons: 1970-1997

Avant 65 ans



Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

la mortalité la plus basse comprend la Grèce, l'Espagne, la France, l'Italie, l'Autriche, le Portugal, la Finlande et la Suède, alors que le groupe ayant la mortalité la plus forte ne comprend que le Danemark.

Les décès résultent le plus souvent de cancers du poumon, de la prostate et du côlon-rectum chez l'homme, de cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon chez la femme.

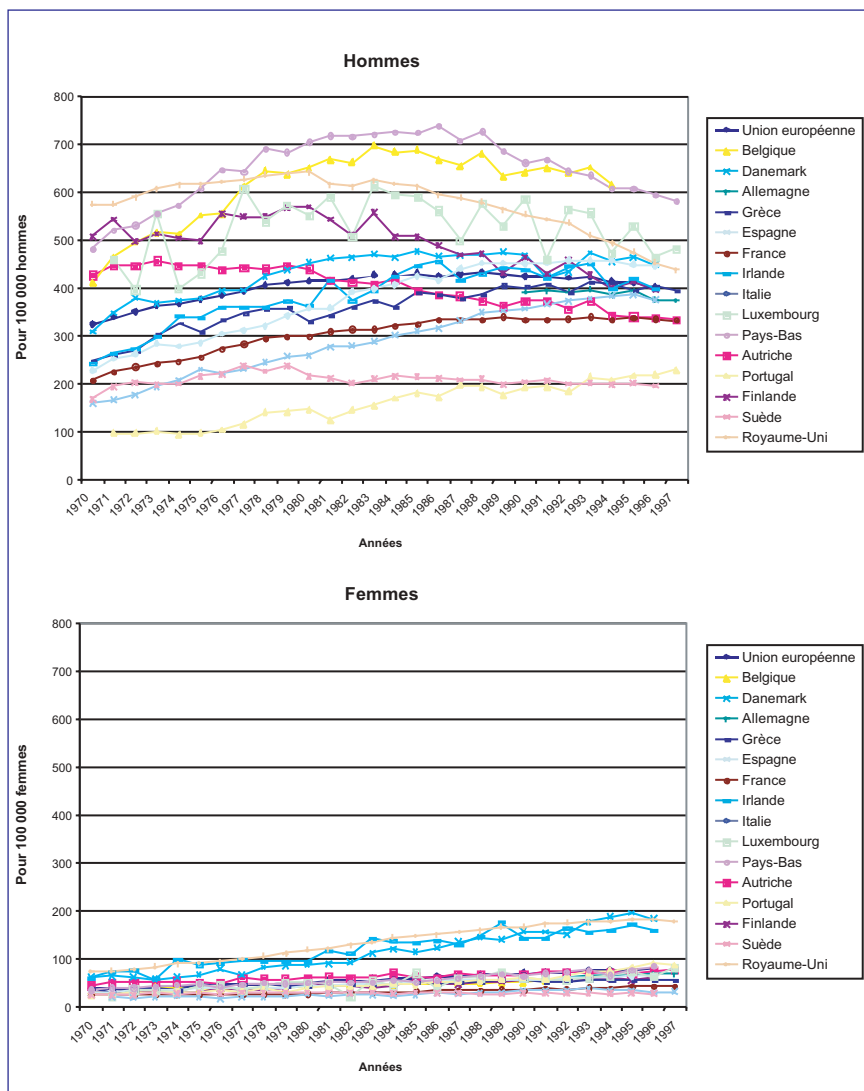
L'incidence du cancer du poumon est de 54,1 pour 100 000 hommes et de 11,1 pour 100 000 femmes (7). Bien que le taux d'incidence du cancer du poumon soit en diminution en Belgique, au Danemark, en France, en Irlande, aux Pays-Bas, en Autriche et en Finlande, il continue de croître dans les autres États membres. Les cancers du poumon et des bronches sont la principale cause de mortalité du cancer chez les hommes et la troisième chez les femmes. Le groupe de pays ayant la mortalité la plus faible est composé du Portugal et de la Suède, et le groupe ayant la mortalité la plus forte comprend la Belgique, le Danemark, le Luxembourg, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Pour les hommes, la mortalité due au cancer du poumon est la plus forte en Belgique et la plus faible en Suède. Pour les femmes, la mortalité la plus forte s'observe au Danemark et la plus faible en Espagne. Globalement, la mortalité due au cancer du poumon décroît. Cependant, elle continue de progresser chez les femmes dans la plupart des États membres (elle décroît chez les femmes de moins de 65 ans au Royaume-Uni) et chez les hommes en Espagne et au Portugal (voir le graphique 12).

(7) Commission européenne, 2000.

Graphique 12

Taux de décès standardisés dus aux cancers de la trachée, des bronches et des poumons: 1970-1997
(suite)

À 65 ans et plus



Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

Le taux d'incidence du cancer du sein est en augmentation dans tous les États membres pour lesquels on dispose de données. Il constitue la principale cause de mortalité cancéreuse chez les femmes. Le groupe de pays présentant la mortalité la plus basse comprend la Grèce, l'Espagne, le Portugal, la Finlande et la Suède. Le groupe ayant la mortalité la plus élevée inclut la Belgique, le Danemark, l'Irlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. La mortalité décroît dans six États membres, l'Allemagne, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Autriche, la Suède et le Royaume-Uni (voir le graphique 13). Dans au moins trois de ces pays (le Luxembourg, les Pays-Bas et la Suède), ces chutes de la mortalité due au cancer du sein sont partiellement attribuables à l'introduction de programmes de dépistage efficaces.

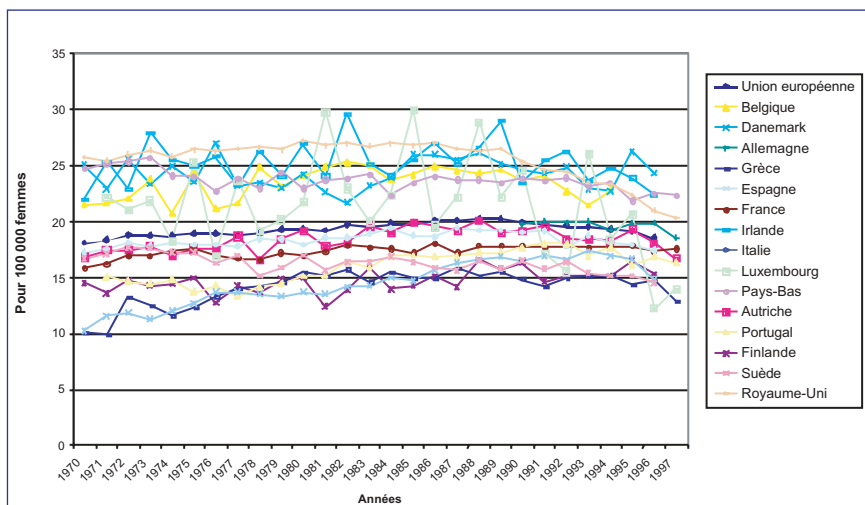
Le cancer de la prostate est actuellement en deuxième position parmi les causes de mortalité liée aux cancers chez les hommes; mais avec la tendance à la baisse de la mortalité masculine du cancer du poumon, on peut prévoir que le cancer de la prostate sera bientôt la principale cause de mortalité cancéreuse chez les hommes. Le groupe de pays présentant la mortalité la plus faible comprend la Grèce et l'Italie; le groupe présentant la mortalité la plus forte comprend la Belgique, le Danemark, l'Irlande, les Pays-Bas, le Portugal, la Finlande et la Suède. La mortalité du cancer de la prostate est en augmentation dans la plupart des États membres (elle décroît en France, au Luxembourg, en Autriche et au Royaume-Uni).

Le cancer du côlon-rectum est la troisième cause de mort cancéreuse chez les hommes et la deuxième chez les femmes. Le groupe de pays ayant la mortalité la plus faible est composé de la Grèce et de la Finlande, et la mortalité la plus haute concerne le Danemark, l'Allemagne et l'Irlande.

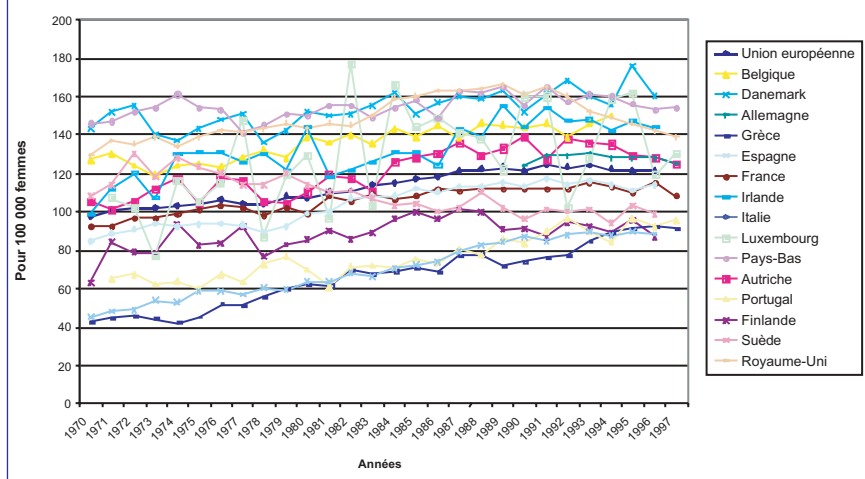
Graphique 13

Taux de décès standardisés dus au cancer féminin du sein: 1970-1997

Avant 65 ans



À 65 ans et plus



Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

Maladies du système circulatoire et diabète

Les principales maladies du système circulatoire sont les cardiopathies ischémiques (la moitié des décès dus aux maladies du système circulatoire) et les maladies vasculaires cérébrales (un tiers des maladies du système circulatoire). L'hypertension est à la fois une maladie proprement dite et un facteur déterminant pour d'autres maladies circulatoires. Le diabète est inclus parmi les maladies circulatoires puisqu'il est l'un de leurs principaux déterminants.

Cardiopathies ischémiques

Les cardiopathies ischémiques, en plus d'être la principale cause de mortalité liée aux maladies circulatoires, sont la principale cause de décès chez les moins de 65 ans.

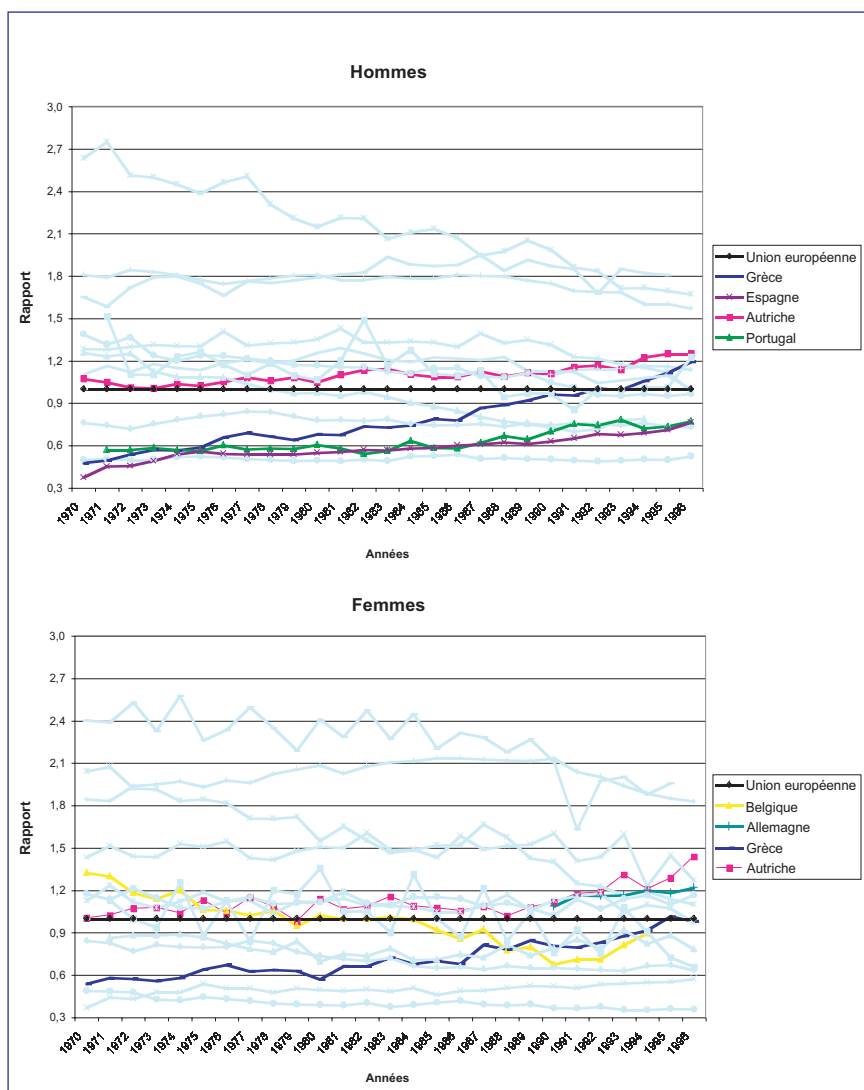
Le groupe de pays ayant la mortalité la plus faible est composé de l'Espagne, de la France, de l'Italie, du Luxembourg et du Portugal. Le groupe de pays ayant la mortalité la plus élevée comprend l'Irlande et le Royaume-Uni.

La mortalité due aux cardiopathies ischémiques avant 65 ans décroît pour les deux sexes dans tous les États membres. Les hommes en Irlande et les femmes au Royaume-Uni ont la mortalité la plus élevée, tandis que les hommes et les femmes en France ont la mortalité la plus basse. Le rapport entre mortalité nationale et moyenne communautaire montre que la mortalité dans certains pays (la Belgique, l'Allemagne, la Grèce, l'Espagne, l'Autriche et le Portugal) augmente par rapport à la moyenne communautaire (voir le graphique 14).

Graphique 14

Évolution des rapports entre les taux de décès dus aux cardiopathies ischémiques des États membres et de l'UE: 1970-1996

Avant 65 ans



Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

Maladies vasculaires cérébrales

Pour les maladies vasculaires cérébrales, le groupe de pays ayant la mortalité la plus basse est composé de l'ensemble des États membres, à l'exception de la Grèce (seule dans le groupe intermédiaire) et du Portugal (seul dans le groupe présentant la mortalité la plus élevée).

La mortalité avant 65 ans due aux maladies vasculaires cérébrales décroît pour les deux sexes dans tous les États membres. Le Portugal a la mortalité la plus élevée chez les hommes et les femmes. Les hommes aux Pays-Bas et les femmes en France ont la mortalité la plus basse. Le rapport entre mortalité nationale et moyenne communautaire montre que la mortalité dans certains pays (le Danemark, la Grèce, les Pays-Bas et le Royaume-Uni) augmente par rapport à la moyenne communautaire (voir le graphique 15).

Les maladies vasculaires cérébrales sont une cause très importante d'invalidité dans l'UE, en particulier aux âges les plus avancés.

Hypertension

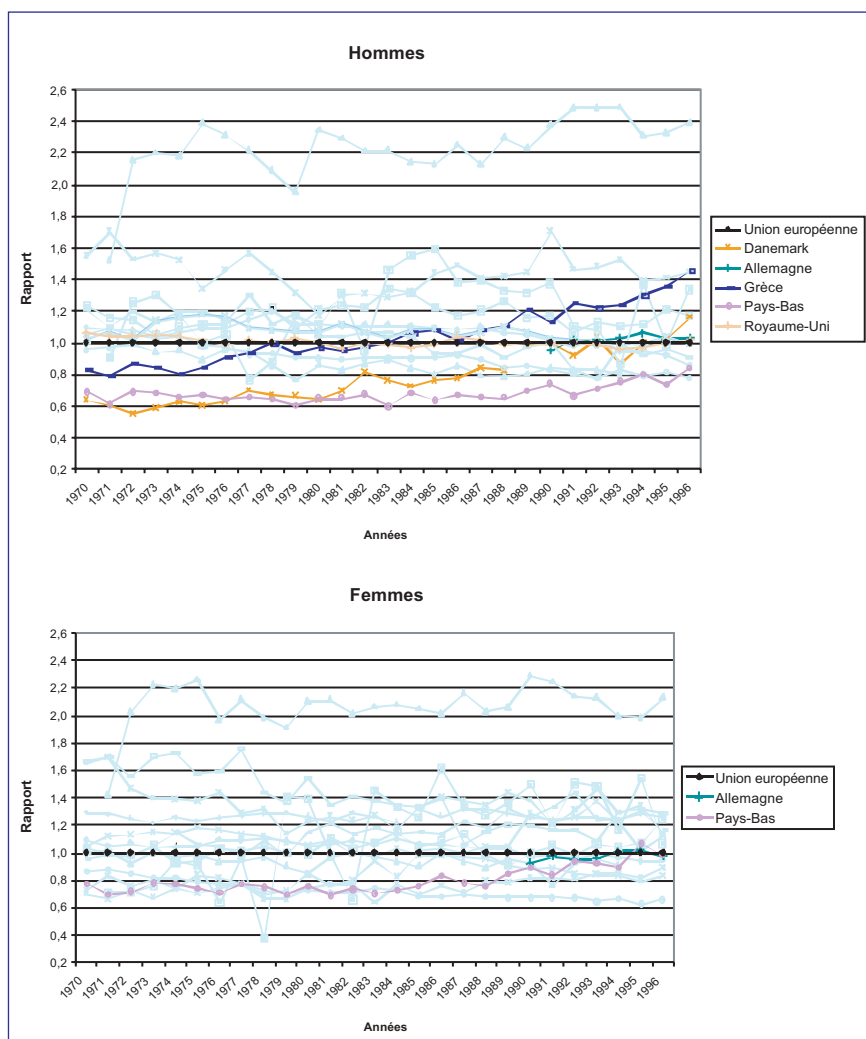
L'hypertension est en elle-même une source majeure de souffrance, mais constitue aussi un important déterminant pour d'autres pathologies, comme les maladies circulatoires et l'insuffisance rénale. La prévalence de l'hypertension dans les États membres semble se situer autour de 20 %⁽⁸⁾. Les données

(8) Données Monica.

Graphique 15

Évolution des rapports entre les taux de décès dus aux accidents vasculaires cérébraux des États membres et de l'UE: 1970-1996

Avant 65 ans



Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

limitées dont on dispose sur les tendances suggèrent une tendance à la baisse en Finlande, où elle reste cependant à un niveau élevé, et une tendance à la hausse en Allemagne.

Diabète

Le diabète est en lui-même une source majeure de souffrance, mais constitue également un déterminant pour d'autres pathologies, comme les maladies circulatoires et l'insuffisance rénale. Le diabète apparaissant à l'âge adulte, qui est associé à l'obésité, semble entrer dans une phase épidémique dans les États membres, et se produit de plus en plus tôt. Le diabète juvénile semble également constituer un problème grandissant pour certains États membres comme la Finlande. Les données actuelles en tendances ne différencient pas les deux types de diabètes. Les données en tendances disponibles pour cinq États membres suggèrent que la prévalence a augmenté légèrement dans trois États membres (la Grèce, la Finlande et la Suède), demeure stable pour les Pays-Bas et décroît au Portugal.

La mortalité du diabète avant 65 ans semble décroître pour les deux sexes dans tous les États membres, mais certains pays (l'Allemagne, la Grèce, le Portugal, la Finlande et la Suède) semblent prendre du retard par rapport à la moyenne communautaire. Les hommes et les femmes au Portugal ont la mortalité la plus élevée. Les hommes en Grèce et les femmes en France ont la mortalité la plus basse ⁽⁹⁾.

⁽⁹⁾ Des différences de référencement peuvent expliquer certaines des différences observées dans les TMS (Jouglu e.a., 1992). Ces différences de référencement pourraient en fait expliquer 35 % des variations dans les taux de mortalité du diabète (Balkau e.a., 1993).

Maladies infectieuses

En raison de la capacité des maladies infectieuses à traverser les frontières et à se transmettre rapidement au sein des populations sensibles, les États membres ont pris des obligations juridiques assez extensives au regard de ce domaine encore important et changeant. Ces obligations juridiques ont entraîné d'importants investissements dans des systèmes de réglementation et de surveillance. C'est également un domaine où il existe des possibilités importantes d'amélioration de la coordination des politiques sectorielles (par exemple, la sécurité des produits sanguins, les politiques agricoles, la législation dans le domaine des voyages, etc.).

Les maladies infectieuses seront décrites en trois groupes: les agents causaux spécifiques, les modes de diffusion et les questions liées aux politiques publiques.

Agents causaux spécifiques

Syndrome immunodéficientaire acquis (sida), infections par le VIH et autres maladies sexuellement transmissibles

Le taux d'incidence des cas déclarés de sida dans l'UE est de 63,7 malades par million d'habitants. La Finlande a le taux le plus bas (3,8), tandis que l'Espagne a le taux le plus haut (116,5) suivie par le Portugal (83,0) et l'Italie (58,4). Les taux d'incidence de la Belgique, de l'Allemagne, de la Grèce, de l'Irlande, de l'Autriche, de la Finlande, de la Suède et du Royaume-Uni sont en dessous de 20 cas par million.

Depuis 1989, la plupart des nouveaux cas dans l'UE se sont produits parmi les consommateurs de drogues intraveineuses. Dans certains États membres tels que le Danemark, une proportion croissante des cas est associée à l'immigration et aux voyages à l'étranger. Les données ne permettent pas d'estimation précise de la situation en termes d'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) (plutôt que «maladie du sida»). Durant la période 1994-1995, l'incidence estimée du sida s'est stabilisée, pour diminuer ensuite après 1996 dans tous les groupes de transmission. Le déclin du nombre de cas de sida s'explique en grande partie par une augmentation du nombre de personnes dont l'infection par le VIH a été diagnostiquée avant l'apparition du sida et qui ont eu l'opportunité de recevoir un traitement antirétrovirus efficace. Parallèlement aux tendances touchant les cas de sida, les décès dus au sida sont en baisse depuis 1996. Cela aura pour conséquence une augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH ou le sida dans le moyen terme.

Les autres maladies sexuellement transmissibles constituent toujours un problème important. Certaines sont importantes dans des groupes spécifiques comme les infections génitales à chlamydia pour les femmes de la tranche des 15-29 ans. La blennorragie reste une des infections transmises sexuellement les plus communes. C'est un indicateur indirect utile de comportements à haut risque relativement récents. Le taux d'incidence de la syphilis est bas et semble en déclin dans tous les États membres, à l'exception de la Finlande. Cette tendance en Finlande reflète la réémergence dans l'UE d'infections sexuellement transmissibles sous la forme d'infections liées aux voyages.

Hépatite C

L'hépatite C est un problème croissant. On observe un dégradé Nord-Sud, avec un taux d'infection de 0,5 % dans les États membres du Nord et de 2 % dans les États membres méditerranéens. Le coût potentiel pour la société est comparable à celui de l'épidémie de VIH. Elle est actuellement la raison de 30 % des transplantations de foie. L'utilisation de drogues intraveineuses en constitue le risque principal.

Tuberculose

Le taux de notification des cas de tuberculose a décru régulièrement de 1974 à 1986, mais s'est stabilisé ou a crû de façon transitoire entre 1986 et 1996 dans plusieurs pays (le Danemark, l'Irlande, l'Italie, les

Pays-Bas, l'Autriche et le Royaume-Uni). Le taux de notification n'atteint que 5,6 pour 100 000 en Suède et est inférieur à 18 dans tous les pays, excepté le Portugal (53,5) et l'Espagne (21,0 pour les seuls nouveaux cas respiratoires). La tuberculose dans l'UE semble poser plus de problèmes dans les zones urbaines. Cette tendance urbaine semble particulièrement marquée dans des pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Autriche et le Royaume-Uni. La tuberculose devient également une infection importée. La résistance aux traitements, y compris les souches multirésistantes, constitue un autre problème émergent. Ce problème de résistance est associé en particulier aux infections par le VIH, aux prescriptions thérapeutiques inadéquates et au manque de respect des prescriptions.

Infections selon le mode de diffusion

Infections importées et liées aux voyages (10)

Les infections importées et liées aux voyages sont une cause importante de morbidité dans l'UE.

Les possibilités de diffusion entre les pays se sont accrues avec la création de l'UE, dans laquelle les biens et les personnes circulent librement. Cela a entraîné la résurgence d'infections que l'on peut prévenir par la vaccination (rougeole et diphtérie) et de maladies sexuellement transmissibles. Elles sont fréquemment associées à des voyages en provenance et à destination de l'Europe de l'Est.

L'Allemagne, la France, l'Italie, le Portugal et le Royaume-Uni rapportent des chiffres de paludisme élevés et en croissance. La plupart des cas sont causés par *Plasmodium falciparum*. Plus de 70 % sont importés d'Afrique. Une proportion importante des cas létaux ne respecte pas les mesures prophylactiques contre le paludisme.

Infections alimentaires

La nourriture est un vecteur important de diffusion de maladies courantes ou rares, mais dangereuses. Cette diffusion est fréquemment liée au transport de nourriture (par exemple, de viande) à travers les frontières.

On observe depuis 1993 un déclin de l'incidence des infections par *Salmonella enteridis*. Ce déclin n'est pas uniforme dans tous les États membres. *Campylobacter* est désormais la principale cause bactérienne diagnostiquée pour les gastroentérites aiguës au Danemark. L'incidence d'une forme particulière d'*Escherichia coli entéro-hémorragique* (ECEH) est en augmentation en Belgique, en Allemagne, en Suède et au Royaume-Uni.

La nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, dont on pense qu'elle est transmise par la viande de bœuf infecté par l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), est une infection alimentaire émergente et rare. Elle illustre l'impact économique de la menace d'infections nouvelles, et reflète l'importance de rassembler les données et les informations afin de mieux caractériser et d'étudier les maladies rares dans l'UE.

Questions liées aux politiques publiques

Infections résistantes aux antibiotiques

L'utilisation inconsidérée d'antibiotiques dans les hôpitaux, les services ambulatoires et en automédication est une source importante de résistance. L'usage répandu d'agents antimicrobiens dans la production animale encourage également le développement de bactéries résistantes ou de gènes de résistance qui peuvent se transmettre à des bactéries à l'origine de maladies humaines. C'est principalement en raison de ces pressions que la résistance antibiotique est un problème sérieux en développement.

(10) Ces infections comprennent la diphtérie, la blennorragie, l'hépatite A, l'hépatite B, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose, les infections alimentaires dont il est question plus loin, la giardiose, l'amibiase, la shigellose, le VIH, la typhoïde, la staphylococcie dorée méthicillino-résistante, la yersiniose, la paratyphoïde, la légionellose, la syphilis, la brucellose, la lèpre, l'encéphalite virale, la dengue, la fièvre due à la morsure de la tique africaine, le typhus murin, la fièvre de Lhassa, la fièvre Q.

Maladies évitables par la vaccination

On peut maîtriser ces maladies par la mise en place de programmes d'immunisation. Il y a pour simplifier trois groupes. Ces regroupements occultent certains cas d'efforts couronnés de succès pour maîtriser des maladies dans certains États membres. Il s'agit d'un domaine où une harmonisation des politiques de vaccination serait très positive.

Le premier groupe concerne les maladies pour lesquelles il y a une vaccination efficace. On maîtrise ces maladies (par exemple, la rougeole et la poliomyélite), et elles sont en voie d'éradication dans tous les États membres.

Le deuxième groupe inclut des maladies qui réapparaissent en tant que danger pour la santé publique en raison de l'inadéquation d'un ou de plusieurs des facteurs suivants: surveillance, politiques et pratiques de vaccination (par exemple, pour la grippe, la coqueluche, la diphtérie et les oreillons). Il y a néanmoins des réussites. Le Danemark, la France, le Luxembourg et la Finlande ont atteint un niveau élevé de maîtrise de la coqueluche. Entre 1987 et 1997, aucun ou très peu de cas de diphtérie ont été signalés au Danemark, en Allemagne, en Espagne, en France, en Irlande, en Italie, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Autriche, au Portugal, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni. Cependant, des déclarations limitées étaient encore observées parmi les toxicomanes et les alcooliques. On a observé des cas importés, principalement d'Europe de l'Est, dans des pays tels que l'Allemagne, la Finlande et le Royaume-Uni. Le Danemark, les Pays-Bas, la Finlande et la Suède ont presque éradiqué les oreillons ⁽¹¹⁾.

Enfin, le troisième groupe concerne les maladies dont les données d'incidence ne font pas l'objet d'un suivi systématique et/ou pour lesquelles des politiques de vaccination ne sont pas définies, malgré l'existence de vaccins efficaces au regard de leur coût (par exemple, les méningococcémies, les infections pneumocoquales, la varicelle, les hépatites A et B).

Ces deux derniers groupes constituent d'importantes opportunités d'amélioration sanitaire.

Maladies du système respiratoire

La mortalité avant 65 ans de certaines des maladies respiratoires les plus prévalentes (bronchite, emphysème et asthme) diminue dans la plupart des États membres, tant chez les hommes que chez les femmes (en étant décalée dans la tranche d'âge supérieure à 65 ans). Le rapport entre les mortalités nationales et la moyenne communautaire montre une augmentation relative chez les femmes au Danemark (voir le graphique 16). Le Danemark a également la plus haute mortalité pour les hommes et les femmes.

L'asthme est un trouble chronique répandu, qui est perçu dans l'UE comme un problème de santé grandissant, mais cette perception n'est pas étayée par des données systématiques et comparables. La prévalence des symptômes asthmatiques varie grandement. Ils sont d'une façon générale plus élevés au Royaume-Uni que dans les autres États membres ⁽¹²⁾.

Invalidité

Beaucoup des maladies étudiées ci-dessus (par exemple, les cancers, les affections vasculaires cérébrales, les accidents, la démence et les problèmes périnataux) et d'autres encore, telles que l'ostéoporose et l'arthrite, entraînent une invalidité chronique. Les taux de prévalence des restrictions d'activité varient largement d'un État membre à l'autre. Cependant, la plupart des États membres ont un

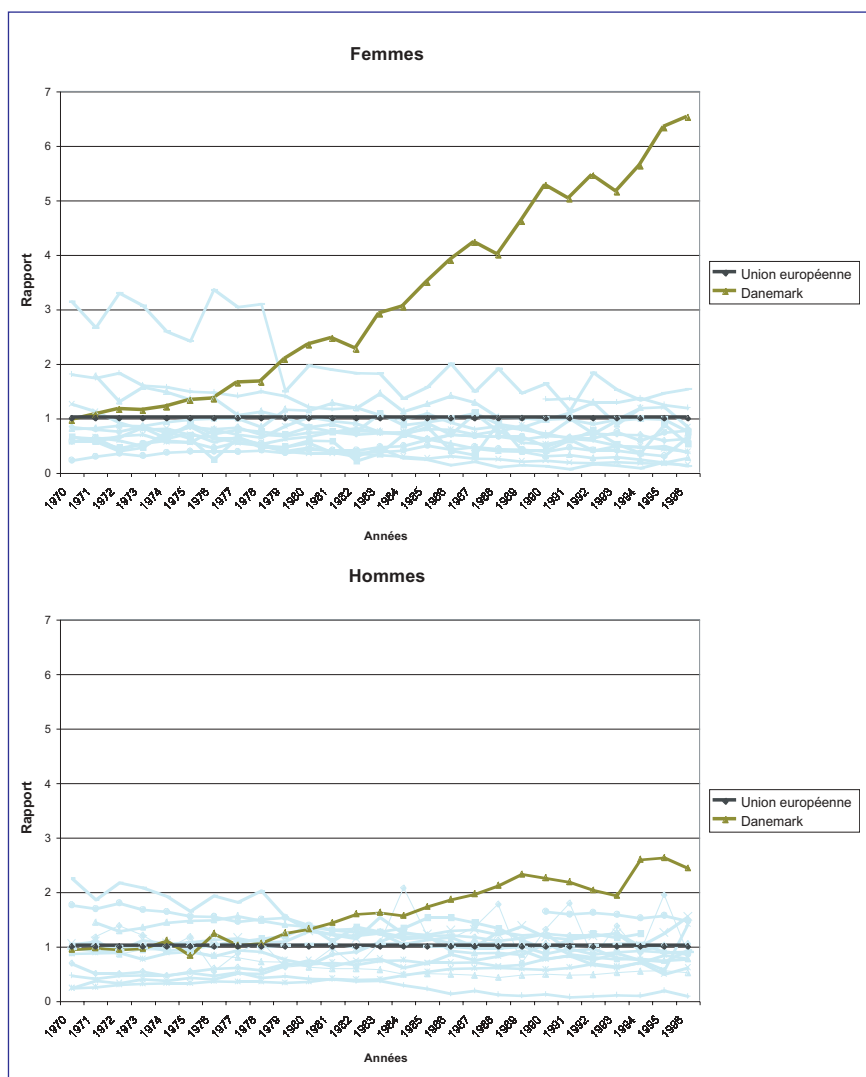
⁽¹¹⁾ Malgré une couverture vaccinale élevée, l'incidence des oreillons au Luxembourg n'est pas connue, puisque cette maladie n'est pas à déclaration obligatoire (Mady Roulleaux, communication personnelle, avril 2001).

⁽¹²⁾ Enquête sur la santé respiratoire dans la Communauté européenne, 1996.

Graphique 16

Évolution des rapports entre les taux de décès dus aux bronchites, emphysèmes et asthmes des États membres et de l'UE: 1970-1996

Avant 65 ans



Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

pourcentage proche de 12 %. Pour autant, les données disponibles sont en général limitées et difficilement comparables, et ne permettent pas de donner une image exacte de la situation dans l'UE.

Les personnes âgées représentent un groupe important en termes d'invalidité. Bien que la plupart des personnes âgées ne soient pas invalides, la majorité des invalides sont des personnes âgées.

Les données concernant l'espérance de vie sans incapacité sont limitées, mais suggèrent que l'espérance de vie sans incapacité est soit stagnante (au Royaume-Uni), soit en augmentation (en Allemagne et en France). Ces chiffres suggèrent également que l'augmentation de l'espérance de vie ne s'accompagne pas d'une augmentation du temps passé avec un handicap grave ou une infirmité grave. Au pire, il pourrait y avoir une pandémie de handicaps et d'infirmités légers ou modérés (13).

SITUATION SANITAIRE DE CERTAINS GROUPES

On considère que certains groupes sociaux doivent faire l'objet d'une attention particulière. Il s'agit entre autres des personnes âgées démunies, des chômeurs, des migrants, des réfugiés, des familles monoparentales, des jeunes sans abri et sortis du système scolaire. Le cas de certains de ces groupes sera abordé dans le chapitre suivant. Les personnes âgées et les migrants ont droit ici à une attention particulière dans la mesure où ils constituent une minorité grandissante dans plusieurs États membres.

(13) Robine e.a., 1999.

Les changements démographiques observés dans les États membres sont importants pour expliquer certains schémas de morbidité, de mortalité et d'invalidité discutés auparavant. Au cours des deux dernières décennies, le vieillissement de la population a entraîné un accroissement du nombre de personnes de plus de 65 ans, avec plus de femmes que d'hommes aux âges les plus avancés, en particulier après 85 ans. La part des personnes âgées dans la population est parmi les plus élevées au monde. La population âgée va continuer de croître, tandis que la proportion des 15-64 ans devrait décliner et la proportion des moins de 15 ans rester stable. Ces changements démographiques expliquent en partie la charge croissante provoquée par les maladies chroniques et le volume nécessaire de soins. Ces changements permettent de prédire un besoin de soins médicaux en croissance continue à travers l'UE, bien que tous les États membres ne vieillissent pas dans la même mesure. Selon l'«index des personnes âgées», l'Italie est le plus «vieux» pays de l'UE, suivie de la Grèce et de l'Allemagne. L'Irlande est le pays de l'UE le plus «jeune».

L'état de santé des migrants peut être meilleur ou moins bon que l'état de la population née dans le pays hôte, et peut occasionnellement copier la situation des pays d'origine. Les gens qui émigrent sont en moyenne en meilleure santé que la population dont ils sont originaires. Cependant, les données montrent des besoins importants pour les maladies du système circulatoire, le diabète, la santé reproductive, la pédiatrie, les maladies infectieuses, la santé mentale et les blessures accidentelles, et suggèrent une faible utilisation des services de santé.

CONCLUSION

L'UE a obtenu des améliorations significatives de la santé au cours des trois dernières décennies et depuis le dernier rapport sur l'état de santé en 1992 (voir le tableau III).

Tableau III — Amélioration de la santé depuis trois décennies et depuis le dernier rapport sur la santé en 1992

Problème de santé	Moyenne de l'UE			Amélioration moyenne de l'UE sur la période (en %)		
	1970	1992	1997	1970-1992	1992-1997	1970-1997
Espérance de vie (en années)	71,8	77,0	77,8	7,2	1,0	8,4
Mortalité prématurée générale/100 000 habitants	378,0	253,0	233,0	- 33,1	- 7,9	- 38,4
Taux de mortalité périnatale (*)/1 000 naissances vivantes	26,1	7,6	n.d.	- 70,9	—	—
Taux de mortalité infantile/1 000 naissances vivantes	21,9	6,9	5,5	- 68,5	- 20,3	- 74,9
Faible poids de naissance (en %)	n.d.	5,8	6,2	—	6,9	—
Taux de mortalité maternelle/100 000 naissances vivantes	34,8	7,4	7,1	- 78,7	- 4,1	- 79,6
Mortalité prématurée (**) due aux accidents de la route/100 000 habitants	20,4	12,5	10,4	- 38,7	- 16,8	- 49,0
Mortalité prématurée due au suicide/100 000 habitants	11,4	10,5	10,0	- 7,9	- 4,8	- 12,3
Mortalité prématurée due au cancer/100 000 habitants	92,4	87,1	81,3	- 5,7	- 6,7	- 12,0
Mortalité prématurée due au cancer du poumon/100 000 habitants	16,8	19,0	17,8	13,1	- 6,3	6,0
Mortalité prématurée due au cancer du sein chez la femme/100 000 femmes	18,1	19,6	18,5	8,3	- 5,6	2,2
Mortalité prématurée due aux cardiopathies ischémiques/100 000 habitants	46,6	31,7	26,9	- 32,0	- 15,1	- 42,3
Mortalité prématurée due à une affection vasculaire cérébrale/100 000 habitants	23,0	11,4	9,9	- 50,4	- 13,2	- 57,0
Mortalité prématurée due au diabète/100 000 habitants	4,8	3,1	3,1	- 35,4	0,0	- 35,4
Mortalité prématurée due à l'asthme, à la bronchite et à l'emphysème/100 000 habitants	9,2	3,0	2,4	- 67,4	- 20,0	- 73,9

Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

(*) Eurostat, Commission européenne.

NB: n.d. = non disponible.

(**) Mortalité prématurée = avant 65 ans.

Tableau IV — Possibilités d'amélioration de la santé

Problème de santé	Femmes			Hommes			Ensemble		
	Meilleure valeur	Plus mauvaise valeur	Valeur moyenne	Meilleure valeur	Plus mauvaise valeur	Valeur moyenne	Meilleure valeur	Plus mauvaise valeur	Valeur moyenne
Espérance de vie à la naissance (en années)	83,2 France	78,4 Danemark	81,0	76,7 Suède	71,6 Portugal	74,4	79,3 Suède	75,4 Portugal	77,8
Mortalité prématurée (**) générale/ 100 000 habitants	126,0 Grèce	217,0 Danemark	153,0	227,0 Suède	399,0 Portugal	314,0	182,0 Suède	281,0 Danemark	233,0
Taux de mortalité périnatale (*)/ 1 000 naissances vivantes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,4 Suède	9,5 Grèce	n.d.
Taux de mortalité infantile/ 1 000 naissances vivantes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3,6 Suède	6,4 Portugal Grèce	5,5
Faible poids de naissance (en %)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3,5 Luxembourg	7,5 Belgique	6,2
Taux de mortalité maternelle/100 000 naissances vivantes	0,0 Grèce Luxembourg	9,6 France	7,1	—	—	—	—	—	—
Mortalité prématurée due aux accidents de la route/ 100 000 habitants	3,1 Finlande	8,4 Grèce	4,9	6,2 Suède	30,1 Grèce	15,9	6,1 Pays-Bas	17,3 Portugal	10,4
Mortalité prématurée due au cancer/ 100 000 habitants	52,3 Finlande	97,5 Danemark	65,7	70,8 Finlande	117,0 France	97,7	61,2 Finlande	95,3 Danemark	81,3
Mortalité prématurée due au cancer du poumon/ 100 000 habitants	2,9 Espagne	21,3 Danemark	7,0	19,1 Finlande	41,3 Belgique	28,9	11,5 Finlande Portugal	24,2 Belgique	17,8
Mortalité prématurée due au cancer du sein chez la femme/100 000 femmes	12,9 Grèce	24,3 Danemark	18,5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Mortalité prématurée due aux cardiopathies ischémiques/ 100 000 habitants	3,7 France	17,6 Royaume-Uni	10,2	22,1 France	78,3 Irlande	44,0	12,7 France	47,7 Irlande	26,9
Mortalité prématurée due à une affection vasculaire cérébrale/ 100 000 habitants	4,9 France	14,9 Portugal	7,5	9,6 Pays-Bas	28,5 Portugal	12,4	7,3 France	13,3 Finlande	9,9
Mortalité prématurée due au suicide/ 100 000 habitants	0,8 Grèce	10,5 Finlande	5,0	5,2 Grèce	35,5 Finlande	15,0	2,9 Grèce	17,6 Belgique	10,0
Mortalité prématurée due au diabète/ 100 000 habitants	1,1 France	2,5 Portugal	2,2	1,7 Grèce	5,3 Portugal	3,9	1,6 France	4,7 Portugal	3,1
Mortalité prématurée due à l'asthme, à la bronchite et à l'emphysème/ 100 000 habitants	0,1 Grèce	10,7 Danemark	1,6	0,3 Grèce	7,8 Danemark	3,2	0,2 Grèce	9,3 Danemark	2,4

Source: Base de données HFA, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

(*) Eurostat, Commission européenne.

NB: n.d. = non disponible.

(**) Mortalité prématurée = avant 65 ans.

Tableau V — Déterminants de la morbidité et de la mortalité observées

Problème de santé	Déterminants	Âge, sexe, situation socio-économique
Faible poids de naissance et prématurité	Tabagisme, abus d'alcool, abus de drogues, accès à des soins de santé de qualité	
Accidents et blessures	Abus d'alcool, abus de drogues, environnement, accès à des soins de santé de qualité	
Neuropsychiatrie	Abus d'alcool, abus de drogues	
Cancers	Tabagisme, nutrition, obésité, exercice physique, abus d'alcool, accès à des soins de santé de qualité	
Maladies circulatoires	Tabagisme, abus d'alcool, nutrition, obésité, exercice physique, accès à des soins de santé de qualité	
Infections	Nutrition, sécurité des aliments et de l'eau, abus de drogues, comportements sexuels, voyages, accès à des soins de santé de qualité	
Asthme et autres problèmes respiratoires	Conditions environnementales, tabagisme, accès à des soins de santé de qualité	

Le niveau de morbidité et de mortalité évitable avant 65 ans demeure encore significatif. Il est associé aux accidents et blessures, aux suicides et aux autres troubles mentaux, à certains types de cancer, aux troubles de la circulation, aux infections, à l'asthme et aux autres maladies respiratoires. Beaucoup de ces problèmes peuvent faire l'objet d'interventions efficaces de prévention, de promotion et de soin qui retardent l'âge d'apparition de la maladie, ou repoussent l'âge du décès. La survie prolongée est souvent synonyme de survie avec invalidité. Cela est vrai en particulier chez les personnes âgées.

Si l'on compare les meilleurs résultats de l'UE en termes de mortalité avec les plus mauvais résultats et la moyenne communautaire, on a une idée de la marge d'amélioration dont on dispose. On identifie également une marge d'amélioration importante en comparant mortalité masculine et mortalité féminine (voir le tableau IV).

Si l'on considère les principaux déterminants de ces causes de morbidité et de mortalité, on constate qu'un certain nombre d'entre eux se retrouvent régulièrement (voir le tableau V).

Chapitre 2

Les déterminants de la santé

Les déterminants majeurs des principaux problèmes de santé sont liés à des comportements (tabagisme, abus d'alcool, régime alimentaire inapproprié, dépendance à la drogue, inactivité physique), à des mauvaises conditions environnementales et à une situation socio-économique défavorable. Ce chapitre abordera ces thèmes, ainsi que ceux de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la fourniture de soins curatifs. Il est important de noter que ces déterminants interagissent entre eux de façon complexe et que c'est l'impact combiné de tous ces déterminants qui importe en termes d'effet sur l'état de santé.

LES DÉTERMINANTS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE L'ÉTAT DE SANTÉ

L'état de santé est un déterminant important du développement socio-économique, mais la situation socio-économique est aussi un important déterminant de l'état de santé. Dans tous les États membres ⁽¹⁴⁾, les taux de mortalité, de morbidité et d'invalidité sont plus élevés dans les groupes socio-économiques les moins favorisés. Le même schéma s'applique en ce qui concerne les différences socio-économiques pour les facteurs de risque de morbidité et de mortalité. La situation socio-économique se réfère à la position de chaque individu dans la société. Elle est stratifiée selon de nombreux critères. Les critères retenus par les publications scientifiques sur la santé sont des déterminants macroéconomiques, le niveau d'éducation, les structures familiales, les autres réseaux sociaux, le revenu et l'emploi.

Déterminants macroéconomiques

Les déterminants macroéconomiques [produit intérieur brut (PIB) par tête] expliquent en partie le niveau des dépenses de santé des pays et des individus. Les probabilités de mort prématurée sont plus élevées pour les personnes qui ont un pouvoir d'achat moindre. La prévalence de mauvais états de santé s'accroît régulièrement à mesure que le niveau de revenus décroît. Les tendances de ces déterminants dans l'UE ont été essentiellement positives. La fin des années 80 a connu des taux de croissance du PIB réel élevés (autour de 4 %). Après un ralentissement marqué au début des années 90, l'économie a commencé à retrouver de la vigueur à la fin des années 90.

Cependant, on observe toujours d'importantes différences de revenus parmi les États membres. Le PIB par tête permet de distinguer clairement trois groupes: un groupe à hauts revenus (le Luxembourg), un groupe à revenus moyens (la Belgique, le Danemark, l'Allemagne, la France, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, l'Autriche, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni) et un groupe aux revenus plus bas (la Grèce, l'Espagne et le Portugal).

Les revenus sont distribués plus équitablement dans les États membres nordiques. Les inégalités les plus prononcées concernent l'Espagne et le Royaume-Uni. Quelle que soit la méthode utilisée pour mesurer la pauvreté, le Danemark, l'Allemagne et les Pays-Bas sont toujours les pays présentant la pauvreté la plus faible et la Grèce, l'Espagne et le Portugal la pauvreté la plus importante.

Éducation

L'éducation par elle-même, ou en tant que déterminant du statut social, est un déterminant important des comportements sanitaires et de l'état de santé.

⁽¹⁴⁾ Pas de données pour la Belgique, la Grèce et le Luxembourg.

La prévalence des mauvais états de santé augmente rapidement quand décroît le niveau d'éducation. Les personnes atteintes de maladies chroniques et ayant un niveau d'éducation peu élevé s'avèrent plus sujettes à des complications chroniques, avec des conséquences invalidantes, que les patients les plus éduqués.

Des études finlandaise et néerlandaise montrent que plus le niveau d'éducation est élevé, plus l'espérance de vie et l'*espérance de bonne santé* sont élevées ⁽¹⁵⁾. Les probabilités de mort prématurée sont supérieures parmi les individus ayant les résultats scolaires les plus bas. La mortalité due aux maladies du système circulatoire est plus élevée parmi les personnes les moins éduquées. Dans les pays nordiques, les enfants dont la mère n'a suivi qu'un cursus élémentaire ont des risques de problèmes de santé plus élevés que ceux qui ont une mère plus éduquée. Ces résultats suggèrent que les inégalités existent dès les plus bas âges et ont de bonnes chances de persister, voire de s'accumuler, au cours de l'existence. Les interventions et les politiques destinées à réduire les inégalités concernant la santé des enfants peuvent donc avoir d'importants effets multiplicateurs.

L'éducation est également corrélée de façon significative aux comportements sanitaires. À mesure que la courbe de l'épidémie de tabagisme progresse dans un pays, elle se concentre parmi les populations les moins éduquées du pays. Par contraste avec les États membres du Sud, les personnes les plus instruites dans les États membres du Nord consomment du vin lors des repas plus fréquemment que les moins instruits. En ce qui concerne la consommation de bière, elle est plus fréquente dans les pays nordiques chez les moins éduqués. Dans tous les États membres, les moins éduqués consomment des légumes frais moins fréquemment, sont en moyenne moins grands et plus obèses que les plus éduqués. L'ampleur de ces différences varie parfois entre les hommes et les femmes et en fonction des habitudes nationales en matière d'alimentation et d'absorption d'alcool.

L'éducation constitue un domaine où les progrès au cours des trois dernières décennies sont importants pour tous les États membres. Toutefois, il existe encore de grandes différences de résultats entre États membres.

Ménages, familles et autres réseaux sociaux

La famille représente traditionnellement la première source de soins de santé informels et le principal système de soutien des jeunes et des personnes âgées. Elle représente également un réceptacle majeur de valeurs sociales et de mœurs, qui sont d'importants déterminants des comportements sanitaires. Les structures familiales sont des sources importantes de convivialité et ont des liens avec les questions de santé mentale, ainsi qu'avec d'autres formes de morbidité et de mortalité.

Les personnes âgées ne peuvent plus compter autant qu'autrefois sur le soutien traditionnel apporté par leurs parents, en partie à cause des changements dans les structures familiales. Les modes de vie des personnes âgées les plus fréquents dans l'UE sont: i) vivre seul, ne pas pouvoir compter sur sa famille pour recevoir de l'aide ou des soins ou une assistance financière; ii) vivre en couple dans une communauté; iii) vivre ou résider dans une institution. En Grèce et en Italie, les grands-mères jouent un rôle très important dans la garde des enfants.

Emploi

Un emploi stable ne procure pas seulement un revenu et un supplément de bien-être matériel, mais a également un effet structurant sur la vie sociale, et donne un sens à une existence personnelle. Un revenu régulier et suffisant provenant du travail offre à l'individu une perspective d'avenir et modère les projets du ménage sur le long terme. D'un autre côté, le coût des maladies professionnelles est élevé.

⁽¹⁵⁾ Robine e.a., 1999.

L'emploi peut aller de pair avec de mauvaises conditions de travail. Il y a une relation directe entre l'état de santé et le nombre d'heures travaillées. Environ un tiers des travailleurs dans l'UE sont soumis à un bruit intensif ou doivent porter des charges lourdes; 40 % travaillent dans une position douloureuse ou fatigante, et plus de la moitié ne peuvent pas contrôler personnellement les facteurs de confort sur leur lieu de travail tels que l'éclairage, la ventilation et la température. Les douleurs de dos (30 %), le stress (28 %) et les douleurs musculaires dans les bras ou les jambes (17 %) sont les problèmes de santé le plus souvent cités.

Dans la mesure où les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes de travailler dans des secteurs à haut risque tels que le bâtiment, ils subissent dix fois plus d'accidents mortels et trois fois plus d'accidents non mortels que les femmes.

Les conditions de travail des travailleurs précaires sont plus mauvaises que celles des travailleurs permanents. Les travailleurs en situation précaire déclarent plus de problèmes de santé physique, comme la fatigue et des désordres musculo-squelettiques. Le travail précaire se rencontre fréquemment dans le bâtiment, l'industrie et l'agriculture, mais aussi dans certains secteurs comme les transports, l'hôtellerie et la restauration, où l'on trouve le plus de travailleurs manuels qualifiés ou sans spécialité. Le pourcentage d'heures travaillées en situation précaire est particulièrement élevé en Grèce, en Espagne, en Italie et au Portugal.

Chômage

La relation entre chômage et santé est complexe. Des effets négatifs sur la santé peuvent être imputés aux conséquences économiques, sociales et psychologiques du chômage. Le chômage entraîne une perte ou une réduction du revenu, ce qui peut provoquer (mais pas nécessairement) le franchissement du seuil de pauvreté. Un licenciement brusque et un chômage de longue durée, avec la perte d'un statut social, une baisse de la socialisation et le désespoir croissant engendré par la situation peuvent provoquer du stress et des problèmes psychologiques. Le chômage peut aussi s'associer à la disparition d'un accès à des services de soins sur le lieu de travail et à la réduction de l'accès à d'autres sources de soins. D'un autre côté, la santé des jeunes au chômage ne diffère guère de celle des jeunes qui travaillent ou qui poursuivent leurs études. Bien que des symptômes de nervosité et de dépression apparaissent plus fréquemment, ces problèmes sont moins aigus que pour les chômeurs plus âgés.

Le taux de chômage est le plus élevé en Espagne, où un taux à deux chiffres est enregistré sans interruption depuis 1980. Les taux les plus bas sont observés au Luxembourg et en Autriche. Il y a toutefois des signes d'amélioration dans tous les États membres.

Le taux de chômage moyen chez les moins de 25 ans tourne autour de 20 %. Le taux de chômage harmonisé des moins de 25 ans en Belgique, en Grèce, en Espagne, en France, en Italie, en Finlande et en Suède est supérieur à 20 % et parfois supérieur à 40 %. Pour cette population, le groupe de pays présentant le taux de chômage harmonisé le plus bas comprend le Danemark, l'Allemagne, l'Irlande, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Autriche, le Portugal et le Royaume-Uni. Le groupe intermédiaire comprend la Belgique, la Finlande et la Suède et le groupe au taux le plus élevé inclut la Grèce, l'Espagne, la France et l'Italie ⁽¹⁶⁾.

Le chômage de longue durée représente près de 50 % du chômage dans l'UE (de 25,2 % au Danemark à 66,2 % en Italie). Les situations des pays en termes de taux de chômage total et de chômage de longue durée se recoupent largement. Le taux de chômage de longue durée de l'Espagne (10,8 %) contraste avec celui du Luxembourg (0,9 %), alors que la moyenne communautaire est de 5,2 %.

⁽¹⁶⁾ Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1997.

COMPORTEMENTS SANITAIRES

Cette section examine les déterminants comportementaux de la santé. Les facteurs de risques liés à des comportements comprennent le tabagisme, l'abus d'alcool, l'abus de drogues, un régime alimentaire inapproprié, des styles de vie sédentaires et les comportements sexuels. Ils sont particulièrement importants lorsque l'on considère le cas des jeunes.

Tabagisme

Le tabagisme est nocif au fumeur individuel, mais aussi aux autres individus à travers le tabagisme passif. Le tabagisme est lié à de nombreuses maladies. En font partie les cardiopathies ischémiques, les affections vasculaires cérébrales, les bronchites chroniques, les emphysèmes, les cancers (des poumons, de la vessie et des reins, du pancréas, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, de l'utérus et du col de l'utérus), les anévrismes de l'aorte, les maladies artériosclérotiques périphériques, les ulcères peptiques, les faibles poids à la naissance, les SMSN et les baisses de fécondité. Le tabagisme passif contribue au SMSN, au faible poids de naissance, aux maladies respiratoires aiguës dans la basse enfance, à la réduction des fonctions pulmonaires chez les enfants et les adultes, à l'accroissement des symptômes pulmonaires chez les asthmatiques, à la réduction des fonctions pulmonaires chez les asthmatiques, au cancer du poumon et aux cardiopathies ischémiques. Environ 90 % des cancers du poumon, 80 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques et 25 % des décès causés par une maladie du cœur sont liés au tabagisme. Le tabagisme constitue le principal déterminant isolé de décès évitables. Les décès liés au tabagisme chez les femmes sont en croissance continue.

Incidence et prévalence du tabagisme

Le pourcentage de fumeurs a décliné chez les hommes depuis les années 80, mais s'est accru chez les femmes. Cette hausse est particulièrement significative en Grèce, en Espagne, en Italie, au Luxembourg, en Autriche et au Portugal, principalement à cause de la tendance à la hausse chez les femmes les plus jeunes. Les femmes au Danemark ont un des taux de tabagisme les plus élevés au monde.

Les différences entre les hommes et les femmes concernant la prévalence du tabagisme sont moins marquées au Danemark, en Irlande, aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni. Ces différences se réduisent aussi en Belgique, en Allemagne, en France, au Luxembourg et en Autriche. Elles sont encore significatives dans les pays du Sud (l'Espagne, l'Italie et le Portugal).

Dans les États membres concernés par une prévalence élevée de jeunes femmes fumant, il y a également une augmentation du nombre de fumeuses enceintes. La proportion de femmes fumant pendant leur grossesse est en hausse au Royaume-Uni, tandis qu'elle baisse en Suède.

Cigarettes légères

Les femmes ont tendance à fumer des cigarettes «légères» en supposant à tort qu'elles sont moins nocives. Plus de la moitié des femmes qui fument au Danemark, en France, en Irlande, en Italie, en Autriche, en Finlande et en Suède consomment des cigarettes «légères».

Abus d'alcool

L'alcool est un autre déterminant important de la santé susceptible d'action publique. Bien que nous ne disposions pas d'un bon indicateur des décès liés à l'alcool sur lequel tout le monde s'accorde (une task-force d'Eurostat y travaille), il y a cependant une forte corrélation entre les accidents mortels sur les routes des États membres et l'abus d'alcool. Dans certains États membres, il existe un effet important de l'alcool sur les taux de suicide des hommes (la Belgique, l'Autriche, le Portugal, la Finlande et la Suède)

et des femmes (la Belgique, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Autriche et la Suède). Les taux d'homicides sont aussi influencés par les habitudes de consommation d'alcool. La consommation par individu est un facteur clé pour expliquer les évolutions de la mortalité due aux cirrhoses chez les hommes et les femmes et dans différents groupes d'âge. L'alcool contribue également au cancer de la bouche et de l'œsophage. L'excès d'alcool prolongé accroît progressivement les risques d'hypertension, d'affections vasculaires cérébrales et de cardiopathies ischémiques. La consommation excessivement élevée d'alcool augmente les risques de cardiopathies ischémiques, tandis qu'une consommation modérée peut réduire ces risques. L'abus d'alcool durant la grossesse peut également provoquer un accroissement du nombre d'enfants nés avec le syndrome d'alcool fœtal.

Habitudes de consommation d'alcool et tendances

Il y a des différences entre États membres en relation avec les cultures de consommation d'alcool qui prévalent. En fait, trois groupes d'États membres peuvent être identifiés: une région de consommation de vin dans le Sud, une culture de la bière dans le Centre et une culture des spiritueux dans le Nord. Ces différences deviennent moins nettes. Il est difficile d'établir dans quelle mesure se produisent ces changements parce qu'il n'y a pas de statistiques comparables sur le nombre des buveurs ou sur les habitudes de consommation. On utilise habituellement à défaut les chiffres de vente de World Drink Trends.

Les ventes d'alcool baissent dans les pays du Sud majoritairement à vin, et augmentent dans les États membres à bière. La France et le Luxembourg ont les ventes d'alcool les plus élevées (environ 15 litres par habitant et par an). La Finlande, la Suède et le Royaume-Uni ont les ventes moyennes d'alcool les plus basses (7,9 litres par habitant et par an). La moyenne de l'UE est de 9,4 litres par habitant et par an. Ces chiffres ne distinguent pas les hommes, les femmes, l'âge et des facteurs tels que le tourisme, l'import-export et la production non commerciale ou illégale. Ils doivent donc être interprétés avec précaution.

La consommation d'alcool chez les très jeunes (moins de 15 ans) n'est pas négligeable. Le niveau le plus élevé est rencontré en Grèce, où 52 % des garçons et 31 % des filles admettent consommer de l'alcool. La Finlande a le niveau le plus bas, avec 11 % pour les garçons et 8 % pour les filles. Le niveau le plus élevé de garçons et de filles de 15 ans déclarant avoir déjà été ivres deux fois ou plus est rencontré au Danemark (71 % des garçons et 63 % des filles) et le niveau le plus bas en Grèce (21 % des garçons et 21 % des filles), suivie par le Portugal (35 % des garçons et 16 % des filles). On constate une récurrence géographique qui fait que les jeunes des pays méditerranéens déclarent des niveaux moindres d'ébriété.

Abus de drogues

La dépendance à la drogue a des effets nocifs sur la santé physique et mentale des consommateurs et peut entraîner une désocialisation. Le recours à la criminalité, en particulier le vol et la prostitution, peut être utilisé pour faire face au coût de la dépendance. Parmi les toxicomanes, le partage de matériel d'injection contaminé est le principal moyen de transmission du VIH et de l'hépatite. Dans de nombreux États membres, les seringues jetables ont réduit le nombre de ces partages. Le nombre de saisies d'ecstasy est en augmentation dans tous les États membres où elles sont déclarées. Dans les États membres du Nord, elles demeurent bien en deçà des saisies d'amphétamines; c'est le contraire dans les autres États membres. Les rares données dont on dispose suggèrent que le déclin des décès dus à la drogue ces dernières années ralentit et que la mortalité pourrait même croître à nouveau.

À travers l'UE, le cannabis est la drogue illégale la plus communément utilisée. Cependant, sa consommation est en général occasionnelle ou intermittente plutôt que fréquente, et cette drogue apparaît rarement dans les indicateurs de soins sociaux et sanitaires comme la drogue la plus consommée. Parmi les jeunes adolescents, la prévalence au cours de la vie d'une utilisation détournée

de solvants («sniffer de la colle») peut être plus élevée que pour n'importe quelle autre drogue, à l'exception du cannabis. Les populations de l'UE ont en général moins expérimenté l'héroïne que les autres drogues. La prévalence de la dépendance à l'héroïne parmi les jeunes adultes dans les grandes villes est supérieure à la moyenne nationale. L'héroïne domine dans les populations reconnues comme ayant des problèmes liés à l'utilisation de drogues.

Les États membres qui ont un taux élevé de consommation de cannabis ont également des taux élevés de consommation d'amphétamines et d'ecstasy. Les États membres qui ont une consommation faible de cannabis signalent également des taux bas de consommation de drogues dures.

Régime alimentaire et nutrition

Le régime alimentaire est très important dans la prévention des maladies et la promotion de la santé. En fait, un régime déséquilibré a des effets sur la santé sur le long terme, comme les maladies circulatoires, les cancers et le diabète non insulino-dépendant, qui font partie des principales causes de décès prématuré.

Habitudes et tendances alimentaires

Il existe dans l'UE une grande variété de régimes alimentaires. On peut distinguer les cultures alimentaires du Nord et les cultures alimentaires du Sud, le régime méditerranéen. Nonobstant ces deux modèles alimentaires, on observe une convergence croissante dans les régimes et les habitudes alimentaires. Le modèle alimentaire est plus important pour la santé et la longévité que les composants nutritionnels individuels.

Il existe une déclinaison socio-économique des habitudes alimentaires, dans la mesure où les graisses sont une nourriture relativement bon marché. La consommation de céréales et de produits céréaliers a diminué tandis que celle de légumes, de viande et de graisses s'est accrue. La consommation de sucre en Grèce, en Italie et au Portugal est significativement plus basse qu'en Suède, en Finlande et au Royaume-Uni. Les fruits et les légumes sont de plus en plus appréciés dans le Nord, en particulier auprès des jeunes générations.

État nutritionnel

Les tendances récentes montrent que les femmes, en particulier les jeunes femmes, se préoccupent plus de leur poids que les hommes. La généralisation des modes de vie sédentaires et l'absorption élevée de graisses entraînent souvent une ration énergétique trop importante et une surcharge pondérale. L'obésité est de ce fait un problème grandissant. Les chiffres indiquent une augmentation de 10 à 40 % dans la plupart des États membres chez les hommes et les femmes. Le Royaume-Uni est à un stade plus avancé de cette évolution.

Activité physique

L'activité physique améliore la santé et la qualité de vie à tous les âges. L'activité physique au cours de l'enfance et de l'adolescence joue un rôle important pour la réduction du développement ultérieur de l'ostéoporose, en améliorant la densité de la masse osseuse. Pour les personnes âgées, l'exercice physique dans les limites de leur capacité et en suivant les conseils d'un praticien réduit la perte osseuse et accroît la masse et la force musculaire. L'exercice physique peut également améliorer les fonctions mentales et contribue à un sentiment général de bien-être. Il réduit la mortalité due aux maladies circulatoires et au cancer.

Tendances

Plutôt qu'un sport, la marche constitue l'exercice physique le plus fréquent pour la plupart des gens. Si une part substantielle des jeunes adultes pratique un sport régulièrement, les chiffres sont en chute libre après 30 ans. Cela s'explique en partie par les engagements professionnels et domestiques.

Les données limitées dont on dispose suggèrent que 42 % de la population de plus de 15 ans consacrent plus de 3 heures par semaine à diverses activités physiques, 26 % de 1 à 3 heures et 32 % ne se livrent à aucune activité physique.

Comportements sexuels

Les comportements sexuels sont un déterminant important du bien-être physique et mental. Les rapports sexuels à risque en particulier ont des implications sur les grossesses non désirées des adolescentes, la fécondité, les maladies infectieuses (infection par le VIH, hépatites B et C, blennorragie, syphilis, etc.) et d'autres problèmes de santé reproductive, à savoir la morbidité et la mortalité liée à la grossesse.

L'amélioration des programmes de planning familial a réduit le nombre de grossesses non désirées, mais on observe encore une demande significative d'avortements provoqués, principalement chez les adolescentes. La demande d'avortements provoqués est liée à des facteurs culturels, à l'échec de méthodes contraceptives, à des grossesses résultant de viols, à des malformations du fœtus, à des risques pour la santé de la mère et à des circonstances socio-économiques.

Tendances

Les années 60 et 70 ont été marquées par des changements dans les comportements sexuels, à savoir l'abaissement de l'âge du premier rapport sexuel et l'utilisation accrue de méthodes contraceptives sûres. Ces changements se sont poursuivis dans une moindre mesure dans les années 80 et 90: l'utilisation de contraceptifs oraux et de préservatifs a augmenté régulièrement, et la tendance à une perte de virginité précoce s'est stabilisée. Ce ralentissement a débuté avant le commencement de l'épidémie de VIH/sida dans le milieu des années 80, mais s'est renforcé avec son apparition.

En ce qui concerne l'âge du premier rapport sexuel, il existe de grandes différences entre les États membres. Dans les États membres méditerranéens, les hommes commencent leur vie sexuelle bien avant le mariage, tandis que l'âge du premier rapport sexuel des femmes est le plus élevé de l'UE. Mais cet écart s'est réduit ces dernières années. Dans le Nord, les hommes et les femmes ont leur premier rapport à peu près au même âge. La Belgique, l'Allemagne et les Pays-Bas se caractérisent par un début de vie sexuelle relativement plus tardif pour les deux sexes.

Ces tendances sont importantes pour planifier les initiatives de promotion de la santé et les programmes d'éducation sexuelle à l'école.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Les preuves d'un lien entre environnement physique et santé sont limitées. Cela rend difficile l'élaboration de politiques de santé basées sur les preuves.

Les données disponibles suggèrent que les polluants aériens pourraient être associés au décès de 40 000 à 150 000 adultes chaque année. La pollution atmosphérique extérieure (dioxines, particules solides, plomb, dioxyde d'azote, dioxyde de soufre, benzopyrène et ozone) et intérieure (radon, mofette

et fumée de tabac), la pollution de l'eau (microbes, plomb, pesticides et nitrates), le bruit, la contamination des aliments et la diminution de la couche d'ozone sont les principaux facteurs environnementaux de risques pour la santé humaine. Ces impacts se font sentir en relation avec des problèmes auditifs, des troubles du sommeil, le stress qui entraîne de l'hypertension et d'autres maladies circulatoires, des cancers (peau et autres), l'asthme, les malformations congénitales et des problèmes gastro-intestinaux.

L'UE fait des progrès dans la stabilisation des émissions de gaz à effet de serre. Les données disponibles indiquent une diminution de l'exposition de la population au dioxyde de soufre au cours de la dernière décennie. Cependant, le niveau actuel et l'évolution de l'exposition à certains polluants demeurent problématiques: pollution atmosphérique par les particules solides et le dioxyde d'azote, diminution de la couche d'ozone et pollution chimique de l'eau due à l'agriculture et à l'enfouissement des déchets. On peut encore espérer des gains de l'utilisation plus efficace de l'énergie et de politiques des transports plus rationnelles.

PROMOTION DE LA SANTÉ

Une promotion efficace de la santé modifie l'impact des déterminants de la santé. Les actions de promotion de la santé seront étudiées sous quatre angles d'intervention: la protection de la santé, les interventions orientées sur les maladies, sur les risques et sur le cadre de vie.

Intervention de protection de la santé

La Commission européenne est explicitement mandatée par le traité en matière de protection de la santé. Beaucoup a été fait dans ce domaine. On obtient les meilleurs résultats quand les mesures législatives sont accompagnées par des campagnes d'information bien ciblées sur des dispositifs de sécurité, tels que les ceintures de sécurité, les casques, les détecteurs de fumée, les pare-feux, les barrières d'escalier, les dispositifs de fermeture des récipients pour les garder hors de portée des enfants et les boutons de thermostat pour les robinets d'eau chaude. L'évaluation d'un programme suédois de prévention des accidents sur trois ans montre une baisse de 27 % des accidents domestiques, de 28 % des accidents du travail et de 28 % des accidents de la route. La législation dans ce domaine constitue une stratégie clé. La sécurité du sang et celle des aliments sont d'autres domaines de développement significatifs.

Prévention des maladies

Il existe deux catégories d'interventions préventives: la vaccination et le dépistage. La situation de la vaccination est résumée dans la section sur les maladies évitables par la vaccination. Le dépistage se fait avant la naissance, pendant l'enfance et à l'âge adulte pour certains cancers.

Tous les États membres considèrent la période anténatale comme une priorité. On a largement débattu récemment sur le degré d'efficacité des différentes procédures de dépistage anténatal. Une grande partie des conclusions sur ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas n'ont pas été intégrées dans les pratiques quotidiennes de soins anténatals. Lorsqu'une interruption de grossesse est envisagée, il existe des considérations éthiques divergentes à l'intérieur et entre les États membres.

Le dépistage permet de réduire la mortalité due au cancer du sein et du col de l'utérus. L'Allemagne, la Grèce, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni font état de l'existence de programmes nationaux de dépistage du cancer féminin du sein. Aucun programme formel similaire n'est signalé par le Danemark, l'Irlande, l'Italie et l'Autriche. Le Danemark, l'Allemagne, la

Grèce, les Pays-Bas, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni font état de programmes nationaux de dépistage du cancer du col de l'utérus. Il n'existe pas de programme formel similaire pour l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, l'Autriche et le Portugal. Seules l'Allemagne (examen rectal par toucher et test du sang résiduel fécal), la Grèce (test du sang résiduel fécal) et l'Autriche (examen rectal par toucher et test du sang résiduel fécal) conseillent le dépistage routinier du cancer du côlon-rectum, et l'Allemagne et l'Autriche celui du cancer de la peau. La Finlande fait état d'un dépistage expérimental du cancer de l'estomac. L'Allemagne, la Grèce et l'Autriche recommandent le dépistage massif du cancer de la prostate par toucher (la Grèce recommande également l'estimation sérologique des antigènes spécifiques à la prostate). La standardisation est faible pour la plupart de ces programmes, et la couverture des groupes cibles est loin d'être universelle ⁽¹⁷⁾.

Le dépistage sur le lieu de travail, et le dépistage de l'hypertension, des cancers de l'intestin et de la prostate sont des pratiques courantes, mais le rapport coût/efficacité et les recommandations nationales de bonnes pratiques n'ont pas été documentés.

Approche par le risque

Les effets et la prévalence de chaque facteur de risque ne sont pas indépendants des effets et de la prévalence des autres facteurs de risque. Il y a une interaction entre fumer et boire de l'alcool. Les effets de l'alcool sont potentiellement accentués par des conditions sociales problématiques. La violence domestique est associée à l'alcoolisme. C'est pourquoi l'approche par le risque s'est déplacée d'une approche individuelle vers une approche «populationnelle», en visant une multiplicité des risques.

Ainsi, en ce qui concerne les problèmes liés à l'alcool, l'accent est mis sur une approche de la population visant à réduire la consommation globale (par habitant), couplée à une approche complémentaire des individus à haut risque, dirigée vers les buveurs excessifs.

En ce qui concerne la consommation illicite de drogues, on passe d'une approche principalement médicale à une approche plus fondée sur la communauté, qui inclut des facteurs sociaux et les déterminants du trafic de drogues. De plus en plus, les stratégies de prévention appliquent une stratégie préventive sur deux fronts: une approche large de la population, visant à développer les capacités individuelles à intervenir ou à être moins influençable dans ses choix de vie, et une action plus circonscrite, visant les groupes à haut risque. La stratégie étendue vise à identifier et à renforcer les facteurs qui encouragent les modes de vie sains et qui facilitent le développement de l'autonomie, de la responsabilité et du sens critique.

Pour le tabagisme, le mode de promotion de la santé le plus efficace en termes de coût consiste à faire converger un même message par différents canaux, sur le lieu de travail, dans les écoles, auprès des jeunes en dehors du système scolaire et auprès des personnes âgées. Quand un fumeur décide de s'arrêter, c'est en raison d'une combinaison de facteurs: augmentation du prix des cigarettes, interdiction de fumer sur le lieu de travail, lecture d'un article dans la presse ou discussion avec un praticien sur les effets de la poursuite du tabagisme. Une résolution du Conseil et des ministres de la santé invite les États membres à bannir la cigarette dans les lieux publics.

Aux Pays-Bas, la campagne «Attention aux matières grasses» conduite en partenariat avec les supermarchés et d'autres acteurs du secteur privé a entraîné des changements positifs dans la consommation de graisses saturées (de 16,4 à 14,1 % de la ration énergétique sur une période de cinq ans). La prévalence de l'hypercholestérolémie, qui est un déterminant important des maladies circulatoires, a chuté de 6 %, en grande partie grâce à ce changement dans la consommation de graisses.

⁽¹⁷⁾ Basé sur Kupsch e.a., 2000. Aucune donnée n'est citée pour la Belgique, l'Espagne, la France et le Portugal.

Promotion de la santé dans des cadres de vie spécifiques

La promotion de la santé se préoccupe depuis de nombreuses années du cadre de vie. Le concept d'approche effectivement basée sur le cadre de vie n'a cependant commencé à prendre forme qu'au cours des dix dernières années. Les cadres de vie les plus souvent pris en compte sont le lieu de travail, l'école, les universités, les prisons, les villes et les établissements de soins.

Dans les années 80, la santé et la sécurité sur le lieu de travail sont devenues un des aspects les plus dynamiques de la politique sociale de l'UE dans le domaine de l'emploi. L'Acte unique européen adopté en 1986 a donné un nouvel élan aux mesures en faveur de la santé et de la sécurité au travail adoptées par la Communauté. L'article 118 du traité d'Amsterdam détermine les normes minimales de santé et de sécurité dans les États membres. À la suite de l'Acte unique européen, différents instruments législatifs ont été adoptés, dont la pièce maîtresse fut la directive-cadre sur la santé et la sécurité sur le lieu de travail, sur laquelle se fondent toutes les directives qui ont suivi. Beaucoup d'États membres se sont dotés ces dernières années de programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail.

Il est démontré que les programmes de promotion de la santé à l'école les plus efficaces sont ceux qui ont une approche «holistique», en associant à l'école les agences et les secteurs qui s'occupent de la santé, et ceux qui ont une durée de plusieurs années. Le réseau européen des écoles pour la promotion de la santé opère dans 38 pays. Bien que leur potentiel en tant que modèles de développement de programmes soit important, il est clair qu'on ne peut pas compter seulement sur les écoles pour résoudre les problèmes sociaux et sanitaires. Le concours des autres formes d'actions pour la santé publique est nécessaire.

Les objectifs clés du concept d'enseignement supérieur promoteur de la santé sont la promotion de politiques et de projets durables en faveur de la santé dans toutes les dimensions universitaires, la mise à disposition de lieux de travail sains, l'offre d'environnements sociaux sains et pourvoyeurs de soutien, l'établissement et l'amélioration des soins de santé primaires, la facilitation du développement personnel et social, l'assurance d'un environnement physique sain sur le long terme, l'encouragement d'un intérêt et de développements plus importants de la recherche universitaire pour la promotion de la santé et le renforcement des liens avec la société. Un réseau d'universités pour la promotion de la santé rassemble déjà au moins six universités européennes.

L'idée de «villes en bonne santé» offre un cadre solide incluant des organismes multiples et un modèle philosophique pour le soutien d'approches en faveur du développement communautaire et de la santé en Europe. Les programmes ont fait preuve d'efficacité en particulier pour générer une augmentation de revenus à travers des opportunités de travail, un soutien communautaire amélioré grâce à des services de conseil, une meilleure participation communautaire et des liens plus soutenus avec les services professionnels.

Le secteur des soins de santé est un partenaire essentiel pour créer de bonnes conditions de santé dans la société. Il joue dans la société un rôle important de leadership. Ce leadership peut s'exercer en offrant des exemples de ce qui peut être fait pour obtenir un environnement sain, en promouvant les politiques publiques de santé et en conseillant les individus sur les comportements de santé, les programmes de dépistage et les technologies de protection de la santé. Les succès du secteur de la santé dans la promotion de l'arrêt du tabagisme et dans la gestion des problèmes d'abus d'alcool sont prouvés. Malgré ces éléments, les services de santé dans de nombreux États membres ne sont pas à la hauteur de leurs responsabilités en termes de promotion de la santé.

SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

Au terme des accords dans les traités les plus récents, il est reconnu que les services de soins ne font pas partie des responsabilités des institutions de l'UE. Il est également clair que les gouvernements

nationaux et l'UE sont d'accord que «l'Union européenne n'a ni le désir ni la capacité de diriger (ou d'harmoniser) des systèmes de santé nationaux», mais que «ce que nous ne pouvons pas éviter, c'est une convergence continue de ces systèmes de santé» ⁽¹⁸⁾. Cependant, en l'absence de politique commune et de stratégie explicite, la Cour de justice des Communautés européennes a comblé l'absence de politique à travers toute une série de décisions et a créé de facto, par défaut plutôt que par intention, un commencement de politique des soins de santé.

Il est important aussi de s'intéresser aux services de soins de santé pour leur donner la place qui leur revient parmi les déterminants positifs de l'état de santé des populations qu'ils servent. La question de l'impact des services de soins sur l'état de santé a fait l'objet d'un nombre croissant de publications depuis les années 70. Les premiers modèles économiques suggéraient qu'une augmentation de 1 % de la quantité de services médicaux était associée à une réduction de la mortalité de 0,1 % ⁽¹⁹⁾. Certaines études suggèrent que réduire les différences d'efficacité entre services médicaux pourrait avoir plus d'effet pour la réduction de l'écart d'espérance de vie qu'on ne le pensait jusque-là ⁽²⁰⁾. Il existe un consensus croissant sur le fait que les soins de santé — entendus de façon large en y incluant la prévention et les soins curatifs, la promotion et la réhabilitation — ont un impact non négligeable sur l'état de santé. La mesure de cet impact a été entravée par des questions de méthodologie, ainsi que par des définitions imprécises de la notion d'état de santé, par un manque de clarté sur ce qu'on entend par soins de santé (leur champ d'action, leurs techniques, leur organisation, leur financement et leurs qualités) et par des difficultés pour obtenir les données nécessaires.

Le manque de reconnaissance du fait que les soins de santé sont aussi une source majeure de souffrance, de morbidité et de mortalité est également important. Bien que, dans la plupart des États membres, cela ne soit pas quantifié, les chiffres disponibles sont sidérants. En Espagne, 4,2 % des admissions d'un service de médecine interne l'étaient du fait d'une pathologie iatrogène ⁽²¹⁾. Toujours en Espagne, une analyse des décès d'un service de médecine interne a montré que 8,6 % d'entre eux étaient liés à une pathologie iatrogène, elle-même cause principale de décès dans 3,8 % des cas ⁽²²⁾. Weingart e.a. citent six études qui ont calculé que les lésions iatrogéniques représentaient 5 à 36 % des admissions dans les services médicaux et entre 11 et 13 % des admissions d'adultes dans les unités de soins intensifs des hôpitaux universitaires ⁽²³⁾. Une autre étude récente effectuée en Italie sur la fréquence des effets secondaires nocifs des médicaments pour enfants signale une incidence de 15,1 pour 1 000 doses quotidiennes, mais estime que leurs observations sous-estiment le problème ⁽²⁴⁾. Une étude allemande identifie 300 mastectomies inutiles associées à des erreurs médicales ⁽²⁵⁾. Quand elle est combinée à une négligence professionnelle, l'iatrogénèse peut entraîner des poursuites légales. Les premiers litiges devant les tribunaux en Europe sont apparus au début du XX^e siècle (premiers cas en Norvège en 1907 et en Suède en 1937) et se sont véritablement professionnalisés. Les procès ont évidemment lieu trop tard pour prévenir la douleur.

Enfin, le mouvement en faveur des soins de qualité a pris son essor dans les années 90. Il existe une société européenne pour la qualité des soins de santé. Des directives européennes conditionnent l'accès à la profession de médecin et aux autres professions médicales. Il existe dans tous les États membres une législation et une réglementation sur l'accès à ces professions qui sont en accord avec ces directives. Au sein de l'UE, la législation commune concernant l'équipement médical et la qualité

⁽¹⁸⁾ Fischer, 1999.

⁽¹⁹⁾ Auster e.a., 1969.

⁽²⁰⁾ Velkova e.a., 1997.

⁽²¹⁾ Sampereiz Legarre e.a., 1994.

⁽²²⁾ De Escalante e.a., 1994.

⁽²³⁾ Weingart e.a., 2000.

⁽²⁴⁾ Menniti-Ippolito e.a., 2000.

⁽²⁵⁾ Cooper-Mahkorn, 2000.

des produits pharmaceutiques est très détaillée. Beaucoup d'États membres ont mis en place des politiques sur la qualité des soins et ont créé ou désigné des institutions responsables de sa promotion. Le contrôle par les pairs se développe et, dans plusieurs États membres, on a établi des registres de qualité. Malgré cela, les États membres doivent quand même définir des indicateurs de qualité et des niveaux minimaux de respect des critères de qualité des soins de santé. Une approche systématique pour les programmes de formation continue et pour les exigences de requalification fait défaut dans la plupart des États membres. Les programmes d'assurance de la qualité existants se concentrent sur les laboratoires et les hôpitaux, et font l'objet d'une attention variable parmi les États membres.

Pour toutes ces raisons, les services de santé sont considérés comme un domaine important à étudier dans ce rapport. C'est pourquoi cette section décrit les ressources disponibles pour les soins de santé et leur organisation.

Dépenses et ressources disponibles pour la fourniture de soins de santé

Les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB ont augmenté dans la plupart des États membres dans les années 70. Elles ont continué à augmenter pendant une bonne partie des années 80 pour se stabiliser dans les années 90 (avec des augmentations pour l'Allemagne, la Grèce, la France, le Luxembourg, l'Autriche et le Portugal) dans des valeurs comprises entre 6,7 et 10,4 %.

Les dépenses totales de santé en parité de pouvoir d'achat par habitant ont augmenté dans la plupart des États membres. Il existe trois groupes de pays. Le groupe avec les dépenses par habitant les plus élevées comprend l'Allemagne, la France et le Luxembourg. Le groupe avec les dépenses les plus basses comprend la Grèce, l'Espagne, l'Irlande, le Portugal, la Finlande et le Royaume-Uni. Les États membres qui ont les dépenses annuelles de santé par habitant les plus élevées ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui ont l'espérance de vie la plus élevée.

Depuis 1970, l'Autriche et la Finlande ont connu une baisse soutenue des dépenses hospitalières en pourcentage des dépenses globales de santé. Cette tendance à la baisse est également observée au Danemark et au Royaume-Uni depuis les années 80. L'Espagne, la France, l'Italie et les Pays-Bas ont connu une baisse significative dans les années 80, mais des variations différentes au cours des années 70 et 90. Cependant, les dépenses d'hospitalisation par habitant ont connu une hausse continue depuis 1970 (une stabilisation dans les années 90 pour la Finlande). Le taux de cette croissance a été plus élevé dans les années 90, sauf pour l'Italie. Les dépenses publiques d'hospitalisation ont représenté depuis 1970 pour le Danemark 100 % de l'ensemble des dépenses d'hospitalisation. Pour la Belgique, ce chiffre est en baisse depuis 1970. Dans les années 80, il a également baissé pour l'Autriche et le Portugal. Pendant les années 90, une tendance similaire a été observée en France et en Italie.

Comme on pouvait le prévoir, les dépenses pharmaceutiques par habitant ont connu une hausse soutenue depuis 1970. Le taux de cette hausse a été plus rapide dans les années 90 (à l'exception de l'Italie).

Ressources humaines

Le secteur de la santé emploie de plus en plus de personnel. Ce personnel se caractérise par une féminisation poussée, une spécialisation, une augmentation lente du nombre d'infirmières en pourcentage du personnel de santé et une diminution de la concentration du personnel de santé dans les hôpitaux. Bien que le nombre de médecins généralistes pour 1 000 habitants ait augmenté, leur proportion en pourcentage du personnel de santé total a diminué.

Structures de soins

Les données sur les structures de soins sont limitées et peu comparables. La tendance qui semble se dessiner suggère un nombre stable d'unités de soins primaires pour 100 000 habitants.

Au niveau hospitalier, le nombre de personnes hospitalisées, de lits pour soins psychiatriques et pour maladies aiguës pour 1 000 habitants a diminué depuis 1970. Cependant, le nombre de lits pour maladies aiguës, en pourcentage du nombre total de lits, a baissé pour la France et les Pays-Bas, mais est resté stable ou a augmenté pour les autres États membres.

Ressources technologiques

Le scénario qui se dessine est celui d'une augmentation marquée de l'équipement technologique [lithotriteurs, mammographes, unités de RMN (résonance magnétique nucléaire), équipement pour la radiothérapie et scanners] disponible par million d'habitants. Les inégalités d'accès aux technologies de soins entre les États membres sont significatives, suggérant que la sous-utilisation ou la surutilisation provoquée par la demande pourrait prendre des proportions épidémiques dans certains États membres.

CONCLUSION

Il y a eu d'importants gains de santé depuis 1970 et depuis l'année de référence (1992) du précédent rapport. Les principaux facteurs de risques responsables des niveaux actuels de morbidité, de mortalité et d'invalidité ont été passés en revue. Les tendances actuelles pour la plupart des facteurs de risques semblent favorables pour la majorité des États membres. Cependant, dans cette époque d'abondance où nous vivons, il est encore possible d'obtenir des gains en matière d'éducation, d'emploi et de chômage, de revenus par habitant et d'équité. Une simple comparaison des meilleures et des plus mauvaises valeurs pour les indicateurs disponibles démontre l'existence d'améliorations potentielles.

Un certain nombre d'autres sujets sont apparus, qui méritent l'attention. Le premier est le retardement de la morbidité et de la mortalité du groupe d'âge des moins de 65 ans vers celui des plus de 65 ans. Le deuxième est que la jeunesse est le principal vivier pour les interventions de promotion de la santé. Troisièmement, une approche par le cadre de vie à l'école, sur le lieu de travail, dans les universités et les prisons devrait faire l'objet d'une attention accrue. Quatrièmement, il n'existe pas une approche juste, mais il semble que les approches de promotion de la santé qui ont le plus de succès combinent les différentes méthodologies et intègrent de nombreux partenaires sociaux. Cinquièmement, d'autres politiques (environnement, circulation routière, éducation, emploi, lutte contre la pauvreté, agriculture, etc.) pourraient avoir un impact majeur sur la santé. Cette compréhension intersectorielle de la santé est importante dans un contexte d'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail (à domicile et précaire), qui ont des implications sur les standards de santé du travail, et dans un contexte de transformation des systèmes de solidarité sociale, en l'occurrence la famille, qui a des conséquences pour le développement des services de soins de santé, en particulier les soins communautaires et à domicile.

Un besoin d'actions supplémentaires

Ce chapitre est loin d'être normatif. Il souligne à nouveau les opportunités majeures de gains de santé, les facteurs qu'il faut influencer pour obtenir ces gains, les outils et les stratégies possibles qui peuvent être particulièrement utilisés par l'UE pour influencer les politiques dans ce but.

PRINCIPAUX CHAMPS THÉMATIQUES

Les principaux champs thématiques portent sur les déterminants des causes majeures de mortalité, de morbidité et d'invalidité. Ils sont résumés dans le tableau IV. Ils déterminent également le contour d'un plan d'action sur plusieurs fronts, dont l'objectif général est d'accroître l'autonomie et de réduire la douleur et la mortalité.

Le besoin de données comparables demeure au centre des préoccupations qui émergent de ce rapport. Le manque de données fiables sur la morbidité, l'invalidité et les services de santé témoigne du besoin d'amélioration dans le domaine des données et de l'information. Même les données sur la mortalité sont parfois sujettes à des interrogations sur la comparabilité. Il est tout à fait possible que certaines tendances décrites dans ce rapport ne soient que le reflet des habitudes de collecte et d'enregistrement des données. Ces limites ne sont pas une raison pour ne pas utiliser les données disponibles. Au contraire, elles sont une très bonne raison pour les utiliser, avec précaution. Ce n'est qu'en cherchant à utiliser les données qu'on peut mettre en lumière les limites desdites données et accroître la pression pour qu'on améliore les pratiques liées à la constitution des données.

QU'ATTENDONS-NOUS DE LA COMMISSION?

La résolution d'un grand nombre des principaux problèmes thématiques est clairement de la responsabilité des gouvernements nationaux, mais il reste à l'évidence un champ pour l'intervention de la Commission.

Ce «champ d'intervention» comprend entre autres des domaines comme la standardisation des indicateurs, le développement structurel de l'échange des données, l'encouragement à faire partager les avancées basées sur l'expérience et les bonnes pratiques, la promotion des objectifs de qualité et l'aide à la création de réseaux permettant une plus grande coordination entre les différents groupes nationaux et internationaux.

Le travail sur la protection de la santé doit continuer, y compris au-delà des domaines actuels tels que la sécurité sur le lieu de travail, la sécurité des aliments, de la route et des produits sanguins.

La prévention primaire des maladies est importante dans le domaine des maladies infectieuses. Il existe ici une marge importante de gains en termes de santé. La Commission pourrait entre autres actions promouvoir un effort de plus grande harmonisation des politiques nationales de vaccination.

Les développements récents de la génétique devraient être suivis de près par la Commission pas seulement en raison de leur importance éthique, mais surtout en raison de leur potentiel dans les nouveaux développements de la prévention des maladies, primaire et secondaire.

Dans la plupart des États membres (avec les exceptions notables signalées ci-dessus), la prévention secondaire demeure encore suboptimale. Une fois encore, la Commission pourrait jouer un rôle important pour faciliter le partage des bonnes pratiques, dans des domaines comme le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon-rectum et de la prostate.

Ce qui importe le plus, c'est de reconnaître que l'état de la santé dépend dans une large mesure de son exposition à une série de déterminants susceptibles d'être corrigés par les politiques publiques — par exemple, le tabac, l'alcool, la nourriture, l'eau, l'air, etc. Il est nécessaire pour cela que les décideurs admettent que s'attaquer aux déterminants de la santé va au-delà du champ conventionnel des politiques du secteur de la santé. Le développement des politiques publiques concernant ces questions transversales doit prendre en compte leur impact sur la santé. La Commission doit jouer un rôle important de facilitateur dans le développement de ces politiques multidisciplinaires.

QUELS INSTRUMENTS?

Tout en respectant le principe de subsidiarité, l'UE dispose quand même d'une série d'instruments qui peuvent contribuer efficacement à des gains supplémentaires en termes de santé. Ces instruments sont entre autres les engagements pris dans le traité, la promulgation de la législation, les directives, les recommandations, les résolutions, les conclusions, les communications et les rapports. Ils contribuent à la définition des politiques, de la fiscalité, des normes, des chartes des droits fondamentaux des patients, des critères pour l'engagement des fonds, de l'évaluation et des pratiques de surveillance, des programmes de travail dans la recherche et des lignes programmatiques pour le travail impulsé par la Commission. L'établissement de consortiums et de réseaux pourrait constituer un outil important pour assurer l'intégration des actions définies grâce aux instruments précités. De plus, en faisant appel directement à l'opinion publique, il est possible d'influer sur la prise de décisions qui ne relèvent pas de la compétence formelle de la Commission.

Les sections précédentes supposent implicitement que les politiques et les programmes d'action correspondants soient menés selon des critères et des objectifs précis. Les gains de santé et les diminutions d'écart de santé entre pays et entre couches sociales que l'on espère doivent jouer un rôle décisif dans la fixation des critères et la définition des objectifs.

Les standards sont particulièrement importants pour des questions liées à l'environnement, aux normes professionnelles, à la technologie médicale, à la qualité des soins, à la protection de la santé et à la promotion de la santé basée sur les cadres de vie. L'UE a dans ce domaine une expérience significative et cela doit demeurer un de ses instruments privilégiés pour parvenir à des gains en termes de santé dans la Communauté.

L'amélioration des données disponibles pour la prise de décision dans l'UE demeure aussi une priorité. Cela implique un financement sans interruption du développement des systèmes d'information sur la santé et de la recherche, pour fonder la prise de décision sur des faits solides.

À l'ère de la mondialisation, les médias ont un impact significatif sur l'opinion publique, y compris par-delà les frontières. Une utilisation efficace des médias peut contribuer à d'importants gains de santé. Des rapports tels que celui-ci et de nombreux autres sur des problèmes de santé clés doivent continuer à être réalisés. Leur couverture médiatique doit être considérablement développée.

QUELLES STRATÉGIES?

Une stratégie est une méthode (une combinaison d'étapes reliées logiquement pour atteindre un but spécifique) pour mettre un système dans une situation où les acteurs de ce système savent clairement quelles sont leurs options performantes et où on limite ces options à un nombre réduit d'alternatives possibles.

Pilotage et coordination

Le besoin de plus de pilotage, de coordination et de procédures transparentes est largement perçu comme important pour le développement des politiques communes pour la santé de l'UE. Cette capacité de pilotage pourrait être augmentée à travers l'établissement de consortiums d'établissements ou le développement de réseaux et/ou d'observatoires thématiques.

Dans le domaine de l'information sanitaire et pour les actions similaires, le besoin de coordination des réseaux d'experts et des centres d'information sur la santé dans les États membres se fait particulièrement sentir. C'est la seule façon d'améliorer et d'étendre les séries de données nécessairement comparables, pour permettre aux États membres d'évaluer leur politique de santé à l'avenir et pour faciliter les échanges d'information sur les bonnes pratiques.

La plupart des systèmes d'information dans les États membres manquent d'informations concernant l'évaluation des résultats et les données sur les coûts. Le développement récent des systèmes d'information sur les patients, y compris les cartes de santé en tant que moyen de traiter la mobilité des patients et d'assurer une plus grande continuité des soins, doit continuer à recevoir le soutien de la Commission.

Avec l'aide du programme de surveillance de la santé (PSS) de l'UE, des changements importants s'opèrent, qui concernent le développement d'un système d'information sur la santé à l'échelle de l'UE. On peut les regrouper dans trois catégories: les indicateurs, les systèmes d'échanges de données et la surveillance des maladies.

Indicateurs

L'information sur la santé publique est de plus en plus collectée, échangée et intégrée dans des systèmes de bases de données et des rapports sur la santé publique. Cela se passe aux niveaux régionaux et nationaux, ainsi qu'à travers des coopérations et des organisations internationales.

La plupart des bases de données et des rapports sur la santé publique comportent une étude étendue incluant les domaines de *l'état de la santé*, des *déterminants de la santé* et des *activités de prévention et de soins de santé*. Il convient de soutenir une meilleure diffusion de l'information sur la santé publique entre les pays et les autres intervenants (OMS, OCDE, Eurostat et PSS). Cet objectif serait en partie atteint en cherchant à s'accorder sur une taxinomie des principaux groupes de problèmes, couvrant aussi les principaux champs de données et d'indicateurs. On établirait ainsi un socle commun de hiérarchisation/taxinomie des indicateurs de santé publique qui pourront être utilisés par les organisations internationales opérant dans ce domaine. Un tel accord pourrait inciter à améliorer la collecte des données et à définir des indicateurs permettant de comparer régions et pays.

Système électronique d'échange de données

Sous l'égide du PSS, un système d'information et d'échange sur la santé entre les États membres est en construction. Il est conçu comme une base de données relationnelles pour des applications de l'intranet/internet, qui contient essentiellement des données agrégées brutes. Le système fournira un nombre limité d'indicateurs précalculés, mais il sera possible d'effectuer d'autres calculs et analyses à partir des mêmes données. Les États membres seront les principaux pourvoyeurs de données.

Surveillance des maladies

La surveillance des maladies est une des priorités du programme de santé publique de l'UE. De nombreux réseaux ont été développés à cet effet, principalement pour la surveillance des maladies infectieuses. Ces réseaux tireraient des bénéfices d'une coordination générale plus systématique. Un «réseau de réseaux» de l'UE pourrait permettre cela.

Évaluation de l'impact sur la santé (EIS)

Bien que les politiques portant sur d'autres secteurs puissent avoir une influence considérable sur la santé et l'apparition ou la prévention de maladies, d'invalidités et de décès, l'évaluation d'impact n'a jusqu'à présent fait l'objet que d'applications limitées, principalement dans le cadre de l'impact des mesures environnementales et sociales. Les efforts récents pour une approche plus intégrée de la santé et du développement ont fait de l'EIS une priorité dans certains États membres (aux niveaux national, régional et local). On constate un accroissement d'intérêt similaire dans le milieu de la recherche. L'UE a franchi une étape importante grâce à l'article 152 du traité d'Amsterdam qui stipule qu'«un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté», et grâce à la résolution du Conseil de juin 1999 qui invite à la mise en place de procédures pour suivre l'impact des politiques et actions de l'Union sur la santé publique et les services médicaux. On a récemment procédé à l'évaluation de l'impact sur la santé de la politique agricole commune.

Le cadre de la santé publique

La plupart des priorités identifiées ici sont déjà visées dans le nouveau programme-cadre de l'UE pour la santé publique. Ce qui manque dans le cadre actuel, c'est une reconnaissance explicite des instruments à la disposition de la Commission et une explication de la façon dont ils pourraient être utilisés pour faire avancer le programme.

INTERVENTIONS PAR LES POLITIQUES PUBLIQUES

On peut identifier un certain nombre de politiques publiques qui requièrent une attention spécifique: d'abord, réduire les inégalités qui touchent les déterminants socio-économiques de l'état de santé (comme les revenus); deuxièmement, réduire les effets d'un mauvais état de santé sur le statut socio-économique (par exemple, empêcher la baisse de revenus des malades chroniques); troisièmement, réduire les inégalités touchant des déterminants spécifiques (tels que les comportements qui affectent la santé ou l'exposition professionnelle à des dangers pour la santé); quatrièmement, accroître l'offre de soins pour les groupes socio-économiques les moins favorisés; cinquièmement, l'impact direct ou indirect des autres politiques de l'UE sur la santé justifie l'évaluation régulière de cet impact; sixièmement, systématiser et formaliser les recommandations sur les bonnes pratiques concernant les questions identifiées dans les chapitres 1 et 2 de ce rapport. Cela constitue un cadre possible pour la politique de l'UE.

QUELS GAINS? AMÉLIORER L'ÉTAT DE LA SANTÉ ET RÉDUIRE LES ÉCARTS SANITAIRES

Des politiques bien pensées, et soutenues par des stratégies et des instruments adéquats, déboucheront sur des améliorations supplémentaires de l'état de la santé dans les États membres. Lorsque les pays présentant l'état de santé le moins bon vont rattraper ceux qui ont le meilleur état, les inégalités de santé entre États membres se réduiront, et on peut espérer que cela reflétera une réduction de la disparité des situations socio-économiques et des autres déterminants de l'état de santé.

Abréviations

ECEH	<i>Escherichia coli entéro-hémorragique</i>
EM	États membres
EIS	estimation de l'impact sur la santé
ESB	encéphalopathie spongiforme bovine
IRM	imagerie par résonance magnétique
MG	médecine générale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	produit intérieur brut
PSS	programme de surveillance de la santé
RMN	résonance magnétique nucléaire
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
SMSN	syndrome de la mort subite du nourrisson
SSP	soins de santé primaires
TDS	taux de décès standardisés
TMI	taux de mortalité infantile
TMM	taux de mortalité maternelle
TMS	taux de mortalité standardisés
UE	Union européenne
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Ce rapport a été financé avec le soutien d'une subvention de la direction générale de l'emploi et des affaires sociales de la Commission européenne (contrat SOC 98 201670 05F03). Cette subvention a été accordée sur la base d'une proposition développée avec l'aide d'Arun Nanda, du bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé à Copenhague.

Il a été coordonné par le représentant portugais Paulo Ferrinho (Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal). José Pereira Miguel (Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal) était responsable de la coordination générale.

Il a été piloté avec le soutien de représentants de tous les États membres, ainsi que d'Islande, de Norvège et de Hongrie, à savoir: Peter Achterberg (RIVM, Pays-Bas), Arpo Aromaa (Institut national de la santé publique, Finlande), Bärbel-Maria Bellach (Robert Koch Institute, Allemagne), Carsten Blaesberg (ministère de la santé, Danemark), Nathalie Bossuyt (Institut scientifique de la santé publique, Belgique), Claudio Calvaruso (direttore generale, servizio di studi e ricerche del ministero della Sanità, Italie), Pernille Christensen (ministère de la santé, Danemark), Eibhlín Connolly (département de la santé et de l'enfance, Irlande), Christina Ecklon (ministère de la santé, Danemark), Anders Engeland (Institut national de la santé publique, Norvège), Juan Gutierrez Fisac (ministère de la santé, Espagne), Richard Gisser (Office central de statistique, Autriche), Sigrídur Haraldsdóttir (direction de la santé, Islande), Elisabeth Johnson (Office des statistiques nationales, Royaume-Uni), Ulrikka Kjaer-Andersen (ministère de la santé, Danemark), Jeannette Langgassner (Office central de statistique, Autriche), Diane Lequet-Slama (ministère de l'emploi et de la solidarité, France), Gudrun Lindberg (Comité national pour la santé et les affaires sociales, Suède), Barry Little (Office des statistiques nationales, Royaume-Uni), Thanasis Lopatzidis (ministère de la santé et des affaires sociales, Grèce), Hugh Magee (département de la santé et de l'enfance, Irlande), Nina Moss (ministère de la santé, Danemark), Antonio Parisi (ministero della Sanità, Italie), Enrique Regidor (ministère de la santé, Espagne), Mady Roulleaux (direction de la santé, Luxembourg), Camilla Sandvik (Institut national de la santé publique, Norvège), Aris Sissouras (EKKE, Centre national de recherches sociales, Grèce), Remo Siza (Comitato tecnico, servizio di studi e ricerche del ministero della Sanità, Italie), György Széles (ministère de la santé, Hongrie) et Zoltán Vokó (ministère de la santé, Hongrie). Ce comité de pilotage comprenait également Henriette Chamouillet (Commission européenne) et Arun Nanda (bureau régional de l'OMS, Europe).

Une partie significative du rapport a été rédigée par un groupe d'experts portugais constitué de Pedro Aguiar, d'Ana Margarida Bugalho, d'Ana Sofia Fernandes (Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal), de Denisa Mendonça (ICBAS, Universidade do Porto, Portugal), coordonnés par Paulo Ferrinho (Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal) et avec l'aide d'Ana Rita Costa, d'Amélia Saavedra et de Sofia Amador (Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal).

Le groupe d'experts et le comité de pilotage se sont rencontrés régulièrement pour étudier la progression du rapport. D'autres experts ont occasionnellement participé à ces réunions: Mário Carreira (département de la santé, Portugal), Judite Catarino (département de la santé, Portugal), Isabel Falcão (département de la santé, Portugal), José Marinho Falcão (INSA, Portugal), João Feliciano (département de la santé, Portugal), José Giria (département de la santé, Portugal), Josef Kytir (Office

central de statistique, Autriche), Maria Laires (EHTO, Portugal), Amélia Leitão (département de la santé, Portugal), Graça Lima (département de la santé, Portugal), Maria do Carmo Lucas (ISEGI, Portugal), Teresa Amaral Martins (département de la santé, Portugal), José Martins (département de la santé, Portugal), Alberto Matias (IGIF, Portugal), Margarida Meirinho (département de la santé, Portugal), Miguel Pereira (INE, Portugal), Filomena Ramos (département de la santé, Portugal), Gabriella Sax (Office central de statistique, Autriche) et Luísa Sequeira (département de la santé, Portugal).

Les différentes versions du rapport ont été diffusées aux experts compétents. Nous exprimons notre reconnaissance pour le soutien, les commentaires et/ou les contributions des personnes suivantes: Pierre Blaise (Institut de médecine tropicale, Belgique), Alan Brown (département de l'environnement, des transports et des régions, Royaume-Uni), Olivia Christopherson (Office des statistiques nationales, Royaume-Uni), Marian Collins (PHLS, Centre de surveillance des maladies transmissibles, Royaume-Uni), Ian Cooper (département de la santé, Royaume-Uni), Huib Cornielje (Leidse Hogeschool, Pays-Bas), David Dix (Office des statistiques nationales, Royaume-Uni), Gillian Dollamore (Office des statistiques nationales, Royaume-Uni), Josep Figueras (Observatoire européen des systèmes de soins, bureau régional de l'OMS, Europe), Chris Groom (Office des statistiques nationales, Royaume-Uni), John Haskey (Office des statistiques nationales, Royaume-Uni), Elke Jakubowski (bureau régional de l'OMS, Europe), Pieter Kramers (RIVM, Pays-Bas), Daan Kromhout (RIVM, Pays-Bas), Vil Lehtinen (Centre national de recherche et de développement pour les affaires sociales et la santé, Finlande), Wim Van Lerberghe (Institut de médecine tropicale, Belgique), Rui Tato Marinho (Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal), Howard Meltzer (Office des statistiques nationales, Royaume-Uni), Antonio Montserrat (Commission européenne, Eurostat), Nigel Physick (Office des statistiques nationales, Royaume-Uni), José Gouveia Pinto (ISEG, Portugal), Mike Rayner (université d'Oxford), Constantino Sakellarides (Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal), Richard Saltman (Observatoire européen des systèmes de soins, bureau régional de l'OMS, Europe), Emanuele Scafato (Istituto superiore di Sanità, Italie), Jean Tafforeau (Institut scientifique de la santé publique, Belgique), Tim Thair (Office des statistiques nationales, Royaume-Uni), Antonia Trichopolous (université d'Athènes, Grèce) et Luís Varandas (Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta).

Sources des données et bibliographie sélective

Chapitre 1 — État de la santé

- 1) Abel-Smith, B., Figueras, J., Holland, W., McKee, M., et Mossialos, E., *Choices in health policy: an agenda for the European Union*, Luxembourg, 1995.

Mortalité et morbidité maternelle

- 1) Bouvier-Colle, M.-H., Varnoux, N., et Hatton, F., «Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age», *International Journal of Epidemiology*, vol. 20, n° 3, 1991, p. 717-721.
- 2) Salanve, B., Bouvier-Colle, M.-H., Varnoux, N., Alexander, S., Mac Farlane, A. et MOMS Group, «Classification differences and maternal mortality: a European study», *International Journal of Epidemiology*, vol. 28, 1999, p. 64-69.

Troubles psychiatriques, troubles neurologiques et suicide

- 1) Rijk, M. C. D., Tzourio, C., Breteler, M. M. B., Dartigues, J.-F., Amaducci, L., Lopez-Pousa, S., Manubens-Bertran, J. M., Alperovitch, A., et Rocca, W. A., «Prevalence of Parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the Europarkinson collaborative study», *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 62, 1997, p. 10-15.

Cancers

- 1) Commission européenne, *Key data on health 2000*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 2000.

Maladies du système circulatoire et diabète

- 1) Balkau, B., Jouglu, E., Papoz, L., et Eurodiab Subarea C Study Group, «European study of the certification and coding of causes of death of six clinical case histories of diabetic patients», *International Journal of Epidemiology*, vol. 22, n° 1, 1993, p. 116-126.
- 2) Jouglu, E., Papoz, L., Balkay, B., Maguin, P., Hatton, F., et Eurodiab Subarea C Study Group, «Death certificate coding practices related to diabetes in European countries — The Eurodiab Subarea C study», *International Journal of Epidemiology*, vol. 21, n° 2, 1992, p. 343-351.
- 3) Rayner, M., et Petersen, S., *European cardiovascular disease statistics: 2000 edition*, British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford, 2000.

Maladies infectieuses

- 1) Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, *HIV/AIDS surveillance in Europe: Quarterly report no. 45*, France, 31 décembre 1998.

- 2) Data on infectious diseases was obtained from Eurosurveillance as well as from data on notifiable diseases as supplied by the members of the steering committee.

Maladies du système respiratoire

- 1) European Community respiratory health survey, «Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medications in the European Community respiratory health survey», *Eur. Respir. J.*, 9, 1996, p. 687-695.

Invalidité

- 1) Robine, J.-M., Romieu, I., et Cambois, E., «Health expectancy indicators», *Bull. WHO*, vol. 77, n° 2, 1999, p. 181-185.

Situation sanitaire de certains groupes

- 1) Carballo, M., Divino, J. J., et Zeric, D., «Migration and health in the EU», *Tropical Medicine and International Health*, 3 (12), 1998, p. 936-944.
- 2) Carballo, M., Divino, J. J., et Zeric, D., Report to the EC on an analytic review of migration and health in, and as it affects, European Community countries, European Centre for Migration and Health, Anvers, 1997.

Chapitre 2 — Les déterminants de la santé

- 1) Kunst, A. E., et Mackenbach, J. P., *Measuring socioeconomic inequalities in health*, OMS, Copenhagen, 2000.
- 2) Miguel, J. P., Ferrinho, P., et Freitas, A. C. (éd.), *Health determinants in the EU*, ministère de la santé, Lisbonne, Portugal, 2000.

Les déterminants socio-économiques de l'état de santé

- 1) Commission européenne, *Social portrait of Europe*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1998.
- 2) Eurostat, *Earnings, industry and services, 1995*, Luxembourg, 1996.
- 3) Eurostat (1996), *Second European labour force survey*, Commission européenne, mai 2000 (<http://www.europa.eu.int/newcronos/access/navig/navig.m4>).
- 4) Eurostat (1999), *NewCronos database*, Commission européenne, mai 2000 (<http://www.europa.eu.int/newcronos/access/navig/navig.m4>).
- 5) Eurostat (1999), *Structure of earnings statistics*, mai 2000 (<http://www.europa.eu.int/newcronos/access/navig/navig.m4>).
- 6) Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Precarious employment and working conditions in the European Union*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1997.
- 7) Menke, R., et Rossler, G., *Report on socioeconomic differences in health indicators in Europe: health inequalities in Europe and the situation of disadvantaged groups*, Institute of Public Health, North Rhine-Westphalia, 2000.
- 8) Robine, J.-M., Romieu, I., et Cambois, E., «Health expectancy indicators», *Bull. WHO*, vol. 77, n° 2, 1999, p. 181-185.

Tabagisme

- 1) Commission européenne, «Prevention: progress in community public health», *Special Edition Tobacco*, Luxembourg, 1997.
- 2) Commission européenne, *The state of women's health in the European Community*, Luxembourg, 1997.
- 3) Eurostat (2000), *NewCronos database*, Commission européenne, septembre 1999 (<http://www.europa.eu.int/newcronos/access/navig/navig.m4>).
- 4) Joossens, L., *A Mulher e o Tabaco na União Europeia — Relatório Europeu*, European Network for Smoking Prevention, Belgique, 1999.
- 5) Joossens, L., Naett, C., Howie, C., et Muldoon, A., *Tabaco e Saúde na União Europeia: Uma Síntese*, European Bureau for Action on Smoking Prevention (BASP), Conselho de Prevenção do Tabagismo, Lisbonne, 1994.
- 6) National Institute of Public Health, *Determinants of the burden of disease in the European Union*, Commission européenne, Suède, 1998.

Abus d'alcool

- 1) Commission européenne, *Eurostat yearbook 1997 — A statistical eye on Europe 1986-1996*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1997.
- 2) Commission européenne, *Key data on health 2000*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 2000.
- 3) Commission européenne, *Social portrait of Europe*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1998.
- 4) Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., et Todd, J., *Health and health behaviour among young people — Health behaviour in school-aged children: a WHO Cross-National Study (HBSC), International report*, Organisation mondiale de la santé, Danemark, 2000.
- 5) Eurostat (2000), *NewCronos database*, Commission européenne, mai 2000 (<http://www.europa.eu.int/newcronos/access/navig/navig.m4>).
- 6) OMS, *Health for all database*, juin 2000 (<http://www.who.dk/country/country>).
- 7) Weil, O., McKee, M., Brodin, M., et Oberlé, D., *Priorities for public health action in the European Union*, Commission européenne, 1999.

Abus de drogues

- 1) Deutsches Jugendinstitut e. V., *On the state of young people's health in the European Union*, Munich, 1998 (SOC 97 201 128 05 F01).
- 2) OEDT, *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union — 1998*, Luxembourg, 1998.
- 3) OEDT, *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union — 1999*, Luxembourg, 1999.

Régime alimentaire et nutrition

- 1) Commission européenne, *Key data on health 2000*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 2000.
- 2) Weil, O., McKee, M., Brodin, M., et Oberlé, D., *Priorities for public health action in the European Union*, Commission européenne, 1999.

Activité physique

- 1) Commission européenne, *A pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, bodyweight and health*, DG Emploi et affaires sociales, Luxembourg, 1999.
- 2) Deutsches Jugendinstitut e. V., *On the state of young people's health in the European Union*, Munich, 1998 (SOC 97 201 128 05 F01).

Comportements sexuels

- 1) Commission européenne, *The state of women's health in the European Community*, Report from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Luxembourg, 1997.
- 2) Deutsches Jugendinstitut e. V., *On the state of young people's health in the European Union*, Munich, 1998 (SOC 97 201 128 05 F01).

Environnement physique

- 1) Agence européenne pour l'environnement, *Environment in the European Union at the turn of the century*, Offprint: «Human health issues», Third Ministerial Conference on the Environment and Health, Londres, 16-18 juin 1999.

Promotion de la santé

- 1) Boddy, D. (éd.), *The evidence of health promotion effectiveness — Shaping public health in a new Europe — A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*, Commission européenne, Luxembourg, 1999.
- 2) Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *Health in prisons project*, juillet 2000 (<http://www.hipp-europe.org>).
- 3) Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *Health-promoting universities — Concept, experience and framework for action*, Copenhague, 1998.
- 4) Kupsch, S., Kern, A. O., Klas, C., Kressin, B. K. W., Vienonen, M., et Beske, F., *Health service provision on a microcosmic level — An international comparison — Results of a WHO/IGSF survey in 15 European countries*, Kiel, 2000.

Services de soins de santé

- 1) Auster, R., e.a., «The production of health, an exploratory study», *Journal of Human Resources*, 4, 1969, p. 412-416.

- 2) Cooper-Mahkorn, D., «Series of errors led to 300 unnecessary mastectomies», *BMJ*, vol. 320, 2000, p. 597-597.
- 3) De Escalante, Y. B., Oncins, T. R., Lacasa, M. J., Candel, C. M., et Sampedro Feliu, J. A., «Hospital mortality at the internal medicine service of a local hospital», *An. Med. Inter.*, vol. 11, n° 8, 1994, p. 381-384.
- 4) *Eurohealth Spring*, vol. 5, n° 1, 1999.
- 5) Fischer, A., «A new public health policy in the European Union», *Eurohealth Spring*, vol. 5, n° 1, 1999, p. 2-4.
- 6) Menniti-Ippolito, G., Raschetti, R., Da Cas, R., Giaquinto, C., et Cantarutti, L., «Active monitoring of adverse drug reactions in children — Italian Paediatric Pharmacosurveillance Multicentre Group [letter]», *Lancet*, vol. 355, n° 9215, 2000, p. 1613-1614.
- 7) OMS, *Health for all database*, juin 2000 (<http://www.who.dk/country/country>).
- 8) Paton, C., e.a., *Scientific evaluation of the effects of the introduction of market forces into health systems*, European Health Management Association, Dublin, 2000.
- 9) Sampereiz Legarre, A. L., Rubio Obanos, M. T., Escolar, C. F., Alonso Martinez, J. L., Lanas, A. A., et Ayuso, B. T., «A iatrogenic pathology study in an internal medicine service», *Rev. Clin. Esp.*, vol. 194, n° 6, 1994, p. 457-463.
- 10) Velkova, A., Wolleswinkel-Van den Bosch, J., et Mackenbach, J. P., «The east-west life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention», *International Journal of Epidemiology*, vol. 26, n° 1, 1997, p. 75-85.
- 11) Weingart, S. N., Wilson, R. M., Gibberd, R. W., et Harrison, B., «Epidemiology of medical error», *BMJ*, vol. 320, n° 7237, 2000, p. 774-777.

Chapitre 3 — Un besoin d'actions supplémentaires

- 1) *Eurohealth Spring*, vol. 5, n° 1, 1999.
- 2) Miguel, J. P., Ferrinho, P., et Freitas, A. C. (éd.), *Health determinants in the EU*, ministère de la santé, Lisbonne, Portugal, 2000.
- 3) Weil, O., McKee, M., Brodin, M., et Oberlé, D. (éd.), *Priorities for public health action in the European Union*, Commission européenne, 1999.

Chômage harmonisé: pour disposer d'une mesure comparable du chômage dans l'UE, Eurostat applique les recommandations du Bureau international du travail, selon lesquelles les chômeurs sont les personnes de 15 ans et plus qui sont sans emploi et actuellement disponibles pour travailler, c'est-à-dire qu'elles ont la possibilité de commencer un travail dans les quinze jours et ont cherché activement du travail au cours des quatre semaines passées.

Espérance de santé positive: c'est le nombre moyen d'années qu'un individu peut espérer vivre dans un état de santé non négatif, c'est-à-dire sans incapacité, infirmité, handicap ou autres, si la situation actuelle en termes de morbidité et de mortalité continue de prévaloir.

Groupements de pays: l'analyse par regroupement de pays est une procédure pour repérer des groupes de cas relativement homogènes dans les données. On a procédé à une analyse par classification hiérarchique, en utilisant la méthode des moindres carrés et la méthode de relations entre groupes, afin de déterminer quels cas ou groupes combiner à chaque étape. Dans la méthode hiérarchique, le regroupement commence par rechercher la paire de cas la plus rapprochée selon la distance, puis les combine pour former un groupe. L'algorithme continue en effectuant un regroupement à chaque étape, en groupant deux cas, deux groupes ou un groupe et un cas. Cette méthode est adéquate pour de petits échantillons et nous permet de classer des pays dans trois groupes selon leurs performances. Le progiciel statistique pour les sciences sociales SPSS V10 a été utilisé.

Index de vieillissement: cet index est obtenu en divisant la population âgée de 65 ans et plus par la population de 0 à 14 ans et en multipliant par 100.

Invalidité: c'est un terme générique qui recouvre l'incapacité, l'infirmité et le handicap.

Mortalité prématurée: c'est la mortalité qui survient avant 65 ans.

Quantité moyenne d'alcool pur vendue par habitant dans un pays: elle est définie comme la quantité totale d'alcool éthylique pur vendue/consommée dans le pays pendant une année civile ou calculée à partir des statistiques officielles de production locale, d'importations et d'exportations en prenant en compte les stocks et la production particulière chaque fois que ces données sont disponibles. Cette quantité est divisée par la population moyenne annuelle. Les données publiées dans World Drink Trends par Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (Schiedam, Pays-Bas) sont utilisées comme source par l'OMS.

Régime alimentaire: le régime alimentaire du Nord est principalement dominé par les graisses saturées venant des produits laitiers. Le régime alimentaire méditerranéen est principalement caractérisé par: un ratio élevé graisses mono-insaturées/graisse saturées; une consommation modérée d'alcool éthylique; une consommation élevée de légumineuses; une consommation élevée de céréales, y compris de pain; une consommation élevée de fruits; une consommation élevée de légumes; une consommation faible de viande et de produits carnés; une consommation modérée de lait et de produits laitiers. L'huile d'olive occupe une place centrale dans ce régime alimentaire. Les autres éléments essentiels de ce régime sont la consommation d'importantes quantités de légumes en salade et de légumineuses sous forme cuisinée. Le ratio entre graisses mono-insaturées et graisses saturées est beaucoup plus élevé que dans les autres régions du monde, en particulier en Europe du Nord. Les importantes quantités absorbées de calcium, de magnésium et de potassium qu'on associe au régime

méditerranéen sont considérées comme ayant des conséquences positives sur une série de processus physiologiques.

Taux de chômage: c'est le pourcentage de la population active qui est sans emploi. Les statistiques utilisées dans les États membres qui identifient les personnes enregistrées dans les agences pour l'emploi ne conviennent pas aux comparaisons entre les pays, car elles sont influencées par les règles édictées par les administrations du travail nationales.

Taux de chômage de longue durée: c'est le nombre de personnes sans emploi depuis plus d'un an en pourcentage de la population sur le marché du travail.

Taux de chômage des moins de 25 ans: c'est le nombre de personnes sans emploi âgées de 15 à 24 ans en pourcentage de la population correspondante sur le marché du travail.

Taux de mortalité infantile (TMI): le TMI pour 1 000 naissances vivantes est la mesure du taux annuel de décès des enfants de moins de 1 an. Le dénominateur est le nombre de naissances vivantes pendant la même année. $TMI = \frac{\text{nombre de décès dans une année d'enfants de moins de 1 an}}{\text{nombre de naissances vivantes dans la même année}} \times 1\,000$ (ICD 10).

Taux de mortalité néonatale précoce: il est défini comme le nombre de décès d'enfants de moins de 1 semaine par an pour 1 000 naissances vivantes pendant la même année (ICD 10).

Taux de mortalité périnatale: le taux de mortalité périnatale pour 1 000 naissances est le nombre de décès de fœtus de plus de 1 000 grammes pour 1 000 naissances (naissances vivantes + naissances mortes). Lorsque les données sur le poids fœtal ne sont pas disponibles, toutes les données fournies selon des critères nationaux sont utilisées par défaut.

Taux de mortalité postnéonatale: le taux de mortalité postnéonatale pour 1 000 naissances vivantes est le nombre de décès d'enfants âgés de 4 semaines à 1 an pour 1 000 naissances vivantes pendant la même année.

Taux de mortalité standardisés (TMS): les TMS sont calculés en utilisant la méthode directe et la population standard européenne.

Commission européenne

L'état de santé de la population dans l'Union européenne — Réduire les écarts de santé

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes

2003 — 60 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-894-3803-7

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
<http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm>

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy

Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: <http://www.jean-de-lannoy.be>

**La librairie européenne/
De Europese Boekhandel**

Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: <http://www.libeurop.be>

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad

Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S

Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: <http://www.schultz.dk>

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH

Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: Vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: <http://www.bundesanzeiger.de>

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA

International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 325 84 99
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado

Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: <http://www.boe.es>

Mundi Prensa Libros, SA

Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: <http://www.mundiprensa.com>

FRANCE

Journal officiel

Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: <http://www.journal-officiel.gouv.fr>

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop

270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hannas@iol.ie

ITALIA

Licosa Spa

Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: <http://www.licosa.com>

LUXEMBOURG

Messengeries du livre SARL

5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: <http://www.mdl.lu>

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers

Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: <http://www.sdu.nl>

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª

Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA

Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoce@incm.pt
URL: <http://www.incm.pt>

SUOMI/FINLAND

**Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln**

Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P./fn (358-9) 121 44 18
F./fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: <http://www.akateeminen.com>

SVERIGE

BTJ AB

Traktorvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: <http://www.btj.se>

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd

Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: <http://www.itsofficial.net>

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal

Skólavörðustíg, 2
IS-101 Reykjavík
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz

c/o OSEC Business Network Switzerland
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: <http://www.osec.ch/eics>

BĂLGARIJA

Euopress Euromedia Ltd

59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: <http://www.euopress.bg>

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry

PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 88 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda

(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: einfo@koda.ee
URL: <http://www.koda.ee>

HRVATSKA

Mediatrade Ltd

Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service

Szt. István krt.12
III emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Fax (36-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: <http://www.euroinfo.hu>

MALTA

Miller Distributors Ltd

Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

NORGE

Swets Blackwell AS

Hans Nielsen Hauges gt. 39
Boks 4901 Nydalen
N-0423 Oslo
Tel. (47) 23 40 00 00
Fax (47) 23 40 00 01
E-mail: info@no.swetsblackwell.com
URL: <http://www.swetsblackwell.com.no>

POLSKA

Ars Polona

Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia

Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR

Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk
URL: <http://www.sltk.stuba.sk>

SLOVENIJA

GV Zalozba

Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 1804
Fax (386) 613 09 1805
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: <http://www.gvzalozba.si>

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS

100, Yil Mahallesi 34440
TR-80050 Bagcilar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: aktuel.info@dunya.com

ARGENTINA

World Publications SA

Av. Cordoba 1877
C1120 AAA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Fax (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: <http://www.wpbooks.com.ar>

AUSTRALIA

Hunter Publications

PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões

Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: <http://www.incm.com.br>

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.

3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd

5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: <http://www.renoufbooks.com>

EGYPT

The Middle East Observer

41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: <http://www.meobserver.com.eg>

MALAYSIA

EBIC Malaysia

Suite 45.02, Level 45
Plaza MBF (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV

Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa

PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

**The European Union Chamber of
Commerce in Korea**

5th Fl. The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: euock@euock.org
URL: <http://www.euock.org>

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka

Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebicsl@slnet.lk

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc

PO Box 81-466
105 Taipei
Tel. (886-2) 87 12 88 86
Fax (886-2) 87 12 47 47
E-mail: euitupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates

4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: <http://www.bernan.com>

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer
Wahl/Please contact the sales office of
your choice/Veuillez vous adresser au
bureau de vente de votre choix

Office for Official Publications of the European
Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: publications.eu.int



Office des publications
Publications.eu.int

ISBN 92-894-3803-7



9 789289 438032