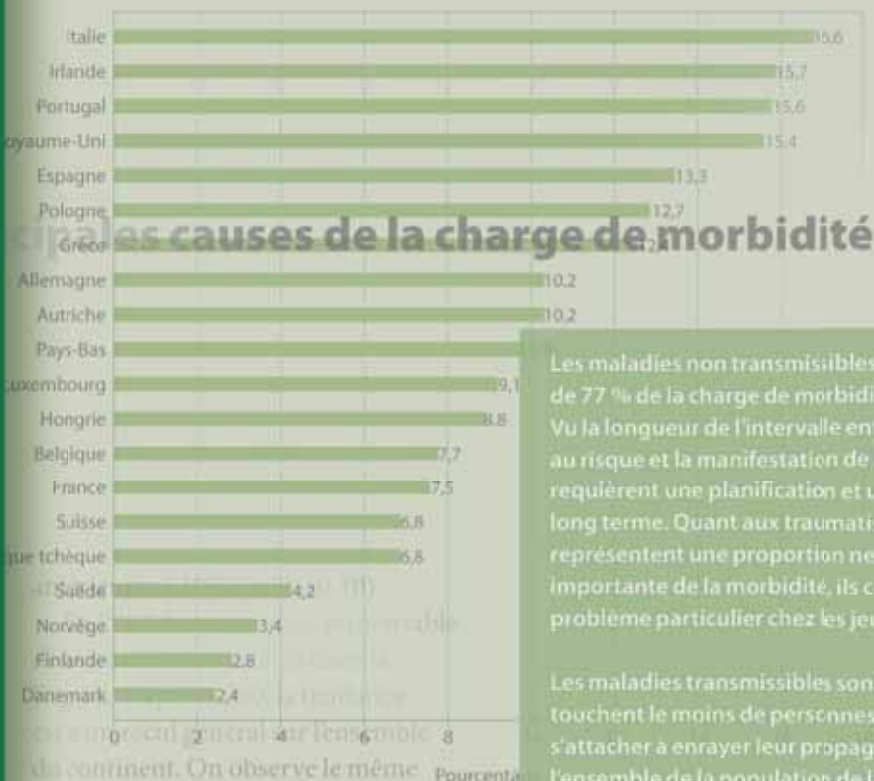


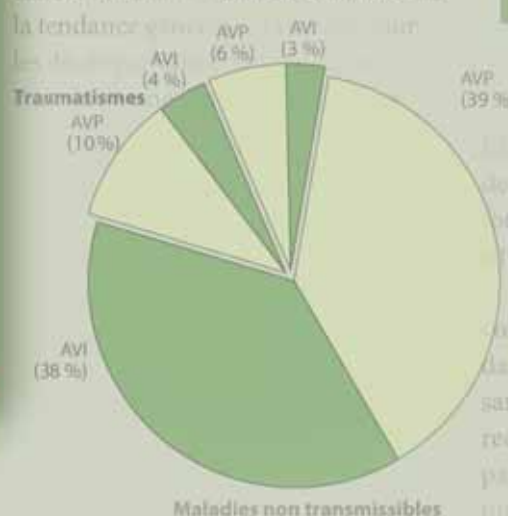
Rapport sur la santé en Europe 2005



Les maladies non transmissibles sont de 77 % de la charge de morbidité. Vu la longueur de l'intervalle entre l'exposition au risque et la manifestation de la maladie, elles requièrent une planification et un traitement à long terme. Quant aux traumatismes, ils représentent une proportion nettement plus importante de la morbidité, ils constituent un problème particulier chez les jeunes.

Les maladies transmissibles sont celles qui touchent le moins de personnes, mais elles s'attachent à enrayer leur propagation dans l'ensemble de la population de la Région. Ce qui est de la pauvreté et du sous-développement des services, ils font peser sur certains pays une double charge de maladies transmissibles et non transmissibles.

Maladies transmissibles



Les maladies cérébrovasculaires sont le deuxième principal problème de santé. L'Eur-B a connu une augmentation marquée dans les dernières années et la tendance pour l'Eur-A est fortement augmentée au début des années 2000. Cette situation ne se dessine.

Les troubles liés à la consommation d'alcool sont repris dans le groupe des problèmes de santé d'ordre neuropsychiatrique. Ils recouvrent le fardeau direct provoqué par la dépendance à l'alcool et par une consommation nocive, générée par des pathologies telles que les

L'action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des populations

Les maladies chroniques observées chez les hommes sont pratiquement stables, tandis que ceux observés chez les femmes semblent être en hausse.

La mortalité due aux maladies respiratoires chroniques est en recul constant pour la Région dans sa globalité, de même que dans les pays de l'Eur-A et de l'Eur-B depuis 1990. Dans l'Eur-C, les taux de mortalité ont fortement augmenté pour atteindre un point culminant.

		Variation de 1990 à 2002 (%)
104-145	54-145	-32,3
139-62	49-126	-32,4
168,85	60-173	-32,3
104	88-272	7,1
139,62	73-247	6,7
168,85	109-298	6,3
258,11	122-307	16,6
227,12	112-270	12,6
302,66	137-359	17,3

**Rapport sur
la santé en Europe 2005**

**L'action de santé publique :
améliorer la santé des enfants
et des populations**

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

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'Organisation. Chacun d'entre eux a son programme distinct, qui est adapté aux problèmes de santé propres aux pays qu'il dessert. La Région européenne, peuplée d'environ 880 millions d'habitants, s'étend de l'océan Arctique au nord à la Méditerranée au sud et de l'Atlantique à l'ouest au Pacifique à l'est. Le programme européen de l'OMS aide tous les pays de la Région à optimiser leurs politiques, systèmes et programmes de santé ; à prévenir et à surmonter les menaces d'ordre sanitaire ; à se préparer aux problèmes de santé futurs ; et à préconiser et à mettre en œuvre des actions de santé publique.

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



Rapport sur la santé en Europe 2005

**L'action de santé publique :
améliorer la santé des enfants
et des populations**

Mise en page : Sven Lund
Imprimé au Danemark

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations	vi
<i>Avant-propos : le savoir au service de la santé de demain</i>	vii
Résumé	viii
Première partie. Introduction	1
Introduction	2
Cadre conceptuel du rapport	4
Références	8
Deuxième partie. La situation sous l'angle de la santé publique	9
Synthèse	10
Principales causes de la charge de morbidité	23
Principaux facteurs de risque évitables	34
Références	45
Troisième partie. Santé et développement des enfants et des adolescents	51
Pourquoi mettre l'accent sur les enfants ?	52
Principales causes de la charge de morbidité	58
Déterminants de la santé chez les enfants et mesures sanitaires	75
Principaux facteurs d'une bonne mise en œuvre de politiques et d'interventions	89
Références	94
Annexe. Tableaux statistiques	101
Note sur les estimations de la charge de morbidité et des risques dans les pays	102
Tableau 1. Population de la Région européenne de l'OMS, de 1990 à 2015 (projections)	105
Tableau 2. Indicateurs de base de la santé publique de la Région européenne de l'OMS	106
Tableau 3. Niveau et répartition du revenu dans la Région européenne de l'OMS	108
Tableau 4. Décès et AVCI attribuables aux dix principales causes dans la Région européenne de l'OMS, 2002	109
Tableau 5. Parts du total des décès et des AVCI attribuables aux 10 principaux facteurs de risque dans la Région européenne de l'OMS, 2002	122
Tableau 6. Indicateurs de base de l'état de santé des enfants et des déterminants de la santé des enfants dans la Région européenne de l'OMS, 2002 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles	133
Tableau 7. Charge de morbidité due à sept grandes affections chez les enfants âgés de 0 à 14 ans (AVCI pour 1 000) dans la Région européenne de l'OMS, 2002	136
Définitions des indicateurs repris dans les tableaux	137

Abréviations

Organisations, autres entités et activités

CEI	Communauté des États indépendants
CHILD	Child Health Indicators of Life and Development (projet)
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe (stratégie de lutte contre la tuberculose)
Eur-A	27 pays de la Région européenne de l'OMS où la mortalité est très faible chez les enfants et les adultes
Eur-B	16 pays de la Région européenne de l'OMS où la mortalité est faible chez les enfants et les adultes
Eur-C	9 pays de la Région européenne de l'OMS où la mortalité des enfants est faible et la mortalité des adultes est élevée
HBSC	Comportement de santé des enfants d'âge scolaire (étude)
MONICA	Surveillance multinationale des tendances et des déterminants des maladies cardiovasculaires
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (stratégie)
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Termes techniques

AVCI	Années de vie corrigées du facteur invalidité
AVI	Années vécues avec une invalidité
AVP	Années de vie perdues pour cause de mortalité prématurée
EVCS	Espérance de vie en bonne santé
HAART	Thérapie antirétrovirale hautement active
IMC	Indice de masse corporelle
PIB	Produit intérieur brut
RNB	Revenu national brut
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère

Avant-propos : le savoir au service de la santé de demain

Le Rapport sur la santé en Europe 2005 part de l'idée qu'il est possible d'utiliser le savoir pour améliorer la vie de la population. Dans l'avenir, il faudra que les responsables disposent d'informations appropriées pour prendre de bonnes décisions en matière de santé publique. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe présente dans ce rapport les connaissances pratiques dont les professionnels de santé et tous les autres acteurs de la santé publique ont besoin pour s'acquitter de cette responsabilité.

Ce rapport contient un bilan à jour de la situation sanitaire dans les 52 pays de la Région européenne de l'OMS. L'analyse porte en particulier sur les grands déterminants de la santé, notamment la pauvreté et les inégalités sociales. Il attire l'attention sur les écarts de santé croissants entre les pays de la Région et entre les riches et les pauvres dans les pays. Aujourd'hui, un ensemble limité de facteurs de risque cause la plus grande partie de la charge de morbidité. Le rapport décrit cette dernière et montre qu'un recours plus large à des interventions de santé publique efficaces peut la réduire. Il met l'accent sur certains enseignements retirés et donne des exemples d'interventions réussies.

En particulier, le rapport examine la santé des enfants et les activités menées et encore à mener pour l'améliorer. Des enfants en bonne santé deviennent des adultes en bonne santé. Malgré l'amélioration globale de la santé des enfants dans la Région, l'incidence de nombreuses maladies aiguës et chroniques augmente dans divers pays. Le rapport présente des bases factuelles relatives aux menaces qui pèsent sur la santé des enfants et aux possibilités d'améliorer cette dernière.

Notre objectif principal est d'aider les pays à choisir les meilleurs investissements possibles dans le domaine de la santé en se fondant sur des bases factuelles et des connaissances. Nous espérons que cette publication aidera les États membres à faire face avec succès aux problèmes de santé publique actuels et à ceux de l'avenir.



Marc Danzon

Directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Résumé

Écart ouest-est en matière d'espérance de vie en bonne santé, 2002

Espérances les plus élevées

Saint-Marin : 73,4 ans

Suède : 73,3 ans

Suisse : 73,2 ans

Espérances les plus basses

Kirghizistan : 55,3 ans

Tadjikistan : 54,7 ans

Turkménistan : 54,4 ans

La santé est une ressource fondamentale pour le développement social et économique. Grâce aux progrès du développement humain, l'espérance de vie s'allonge et le nombre d'années vécues en bonne santé augmente.

Dans l'ensemble, la santé des 879 millions d'habitants de la Région européenne de l'OMS s'améliore progressivement, mais les inégalités entre les 52 États membres et entre les groupes dans les pays augmentent. Outre l'écart de santé ouest-est, les disparités de santé entre groupes socioéconomiques se sont accrues dans de nombreux pays.

Il est de plus en plus crucial de réduire les inégalités. Étant donné que les taux de natalité baissent et que le nombre de personnes âgées augmente dans la plupart des pays, il est particulièrement important d'aider les enfants à éviter les problèmes de santé et à devenir des adultes capables de rester en bonne santé jusqu'à un âge avancé.

Dans cette optique, le *Rapport sur la santé en Europe 2005* résume les grandes questions de santé publique que connaissent la Région et en particulier ses enfants, et décrit des interventions efficaces. Il participe ainsi à la diffusion des bases factuelles fiables nécessaires pour la prise de décisions judicieuses dans le domaine de la santé publique.

Contenu et méthodes

Le rapport commence par résumer la situation en matière de santé publique dans la Région et examine ensuite la santé et le développement des enfants. Il s'achève par des tableaux statistiques, présentant certaines des données qui constituent la base de ses conclusions, ainsi que par des définitions de certains des mots et expressions utilisés. Il ne passe pas en revue de manière exhaustive toutes les informations disponibles, mais fait la synthèse des bases factuelles et des analyses provenant de l'OMS et de diverses autres sources. Il fait état d'informations sur la charge de morbidité qui résulte de certaines affections, sur les effets de facteurs de risque déterminés et sur une sélection d'initiatives et d'interventions réussies qui pourraient améliorer la santé publique dans l'ensemble de la Région.

Le rapport mentionne les derniers chiffres disponibles sur divers indicateurs sanitaires. Dans la mesure du possible, les données sont présentées pour trois groupes de pays de la Région européenne, répartis non pas en fonction de critères géographiques ou politiques mais en fonction de la mortalité des enfants et des adultes. Le rapport examine l'espérance de vie et les causes de mortalité, et utilise deux mesures : l'espérance de vie en bonne santé et les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI). En combinant ces mesures avec des indicateurs traditionnels tels que les taux de mortalité et l'incidence et la prévalence des maladies, le rapport met en évidence des questions actuelles et donne une meilleure représentation de la situation dans la Région.

Réduire la charge de morbidité en s'attaquant aux facteurs de risque

Les principales causes de la charge de morbidité dans la Région sont les maladies non transmissibles (77 % de la charge totale), les causes externes (traumatismes et intoxications,

14 %) et les maladies transmissibles (9 %). En 2002, les maladies non transmissibles ont causé 86 % des 9,6 millions de décès et 77 % des 150,3 millions d'AVCI dans la Région. Elles résultent d'interactions complexes entre la génétique, le comportement et l'environnement, et exigent donc une planification et des traitements à long terme. En outre, les traumatismes représentent un problème particulier pour les jeunes.

Par ailleurs, la pauvreté et l'insuffisance du financement des services créent une double charge de maladies non transmissibles et transmissibles pour certains pays de la moitié orientale de la Région. Cette double charge est en partie responsable des écarts de santé entre pays et dans les pays.

Sept facteurs de risque seulement (tabagisme, alcool, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, surcharge pondérale, consommation insuffisante de fruits et de légumes, et sédentarité) sont principalement à l'origine des différences entre pays sur le plan de la charge de morbidité due à sept grandes affections : cardiopathie ischémique, trouble dépressif unipolaire, maladie cérébrovasculaire, troubles dus à la consommation d'alcool, maladie pulmonaire chronique, cancer du poumon et traumatismes dus aux accidents de la circulation. Le recours à des interventions bien connues pour s'attaquer à ces facteurs de risque préviendrait ces affections dans une large mesure. Il importe donc d'agir.

Le rapport rend compte de réussites exemplaires dans divers pays de la Région pour montrer qu'il est possible de lutter contre les maladies non transmissibles et les traumatismes en adoptant des mesures concertées, mais relativement simples. Les pays disposent d'un choix entre diverses mesures pour certaines maladies, et le partage d'informations sur les succès et les insuffisances de certaines interventions est essentiel pour permettre leur adaptation et leur utilisation dans d'autres pays. Par exemple, le succès de l'initiative Vision Zéro de la Suède, qui a réduit le nombre de cas de traumatismes résultant d'accidents de la circulation, a permis son adoption par plusieurs autres pays. Ces réussites exemplaires portent sur des thèmes divers et ont lieu dans des pays différents ; elles ont en commun la participation de toutes les parties prenantes, des patients aux prestataires de soins, en passant par les pouvoirs publics et d'autres organismes. Ces exemples prouvent que des mesures simples mais globales peuvent engendrer des améliorations importantes de la santé.

Place privilégiée accordée aux enfants

Le *Rapport sur la santé en Europe 2005* accorde une place privilégiée à la santé des enfants, car celle-ci détermine la santé au cours de l'ensemble de la vie et la santé de la génération suivante. La période qui s'écoule entre la naissance et l'âge de 5 ou 6 ans est cruciale. En effet, une mauvaise santé ou des modes de vie malsains au cours de l'enfance peuvent engendrer des problèmes de santé pendant toute l'existence, ce qui crée des charges sanitaires, financières et sociales pour les pays, aujourd'hui et demain.

Problèmes de santé des enfants

Globalement, l'état de santé des enfants des 52 pays de la Région européenne de l'OMS reproduit l'écart ouest-est observé chez les adultes. Malgré une amélioration globale, la santé des enfants de la Région européenne se caractérise par d'importantes différences en fonction de l'âge, du sexe, du lieu de résidence et de la situation socioéconomique, tant entre pays que dans les pays. Les inégalités sociales augmentent dans tous les pays, mais plus particulièrement dans la moitié orientale de la Région.

Les inégalités de santé chez les enfants ont une ampleur inacceptable et touchent le plus souvent les pays, les sociétés, les communautés, les familles et les enfants qui disposent des

ressources les plus réduites pour y faire face. Même dans les pays riches, les membres les plus pauvres de la société doivent supporter une part disproportionnée de la charge de morbidité.

Les causes et les taux de mortalité et de morbidité chez les enfants varient considérablement dans la Région. Dans les pays de la partie orientale, en particulier, les enfants connaissent une mortalité et une morbidité plus élevées dues aux maladies respiratoires et infectieuses, aux traumatismes et aux intoxications, de sorte que leurs problèmes de santé diffèrent de ceux des adultes. Dans les pays de la partie occidentale, la mortalité due à ces causes est déjà très faible, ce qui se traduit par une moindre charge de morbidité globalement. En conséquence, dans les pays de la partie occidentale de la Région, les problèmes de santé des enfants comprennent proportionnellement plus de maladies non transmissibles, telles que l'asthme et les allergies, le diabète, l'obésité et les troubles neuropsychiatriques. La situation concernant les maladies à prévention vaccinale reste préoccupante dans la Région.

La pauvreté est la principale menace qui pèse sur la santé des enfants, quel que soit le niveau de développement du pays considéré. Les taux de maladie et de comportement nocif sont étroitement liés à des facteurs socioéconomiques, qui incluent une mauvaise santé néonatale (due notamment à la malnutrition), l'accès insuffisant aux soins de santé et des environnements insalubres ou peu sûrs, et à des facteurs comportementaux tels qu'un mauvais régime alimentaire, un manque d'activité physique, et le tabagisme, l'alcoolisation ou la consommation de drogues dès un âge précoce.

Eu égard aux différences entre la santé des enfants et celle des adultes, les pays doivent concevoir des stratégies sanitaires complémentaires pour ces deux catégories de personnes. Comme il est de plus en plus complexe pour les pays d'agir pour assurer à tous les enfants une santé optimale et le meilleur développement possible, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe conçoit une nouvelle démarche en vue de leur venir en aide : il s'agit de la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents. En outre, tous les pays ont besoin d'informations de meilleure qualité sur la santé des enfants et de systèmes de suivi de celle-ci, particulièrement en ce qui concerne les inégalités sociales.

Politiques efficaces : appliquer les connaissances disponibles dans le cadre de stratégies globales

L'investissement dans la santé des enfants est un investissement dans l'avenir qui améliore non seulement la santé mais procure aussi des avantages financiers et sociaux. *Le Rapport sur la santé en Europe 2005* demande l'accomplissement de nouveaux efforts pour protéger et favoriser la santé des enfants. Il indique qu'un équilibre responsable doit être établi entre les charges actuelles et les avantages futurs pour l'ensemble de la population, tout en soulignant que l'investissement dans la santé et le développement des enfants est non seulement crucial pour la santé future d'une population, mais réduit également les inégalités actuelles.

Une grande partie des connaissances nécessaires pour améliorer la santé de tous dans la Région est déjà disponible. Il s'agit maintenant de les traduire en actions.

Malgré les grandes différences qui caractérisent les problèmes de santé des enfants dans la Région européenne de l'OMS, les bases factuelles montrent que les programmes efficaces de promotion de la santé et de prévention des maladies ont certains facteurs en commun. Les interventions les plus efficaces :

- font partie d'une planification nationale d'ensemble qui associe toutes les parties prenantes, y compris les enfants ;

- reposent sur des informations fiables concernant les populations cibles, l'efficacité des interventions et la capacité de mise en œuvre du système de santé national ;
- tiennent compte à la fois des grands déterminants des problèmes de santé (pauvreté et inégalités sociales) et de certains facteurs de risque ;
- prévoient des actions multisectorielles et multidimensionnelles que les pouvoirs publics et d'autres parties prenantes mènent à différents niveaux en utilisant toute la gamme des instruments d'action nécessaires et en demandant un large soutien social en faveur du changement ;
- ciblent les populations qui connaissent les plus grandes difficultés ;
- sont adaptées aux besoins, aux ressources et aux circonstances existant au niveau local, notamment les facteurs culturels, religieux et liés au sexe.

En réalisant aujourd'hui des interventions axées sur la santé des enfants, il est possible d'améliorer la santé des adultes dans l'avenir. Il est nécessaire d'accomplir des efforts accrus et, bien entendu, de disposer de ressources plus importantes pour mettre en œuvre avec succès les interventions dont on sait qu'elles sont efficaces, mais l'action en faveur de la santé et du développement des enfants exige avant tout l'ambition de réaliser d'importantes améliorations. La tâche est considérable mais, comme le *Rapport sur la santé en Europe 2005* l'indique, les efforts d'aujourd'hui se traduiront par les succès de demain.

PREMIÈRE PARTIE

INTRODUCTION

Introduction

La mission

La santé est une ressource essentielle du développement social et économique. Des preuves scientifiques irréfutables mettent en évidence les liens particulièrement profonds existant entre la santé et le développement humain durable. En outre, comme la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, il est encourageant d'apprendre qu'elle s'est considérablement améliorée dans la Région européenne de l'OMS au fil du temps.

Il existe néanmoins de très importantes disparités. D'une part, les pays les plus riches et les plus développés de la Région figurent parmi ceux dont la population jouit de la meilleure santé dans le monde en termes de longévité et de l'apparition tardive des maladies et de l'invalidité. Ces pays portent aussi une attention accrue aux capacités fonctionnelles et à la qualité de vie de leurs citoyens. D'autre part, la Région compte aussi des pays pauvres encore confrontés à de graves problèmes sanitaires chez les groupes les plus jeunes de leurs populations et qui subissent, en fait, une double charge de morbidité : si ces pays ne disposent pas des moyens perfectionnés leur permettant de lutter contre les maladies infectieuses et les traumatismes traditionnels, ils sont aussi largement affectés par les maladies non transmissibles du monde moderne. En outre, tous les pays, même les plus nantis, présentent d'énormes disparités entre riches et pauvres en matière de santé, un fossé qui, d'ailleurs, ne cesse de s'agrandir. Tout pays doit impérativement s'efforcer de réduire autant que possible les inégalités au sein de la population.

Les moyens

L'OMS estime qu'un échange d'informations et de connaissances peut aider les pays à atténuer les disparités dans le domaine de la santé. C'est dans cette optique que le *Rapport sur la santé en Europe 2005* passe en revue et résume d'abord les bases factuelles disponibles sur l'état de la santé publique de la Région, ainsi que les principales interventions susceptibles d'améliorer la situation sanitaire. Ensuite, le rapport examine le cas particulier des enfants, le groupe de population dont l'amélioration de la santé aurait les effets cumulatifs les plus marqués. Il recense les facteurs communs qui déterminent la réussite des programmes visant la prévention des maladies et la promotion de la santé dans ce groupe. En effet, les interventions menées aux premiers stades de la vie d'un individu peuvent avoir des répercussions bénéfiques tout au long de son existence, et les acteurs de la santé devraient donc agir en conséquence chaque fois que cela est possible. À la fin du rapport figurent des tableaux statistiques présentant certaines des données qui en ont inspiré les conclusions ainsi que la définition des principaux termes utilisés.

Ce rapport s'inspire largement des données et des analyses ayant permis l'élaboration des rapports sur la santé dans le monde 2002 et 2004 de l'OMS (1,2) et du projet de l'OMS sur la Charge mondiale de morbidité (3). Il repose également sur diverses bases de données et publications du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, notamment celles relatives aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (l'organe directeur de l'OMS dans la Région), aux conférences ministérielles et aux activités techniques prioritaires. Une liste des sources principales figure à la fin de chaque partie.

Les données ou bases factuelles font référence à des interventions dont l'efficacité a été prouvée, bien que la traduction de ces connaissances en actions soit rarement optimale. Des

interventions intersectorielles et des stratégies multidimensionnelles sont nécessaires et doivent cibler les groupes défavorisés de la population. Comme la notion de santé publique est conçue de façon plus large, le secteur de la santé doit s'allier à de nouveaux partenaires pour mener à bien cette mission. Dans le monde d'aujourd'hui, la santé relève de la responsabilité de l'ensemble des pouvoirs publics et d'autres parties prenantes, et s'étend au-delà des clivages sectoriels traditionnels. Il faut être animé d'un nouveau courage pour appliquer les dernières stratégies sanitaires étayées par des bases factuelles de plus en plus nombreuses. Le *Rapport sur la santé en Europe 2005* indique la voie à suivre tout en mettant en évidence l'aide disponible aux États membres dans leurs efforts visant à protéger et à améliorer la santé des populations.

Le message

Le message est principalement le suivant : les disparités actuelles en matière de santé sont considérables et une action est nécessaire pour protéger la population dans son ensemble, mais les problèmes sanitaires affectant les enfants et les jeunes revêtent une importance particulière et exigent une intervention ciblée. Ils peuvent avoir des répercussions pendant toute la vie de l'individu, susciter des comportements néfastes et être la source de maladies à l'âge adulte. Les problèmes de santé des enfants ont également des incidences sur leurs parents, leur famille et la société. En outre, chaque étape du développement de l'enfant pose de nouveaux défis en termes de santé et exige la mise en place de politiques adaptées.

Il faut donc accomplir un effort spécial pour réaliser les investissements nécessaires à la santé des enfants. Il s'agit là d'un défi rendu encore plus complexe par les bouleversements sociaux et économiques qui secouent les nations, les populations, les familles et les individus. Si un équilibre judicieux doit être établi entre les préoccupations du moment et les avantages à venir pour la communauté humaine dans son ensemble, les investissements consentis dans la santé et le développement des enfants ne sont pas seulement un moyen de garantir la santé des populations futures : ils permettront aussi d'en réduire les inégalités. Tous ces arguments constituent la raison d'être du présent rapport.

Cadre conceptuel du rapport

Contexte : les implications des aspects multifactoriels de la santé pour l'élaboration de politiques

Un grand nombre de paramètres viennent influencer la santé des populations : les facteurs génétiques et biologiques, le mode de vie des individus, les conditions de vie et de travail, et les services de soins de santé. En outre, certains facteurs socioéconomiques sous-tendent les principaux déterminants de la santé chez les enfants comme chez les adultes. Ils ont des répercussions profondes sur la mortalité, la morbidité et les comportements liés à la santé, de la conception et de la naissance de l'individu jusqu'aux stades les plus avancés de son existence, en passant par les premières années particulièrement décisives de son développement. Étant donné la nature multifactorielle de la santé, les responsables politiques se doivent d'adopter une vision générale de tous les facteurs susceptibles d'influer sur ses déterminants et ses résultats.

En outre, l'influence de ces déterminants multiples sur la santé humaine est le résultat d'une interaction à la fois dynamique et continue entre les facteurs biologiques et les conditions passées et présentes. Étant donné la durée de cette interaction dans le temps, ses effets sur la santé sont cumulatifs. Les personnes qui ont été davantage exposées à des facteurs de risque dans le passé sont généralement plus vulnérables aux contraintes actuelles et futures de l'existence. Beaucoup de maladies chroniques affectant les individus à l'âge adulte trouvent en effet leurs origines dans l'enfance.

Ces réalités ont trois implications pour l'élaboration de politiques.

1. L'élaboration de politiques de la santé exige une vision générale du problème, avec une attention particulière accordée aux conditions environnementales au sens le plus large.
2. Les politiques sanitaires et sociales doivent intervenir en amont et se concentrer sur les facteurs à l'origine des comportements nuisibles pour la santé, des affections chroniques et des troubles mentaux. Les services et des programmes doivent s'étendre sur toutes les phases de l'existence afin de neutraliser les facteurs de risque auxquels les populations ont été précédemment confrontées.
3. En général, les interventions de santé publique les mieux adaptées sont à la fois multifactorielles et générales. Elles couvrent les divers aspects d'un problème sanitaire et ne dissocient pas l'individu de son cadre de vie et de travail, ni de son environnement social.

La démarche adoptée dans le présent rapport

Le présent rapport adopte, par conséquent, une démarche analytique générale mettant l'accent sur les différentes phases du développement de l'individu. Il trouve principalement son inspiration à la fois dans l'étude de la charge de morbidité et dans l'analyse des déterminants de la santé et des interventions mises en place à l'adresse de la population dans son ensemble, et des enfants en particulier. Grâce à cette démarche axée sur la charge de morbidité, le rapport peut se concentrer plus aisément sur la situation générale et accorder la priorité aux principaux problèmes. La base de données du projet de l'OMS sur la Charge mondiale de morbidité (3), adaptée aux besoins du présent rapport, a également facilité l'utilisation de cette démarche. En outre, le rapport met en lumière l'importance de certains facteurs et interventions lors des

toutes premières phases du développement de l'individu, qui sont cruciales pour l'amélioration de la santé future de la population.

La nature et la comparabilité des données disponibles limitent cependant la portée des analyses qui peuvent être réalisées. Bien que les données disponibles consistent essentiellement en indicateurs négatifs, la santé des enfants est déterminée tant par des dangers que par des facteurs positifs tels que, par exemple, leur capacité à réaliser leur potentiel. En outre, alors que les données scientifiques montrent l'importance des déterminants socioéconomiques de la santé, certains indicateurs ne sont pas liés à des informations nationales sur les revenus, le niveau d'instruction et d'autres paramètres sociaux.

Bien que l'accès à des services de soins de santé de qualité et la prestation de tels services soient à la fois vitaux et un droit fondamental de l'être humain, le rapport porte principalement sur les déterminants de la santé et mentionne, si besoin est, des exemples d'interventions efficaces. En effet, selon la politique de la Santé pour tous de l'OMS, les pays doivent prendre en compte l'ensemble des facteurs ayant une incidence directe ou indirecte sur la santé, et allouer des ressources de manière à agir sur chacun de ces facteurs en fonction de leur importance relative et de leur impact démontré.

Méthodologie

Sur la base de ce cadre conceptuel, le *Rapport sur la santé en Europe 2005* aborde les problèmes généraux de santé publique dans la Région européenne de l'OMS en présentant les bases factuelles disponibles sur :

- la charge de morbidité inhérente à des affections bien précises ;
- l'ampleur de l'impact de certains facteurs de risque sur les maladies ; et
- plusieurs interventions de santé publique qui peuvent manifestement améliorer la situation sanitaire, pour autant que les facteurs contextuels assurant l'efficacité de leur mise en œuvre soient pris en compte.

La charge de morbidité est exprimée par :

- des indicateurs traditionnels, tels que la mortalité, l'incidence et la prévalence ; l'utilisation des ressources des systèmes sociaux et de soins de santé ; les coûts économiques ;
- des mesures récapitulatives des niveaux de santé de la population (et des disparités à cet égard), comme l'espérance de vie en bonne santé (EVCS) et les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI).

Bien que l'importance des déterminants socioéconomiques de la santé ne puisse jamais être ignorée, les estimations quantitatives de leur impact sont généralement limitées aux effets des déterminants directs. Elles sont également le résultat de techniques statistiques qui dissocient de manière artificielle les effets d'un facteur de risque donné de ceux d'autres facteurs. Néanmoins, le lecteur ne doit pas oublier que ces facteurs sont souvent concomitants et interdépendants.

Les exemples d'interventions ont été choisis sur la base d'un examen systématique des données disponibles. Le rapport mentionne aussi des bonnes pratiques généralement acceptées et les étayant avec des expériences réussies.

Il convient d'utiliser avec circonspection les indicateurs et les autres données scientifiques mentionnés dans le présent rapport. Les indicateurs traditionnels et les mesures récapitulatives se renforcent mutuellement. Il ne s'agit pas d'utiliser soit les uns soit les autres. Les indicateurs traditionnels peuvent fournir, en temps utile, des informations bien spécifiques sur la situation et

les tendances sanitaires, et sur les interventions des systèmes de santé. En revanche, les mesures récapitulatives rassemblent des informations établies sur la base de diverses hypothèses et de modèles statistiques généralisés. Elles visent à normaliser des informations provenant de sources très diverses, alors que les indicateurs visent chacun à mettre en évidence des points bien précis en vue d'une action ciblée. On fait un compromis entre la spécificité et la comparabilité entre les pays. Il est donc utile de recourir tant à des indicateurs précis, mais très nombreux, qu'à des mesures récapitulatives normalisées (susceptibles de donner une vue d'ensemble de la charge totale et d'exprimer cette dernière en mesures communes). En effet, ces deux paramètres peuvent s'avérer pratiques et présenter certains avantages dans le processus particulièrement difficile qui consiste à suivre l'évolution de la santé. En outre, les estimations récapitulatives peuvent constituer les mesures les plus rigoureuses ou les plus sensibles dans les domaines où les systèmes ordinaires de communication d'informations ne peuvent fournir des indicateurs traditionnels fiables.

Le projet sur la Charge mondiale de morbidité a permis d'établir des estimations d'AVCI pour tous les pays de la Région européenne de l'OMS par affection et facteur de risque connu. La méthodologie de l'OMS vise à maximiser la comparabilité entre les populations. Les analyses tiennent compte des lacunes des informations sur les causes de mortalité enregistrées dans les pays et ont été corrigées eu égard au manque d'objectivité des données autodéclarées en matière de morbidité. Des mesures ont été également prises afin d'intégrer ces corrections dans la modélisation des données statistiques relatives à la comorbidité dépendante et aux personnes hospitalisées, car ces données sont généralement difficiles à estimer et à présenter statistiquement. Néanmoins, les estimations relatives aux AVCI et à l'espérance de vie en bonne santé doivent être considérées dans le contexte des incertitudes explicites, qui font partie intégrante de ces estimations, et être utilisées avec prudence. Il vaut donc sans doute mieux interpréter les estimations de l'OMS mentionnées dans le présent rapport comme les meilleures approximations disponibles, plutôt que le résultat de mesures directes.

Fondamentalement, comme les facteurs de risque identifiables contribuent généralement aux causes de plusieurs maladies, l'effet total réel d'un facteur donné peut être plus important que son effet estimé sur une maladie donnée. En outre, comme les effets des différents facteurs de risque ne sont pas indépendants mais interdépendants, l'effet total d'un groupe de facteurs contribuant à une maladie donnée n'équivaut généralement pas à la somme des AVCI attribuables à chacun d'entre eux. D'autres corrections statistiques doivent être réalisées afin de déterminer l'effet total. Par ailleurs, il ne faut pas oublier qu'une personne peut contracter plusieurs maladies toutes liées aux mêmes facteurs de risque. En réunissant l'ensemble de ces scénarios, les mesures récapitulatives peuvent apporter des éclaircissements supplémentaires qui ne peuvent découler de l'utilisation exclusive de certains indicateurs traditionnels.

Les enseignements et les considérations concernant la politique à mener découlent des activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, d'examen internes et d'estimations par consensus. Les données sous-tendant les effets démontrés des interventions ont été recherchées systématiquement, mais leur qualité n'a pas nécessairement été évaluée. Ces recherches se sont délibérément limitées aux domaines prioritaires, définis en fonction de l'importance de la charge de morbidité et du risque attribuable.

Regroupement des pays

Il est utile de répartir les pays en groupes pour faciliter l'analyse, et déceler et comparer des tendances et des priorités. Ce regroupement peut être effectué sur la base de critères différents.

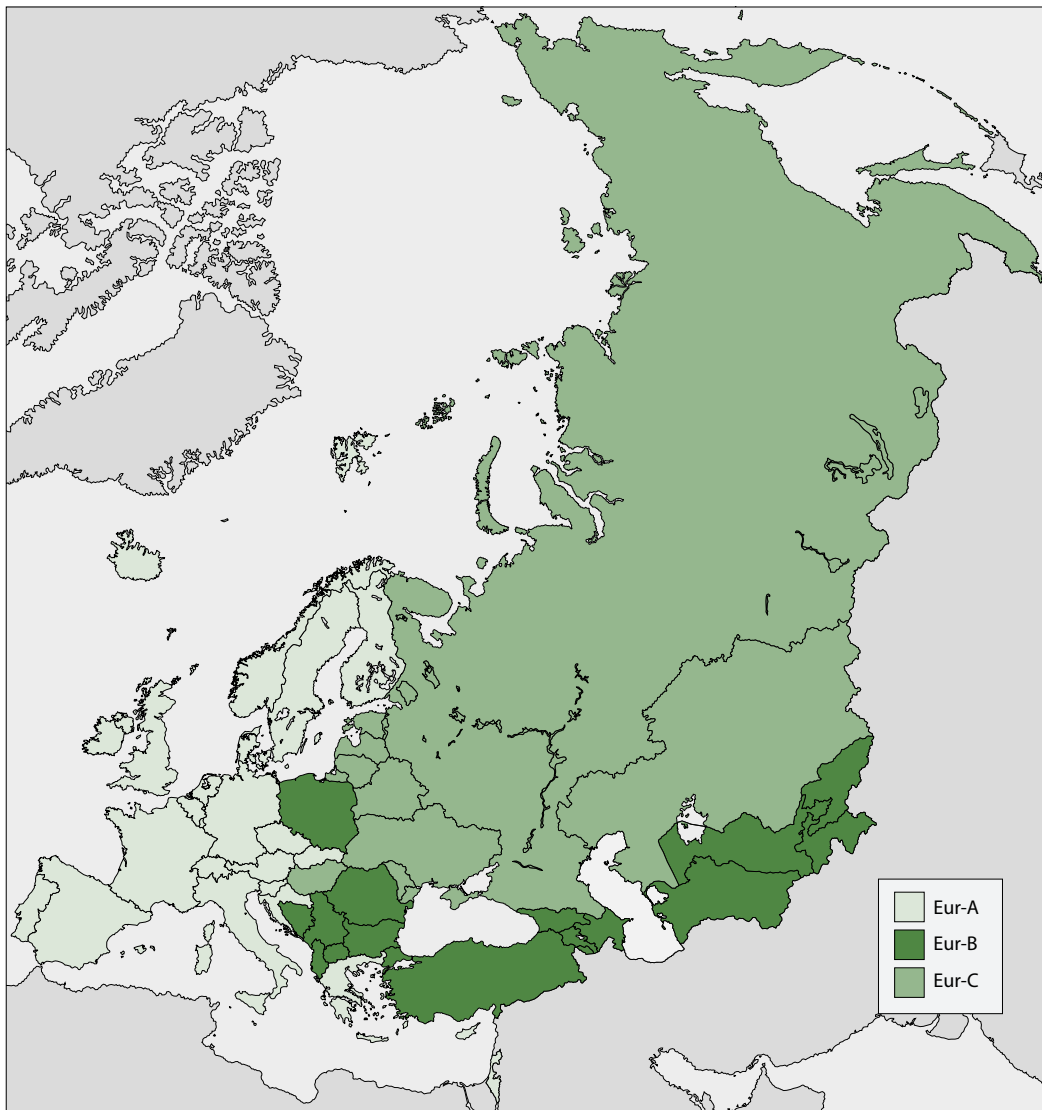


Figure 1.
Sous-régions
épidémiologiques
de la Région
européenne de
l'OMS : Eur-A, Eur-B
et Eur-C

Dans le *Rapport sur la santé en Europe 2002* (4), les pays ont été regroupés selon le critère traditionnel de l'appartenance à des entités telles que l'Union européenne (UE), les pays d'Europe centrale et orientale, et les nouveaux États indépendants issus de l'ex-URSS. Cette dernière entité regroupait les 15 pays qui ont accédé à l'indépendance à la suite de la dissolution de l'Union Soviétique, et incluait donc l'Estonie, la Lettonie et la Lituanie. Les pays d'Europe centrale et orientale étaient les 12 anciens pays à économie planifiée qui ne faisaient pas partie de l'URSS. Enfin, lorsque l'on mentionnait l'Europe occidentale, on faisait allusion aux 15 membres de l'UE et aux autres pays développés à économie de marché du continent. Cette classification qui, à l'époque, semblait déjà désuète, est encore moins pertinente aujourd'hui après l'adhésion à l'UE, en mai 2004, de 10 nouveaux pays (Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République tchèque, Slovaquie et Slovénie).

Si le *Rapport sur la santé en Europe 2005* procède parfois à des regroupements sur la base de critères géographiques d'ordre général, il répartit aussi les pays en trois groupes (Eur-A, Eur-B et Eur-C) en fonction des niveaux de mortalité (figure 1), afin de fournir une représentation

Sous-régions épidémiologiques de la Région européenne de l'OMS

Afin de faciliter l'analyse de la mortalité et de la charge de morbidité, l'OMS (1) a réparti ses États membres en cinq strates sur la base des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et des personnes de sexe masculin âgées de 15 à 59 ans. Les quintiles de la répartition de la mortalité des enfants (les deux sexes confondus) ont été utilisés pour regrouper les pays en fonction du niveau de mortalité, à savoir très faible (1^{er} quintile), faible (2^e et 3^e quintiles) et élevé (4^e et 5^e quintiles). Les groupes caractérisés par une mortalité des enfants faible et élevée ont ensuite fait l'objet d'une nouvelle répartition sur la base du niveau de mortalité chez l'adulte (en fonction de la courbe de régression de la mortalité chez l'adulte sur la mortalité des enfants). Il a ainsi été possible de définir les cinq strates de mortalité à l'échelle mondiale représentées dans la figure.

- A : mortalité très faible chez les enfants et les adultes
- B : mortalité faible chez les enfants et les adultes
- C : mortalité faible chez les enfants et élevée chez les adultes
- D : mortalité élevée chez les enfants et les adultes
- E : mortalité élevée chez les enfants et très élevée chez les adultes

Les États membres des six régions de l'OMS à travers le monde ont été répartis en 14 sous-régions épidémiologiques. La Région européenne de l'OMS a été

divisée en trois sous-régions appelées Eur-A, Eur-B et Eur-C.

1. Eur-A (27 pays caractérisés par des taux de mortalité très faibles chez les enfants comme chez les adultes) : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Saint-Marin, République tchèque, Slovaquie, Suède et Suisse ;
2. Eur-B (16 pays caractérisés par des taux de mortalité faibles chez les enfants comme chez les adultes) : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Kirghizistan, Ouzbékistan, Pologne, Roumanie, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Tadjikistan, Turkménistan et Turquie ; et
3. Eur-C (9 pays caractérisés par des taux de mortalité faibles chez les enfants et élevés chez les adultes) : Bélarus, Estonie, Fédération de Russie, Hongrie, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, République de Moldova et Ukraine.

Ces strates de mortalité ont été définies sur la base d'informations empiriques et d'estimations des taux de mortalité réalisées à partir d'une modélisation statistique. L'OMS a utilisé cette classification dans ses Rapports sur la santé dans le monde jusqu'en 2004 (2).

plus utile de la situation sanitaire de la Région (voir la note technique et le *Rapport sur la santé dans le monde 2004* (2)). Ce regroupement, utilisé pour la première fois au Siège de l'OMS, repose sur des données en provenance des pays et des estimations réalisées par l'OMS à partir d'une modélisation statistique.

L'utilisation de ces critères devrait compléter la méthode traditionnelle de regroupement des pays de la Région européenne sur la base de leur localisation géographique ou de leur appartenance à une structure internationale particulière. Bien que le regroupement des pays sur la base de critères géopolitiques puisse parfois s'avérer utile, il convient de l'équilibrer en recourant à un concept neutre, ce qui devrait faciliter l'évaluation de la situation sanitaire réelle.

Références

1. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/fr/index.html>, consulté le 23 mai 2005).
2. *Rapport sur la santé dans le monde 2004 – changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/fr/>, consulté le 23 mai 2005).
3. Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54, consulté le 27 avril 2005).
4. *Rapport sur la santé en Europe 2002*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/europeanhealthreport?language=French>, consulté le 23 mai 2005).

DEUXIÈME PARTIE

LA SITUATION
SOUS L'ANGLE
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE

Synthèse

Cette partie du rapport dresse la cartographie des écarts mesurés dans la Région en matière de santé, exprimés en AVCI. Celles-ci sont des estimations statistiques de la moyenne actuelle d'années de vie non réalisées en bonne santé pour la population d'un pays par rapport à une norme raisonnablement réalisable (voir la note technique plus loin).

Les AVCI peuvent servir à deux fins : on peut les employer pour estimer la charge de morbidité actuelle résultant de causes d'un mauvais état de santé telles que les maladies et les traumatismes, et les imputer à des facteurs de risque évitables ou à des causes au sens étiologique du terme, afin d'estimer la part de cette morbidité qui peut être évitée dans l'avenir. Grâce à ces indicateurs synthétiques des écarts existants, tous les états de santé susceptibles d'être diagnostiqués (y compris les décès) peuvent être classés dans une catégorie définie et inclus dans un bilan de la charge de morbidité globale d'une population. Ensuite, les éléments constitutifs de cette charge peuvent être classés par ordre d'importance ; ils peuvent faire l'objet d'une évaluation plus poussée pour déterminer dans quelle mesure on peut les éviter en limitant les dangers dus à certains comportements ou à l'environnement.

À partir de là, il est possible de déterminer les causes et facteurs de risque majeurs, et de les utiliser comme toile de fond des bases factuelles pertinentes sur la situation sanitaire : succès remportés, problèmes, considérations sur la politique menée et mesures prises. Cette toile de fond obtenue d'après les AVCI donne au rapport une logique simple mais solide. En effet, elle ne laisse aucun doute quant aux proportions réelles de l'écart de santé, étant donné que les listes de catégories employées sont exhaustives et ne se recouvrent pas. Cela aide le lecteur à conserver une vue d'ensemble et évite la subjectivité dans l'analyse épidémiologique.

En plus des AVCI, qui constituent une mesure récapitulative de la santé, le rapport se fonde essentiellement sur deux autres mesures de ce type : l'espérance de vie et ses corrélations avec la mortalité, et l'EVCS, qui est un indicateur de la qualité de durée d'existence moyenne actuelle. Combinées, ces mesures récapitulatives du niveau de santé et des écarts de santé constituent la solide charpente nécessaire à l'évaluation de l'état général de la santé publique dans la Région aujourd'hui.

Alors que la tendance à de faibles taux de fécondité et de mortalité prématurée se maintient dans la Région européenne de l'OMS, les différences s'intensifient tant à l'intérieur des pays qu'entre pays. Il y a non seulement l'écart d'espérance de vie entre l'est et l'ouest, mais aussi les disparités face à la mortalité en fonction de la situation socioéconomique, qui se sont accentuées dans de nombreux pays.

Heureusement, certaines mesures de santé publique, bien connues et réalisables, permettent de réduire le nombre d'années perdues à la suite de maladies et de décès prématurés. Grâce à des interventions visant les sept principaux facteurs de risque, il est possible de prévenir dans une large mesure les sept grands problèmes de santé. C'est là un argument de taille en faveur d'actions visant à réduire ces risques autant que possible.

La population de la Région européenne de l'OMS

La population totale des 52 pays de la Région européenne de l'OMS a été estimée à 879,6 millions de personnes en 2003 (voir également le tableau 1 de l'annexe). Les données

démographiques de cette section proviennent principalement de l'OMS (1), du Programme des Nations Unies pour le développement (2) et du Conseil de l'Europe. En général, les pays maintiennent le cap sur de faibles niveaux de fécondité et de mortalité prématurée. Le taux d'accroissement naturel de la population (l'excédent résultant de naissances plus nombreuses que les décès) diminue ; il est négatif ou à peine positif dans de nombreux pays, en particulier dans ceux de la moitié orientale de la Région, où ce déclin s'est souvent amorcé en 1990, voire plus tôt.

Les structures familiales accusent des changements radicaux. La tendance est à une baisse du nombre de mariages et à une augmentation des séparations et des cohabitations, parallèlement à une augmentation du nombre de naissances en dehors des liens du mariage. La baisse du taux de nuptialité s'accompagne d'une augmentation de l'âge au moment du premier mariage. Des changements dans la structure familiale peuvent avoir des répercussions sur la relation entre parents et enfants et, partant, affecter le bien-être et le développement de ces derniers. Pour assurer aux enfants un bon départ dans la vie, il est essentiel de continuer à étudier les effets de ces changements et de les comprendre, éventuellement en examinant, à un niveau plus général, les politiques et les législations ayant une incidence sur les familles (dispositions en matière de mariage, de divorce, de droit de garde, etc.).

Le taux de fécondité de la Région (nombre moyen d'enfants attendu d'une femme en âge de procréer) est en général inférieur au taux de renouvellement (2,1), sauf dans les républiques d'Asie centrale, en Israël et en Turquie. En outre, les femmes ont de plus en plus tendance à retarder leur première grossesse. Ceci augmente le risque d'anomalies congénitales et entraîne une diminution du nombre de familles comptant trois enfants ou plus. Les premières et deuxièmes naissances représentent une plus grande proportion du total.

Ces dernières décennies, la mortalité a fortement décliné dans la plupart des pays de la Région. Dans les pays de l'Eur-A, la population vit désormais plus longtemps, car la mortalité est nettement plus faible que dans la plupart des pays de l'Eur-B et de l'Eur-C.

Le recul de la fécondité et de la mortalité a fait augmenter la proportion de personnes âgées (65 ans et plus) : pratiquement tous les États membres enregistrent un vieillissement de leur population. Cette transition démographique devrait se poursuivre, et la proportion de personnes âgées par rapport à la population globale ira croissante. Étant donné qu'il naît moins d'enfants et que l'on vit plus longtemps, il y a lieu, plus que jamais, de veiller à aider les enfants non seulement à éviter la maladie, mais aussi à résister le mieux possible aux stress de la vie et à être capables de rester en bonne santé jusqu'à un âge très avancé.

Longévité et mortalité

Depuis 1990, l'espérance de vie a augmenté dans toute la Région. Les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes. Mais il y a lieu de se pencher sur les différences de plus en plus marquées entre les pays et l'accroissement inquiétant des décès prématurés chez les hommes dans les pays de la partie orientale, notamment les hommes d'âge mûr dans l'Eur-C.

Espérance de vie

L'espérance de vie moyenne est la mesure récapitulative standard de la durée de la vie. La moyenne de la Région est désormais de 74 ans, soit une augmentation d'un an depuis 1990. Les estimations de l'espérance de vie figurant dans cette section sont basées exclusivement sur les statistiques officielles des États membres. Elles peuvent présenter des différences par rapport

Tableau 1.
Espérance de vie
à la naissance
dans la Région
européenne de
l'OMS

Pays	Espérance de vie (années)		
	1990	1995	Derniers chiffres disponibles (année)
Albanie	72,6	74,9	75,8 (2003)
Allemagne	75,5	76,8	78,8 (2001)
Andorre	n.d. ^a	n.d.	n.d.
Arménie	72,1	73,0	73,1 (2003)
Autriche	76,0	77,1	78,9 (2003)
Azerbaïdjan	71,4	69,5	72,4 (2002)
Bélarus	71,3	68,6	68,5 (2003)
Belgique	76,3	77,1	77,6 (1997)
Bosnie-Herzégovine	72,9	n.d.	72,7 (1991)
Bulgarie	71,5	71,0	72,4 (2003)
Chypre	n.d.	n.d.	79,4 (2003)
Croatie	72,6	73,3	74,7 (2003)
Danemark	75,1	75,5	77,2 (2000)
Espagne	77,0	78,1	79,8 (2001)
Estonie	69,9	67,8	71,2 (2002)
ERY de Macédoine ^b	n.d.	72,2	73,5 (2003)
Fédération de Russie	69,3	64,7	64,9 (2003)
Finlande	75,1	76,8	78,7 (2003)
France	77,6	78,7	79,4 (2000)
Géorgie	73,0	70,4	76,1 (2001)
Grèce	77,2	77,8	79,0 (2001)
Hongrie	69,5	70,1	72,6 (2003)
Irlande	74,8	75,5	77,2 (2001)
Islande	78,2	78,0	80,9 (2001)
Israël	76,8	77,5	79,7 (2003)
Italie	77,2	78,4	80,3 (2001)
Kazakhstan	68,8	64,7	65,9 (2003)
Kirghizistan	68,8	65,5	67,9 (2003)
Lettonie	69,5	66,3	71,0 (2003)
Lituanie	71,6	69,2	72,2 (2003)
Luxembourg	75,5	77,4	78,9 (2003)
Malte	76,2	77,3	78,6 (2003)
Monaco	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	76,7	77,9	79,1 (2002)
Ouzbékistan	69,7	67,88	70,0 (2002)
Pays-Bas	77,2	77,7	78,8 (2003)
Pologne	71,0	72,0	74,7 (2002)
Portugal	74,1	75,3	77,3 (2002)
République de Moldova	68,6	65,9	68,1 (2003)
République tchèque	71,5	73,3	75,4 (2003)
Roumanie	69,8	69,4	71,0 (2002)
Royaume-Uni	75,9	76,78	78,5 (2002)
Saint-Marin	n.d.	79,9	82,3 (2000)
Serbie-et-Monténégro	n.d.	72,7	72,7 (2002)
Slovaquie	71,1	72,5	73,9 (2002)
Slovénie	74,1	74,9	76,5 (2003)
Suède	77,8	79,1	80,0 (2001)
Suisse	77,6	78,8	80,5 (2001)
Tadjikistan	70,0	68,0	72,0 (2001)
Turkménistan	66,6	65,24	66,1 (1998)
Turquie	66,2	68,0	70,0 (2003)
Ukraine	70,5	66,86	67,8 (2003)
Région européenne	73,1	72,5	74,0
Eur-A	76,3	77,4	79,0 (2003)
Eur-B	69,5	69,7	71,6 (2002)
Eur-C	69,6	65,6	66,3 (2003)

^a n.d. = non disponible

^b Ex-République yougoslave de Macédoine

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (3).

à celles du tableau 2 de l'annexe qui ont été calculées par l'OMS de façon à assurer leur comparabilité.

L'espérance de vie a regagné du terrain après les pertes du milieu des années 90, quoique plusieurs pays de la Communauté des États indépendants (CEI) éprouvent toujours des difficultés à se rétablir au niveau qui était le leur en 1990. Cependant, l'écart entre les pays et entre les sous-régions de l'Eur-A, de l'Eur-B et de l'Eur-C s'est creusé (tableau 1).

Des pays tels que la Hongrie, la Pologne et la République tchèque ont fait un grand pas en avant, mais d'autres ont connu des troubles au début des années 90 avec un net recul de l'espérance de vie. L'écart entre les pays où, selon les estimations, l'espérance de vie moyenne est la plus longue et ceux où elle est la plus courte s'est creusé, passant de quelque 12 ans en 1990 (Islande et Suède d'une part, Turquie et Turkménistan d'autre part) à 15 ans environ en 2003 (Islande et Suisse d'une part, Kazakhstan et Fédération de Russie d'autre part).

Dans de nombreux pays, l'espérance de vie moyenne des femmes dépasse maintenant 80 ans, notamment dans l'Eur-A (figure 2). Les chiffres les plus bas concernent les hommes de l'Eur-C. L'écart moyen entre l'espérance de vie des femmes et des hommes de la Région est de quelque 8 ans : 4 ans environ au Tadjikistan et en Islande, mais 13 ans dans la Fédération de Russie. En général, les différences entre hommes et femmes se sont réduites d'un pays à l'autre dans les années 90. L'écart est le moindre dans l'Eur-A, où il a fortement diminué, tandis que dans l'Eur-B, l'espérance de vie a plus augmenté pour les hommes que pour les femmes. Cependant, l'écart s'est

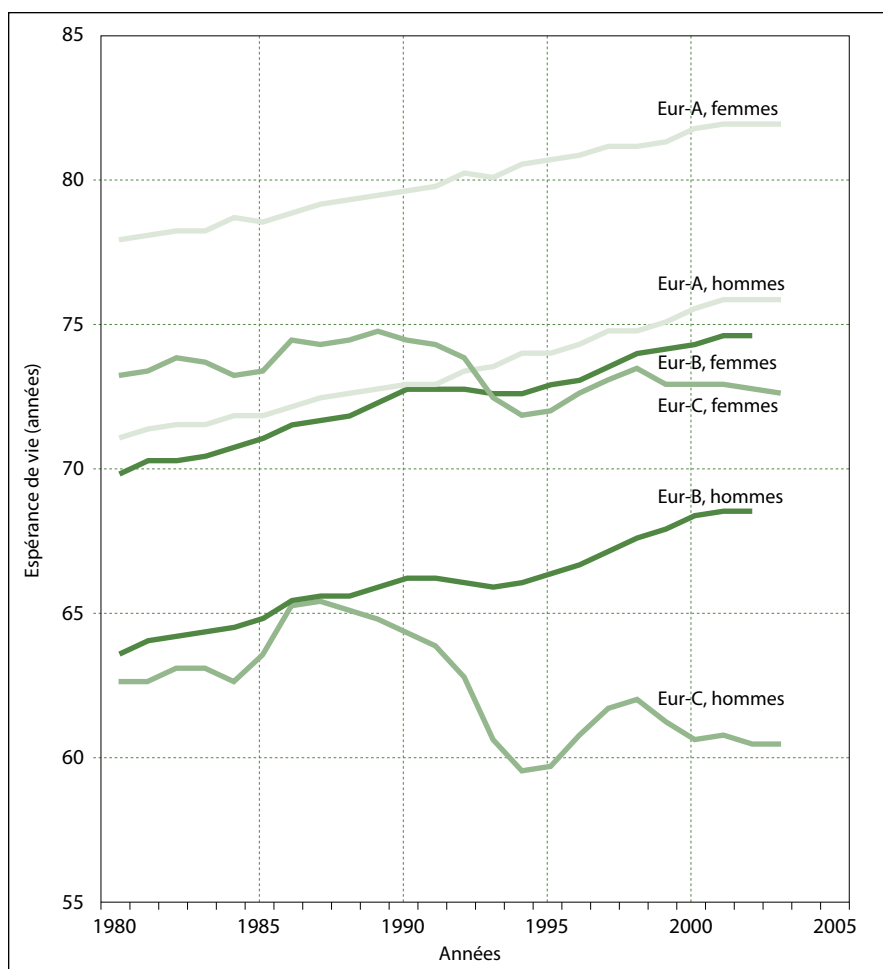


Figure 2. Espérance de vie à la naissance selon le sexe et le groupe de pays, 1980-2003

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (3).

encore marqué davantage dans l'Eur-C, où la mortalité masculine a augmenté dans plusieurs pays de la CEI.

Mortalité et facteurs socioéconomiques

Les crises de mortalité survenues dans plusieurs pays de la CEI se sont doublées d'une inégalité croissante dans les indicateurs socioéconomiques, du moins pour un temps (tableau 3 en annexe). Au début des années 90, la Fédération de Russie et l'Ukraine comptaient parmi les pays où l'inégalité des revenus (4) et la mortalité avaient le plus fortement augmenté chez les hommes d'âge mûr, quoique les études les plus récentes indiquent des améliorations. Pour ce qui est des pays de la partie orientale de la Région, il a été constaté que l'inégalité des revenus s'était relativement peu accentuée en Hongrie, en Pologne et en République tchèque où l'espérance de vie masculine à la naissance s'est accrue.

Les gradients socioéconomiques relatifs à la mortalité se sont également accentués dans beaucoup de pays d'Europe occidentale, comme la France, les pays nordiques et le Royaume-Uni (5).

Dans tous les pays et tous les groupes socioéconomiques de la Région, les bouleversements sociétaux ont laissé leur empreinte sur la santé des populations. Il est probable que dans de nombreux cas, les inégalités croissantes accusées par les pays en matière de santé résultent d'une évolution défavorable de la mortalité dans certains groupes socioéconomiques. En

général, les groupes défavorisés profitent plus tard de l'amélioration des déterminants de la santé. Ces groupes sont également les plus vulnérables face aux changements sociétaux inattendus. Cependant, de plus en plus de bases factuelles attestent que cette vulnérabilité est liée à l'évolution défavorable de la position de certains individus dans la société, qui instaure de longues périodes de stress psychosocial malsain. En l'absence d'une capacité personnelle à faire face et d'un soutien de la part de l'entourage social, il peut en résulter des comportements défavorables à la santé (6-9).

Mortalité évitable

L'analyse de la mortalité évitable – les décès qui pourraient être évités par l'exploitation optimale du savoir médical, des services et des ressources du système de santé et de la société – permet de déterminer la contribution spécifique des systèmes de santé au bilan sanitaire des individus. Les résultats pourraient indiquer dans quelle mesure le savoir disponible est mis en pratique. La question est double : quel rôle les systèmes de santé et les programmes de santé publique jouent-ils dans l'état de santé de la population ?

Le présent rapport traite du deuxième élément, car la mortalité évitable peut montrer l'influence de la prévention primaire et secondaire. La prévention primaire – les interventions visant à réduire l'exposition des individus aux facteurs de risque de maladies et de traumatismes qui sont liés au mode de vie et au travail – est censée limiter l'incidence et le caractère mortel des affections et traumatismes évitables. La prévention secondaire englobe le dépistage, la détection précoce des cas, le diagnostic et un traitement adéquat.

Le tableau 2 présente l'évolution de ces maladies et traumatismes (10) et des taux de mortalité au fil du temps dans les pays de la Région. Dans certains cas (mélanome de la peau, cancer du sein), les différences entre les pays sont minimales, mais pour d'autres (accidents vasculaires cérébraux, maladies du foie, cancer de l'utérus et traumatismes dus aux accidents de la route), elles sont considérables, ce qui signifie que des améliorations sont possibles.

La mortalité évitable est l'un des facteurs qui, à la longue, sous-tendent les écarts existant entre les pays en matière de mortalité. Une étude récente a démontré qu'entre 1980 et 1997, la mortalité évitable a reculé dans tous les pays qui constituaient l'Union européenne (UE) avant mai 2004 (11). Toutefois, les plus grandes variations entre pays portaient sur les problèmes de santé se prêtant le mieux à des stratégies de prévention. Par certains aspects, plusieurs pays s'écartaient nettement de la moyenne, et certaines grandes causes évitables présentaient des tendances relativement négatives.

De même, la mortalité évitable peut largement expliquer le fossé entre l'est et l'ouest en matière d'espérance de vie. Andreev et al. (12) ont comparé les courbes d'espérance de vie dans la Fédération de Russie et au Royaume-Uni, ainsi que leurs composantes liées à la mortalité évitable. Entre 1965 et 1999, la mortalité due à de telles causes est restée pratiquement inchangée dans la Fédération de Russie (sauf fluctuations), tandis que les taux ne cessaient de diminuer au Royaume-Uni. En 1999, les causes évitables étaient à l'origine d'écarts d'espérance de vie entre les deux pays : trois ans pour les hommes et deux ans pour les femmes.

Les différences entre les pays et les groupes de population révèlent l'effet que pourraient avoir les politiques visant à prévenir et à combattre les principaux facteurs de risque, tels que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le tabagisme, etc. Elles montrent aussi qu'aucun pays n'obtient systématiquement les meilleurs résultats pour tous les indicateurs. Mais chaque pays peut tirer parti de la comparaison avec les autres et profiter de leur savoir, pour autant que ce dernier soit correctement transmis et adapté aux besoins et ressources locaux.

Tableau 2. Mortalité évitable par la prévention primaire ou secondaire : nombre moyen de décès pour 100 000 habitants âgés de 0 à 64 ans, 1998–2002 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles

Pays	Mortalité évitable par la prévention primaire						Mortalité évitable par la prévention secondaire			
	Traumatismes résultant d'accidents de la route impliquant des véhicules à moteur ^a	Maladie cérébro-vasculaire	Affection hépatique chronique et cirrhose	du foie	Cancer : des voies respiratoires supérieures et tractus digestif	du poumon	Mélanome de la peau	du sein	Cancer : du col de l'utérus	d'autres parties de l'utérus
Albanie	6,0	20,9	0,0	4,7	1,3	13,3	0,4	7,4	1,0	3,3
Allemagne	8,8	8,3	13,6	1,7	6,3	17,8	1,1	17,3	2,5	1,3
Andorre	n.d. ^b	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Arménie	5,7	26,0	7,7	n.d.	2,1	19,3	0,7	20,4	4,5	4,3
Autriche	10,2	9,2	13,8	2,5	5,6	17,8	1,5	15,3	2,0	2,2
Azerbaïdjan	5,7	33,9	22,3	n.d.	4,5	12,6	0,4	11,2	2,0	3,9
Bélarus	16,2	58,3	11,0	n.d.	7,1	25,5	1,5	15,2	4,4	3,4
Belgique	15,2	9,1	8,2	1,6	6,2	25,6	n.d.	22,6	2,2	1,8
Bosnie-Herzégovine	n.d.	30,5	12,1	n.d.	3,4	27,4	n.d.	11,3	2,8	3,8
Bulgarie	10,0	45,7	12,0	4,3	4,1	22,8	0,7	14,2	6,1	4,3
Chypre	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Croatie	13,9	27,0	21,2	3,0	8,1	28,4	2,0	16,5	2,5	2,7
Danemark	9,1	10,9	12,7	1,6	5,4	23,7	n.d.	23,5	3,5	1,8
Espagne	13,9	8,0	7,5	2,8	5,9	20,0	0,9	13,8	1,8	1,6
Estonie	16,8	35,3	16,9	2,4	6,9	22,6	1,7	19,5	5,8	2,6
ERY de Macédoine ^c	6,8	38,7	5,4	3,6	2,4	22,8	1,7	17,8	3,8	5,2
Fédération de Russie	20,6	68,6	n.d.	n.d.	7,1	25,9	n.d.	17,5	5,0	3,6
Finlande	7,5	11,6	10,3	1,6	2,5	10,7	1,2	14,4	1,1	1,2
France	12,6	7,1	11,1	3,5	9,6	22,0	1,1	17,4	1,5	2,1
Géorgie	4,8	49,5	14,4	n.d.	2,2	12,7	0,5	16,4	4,0	5,1
Grèce	19,1	12,6	2,5	3,1	1,6	19,7	0,6	13,0	1,2	1,6
Hongrie	13,1	33,7	53,6	3,3	18,4	44,9	1,6	19,5	6,0	2,6
Irlande	10,4	9,7	3,6	1,2	5,0	14,8	1,1	22,2	3,3	1,0
Islande	8,4	6,2	1,4	1,1	2,1	18,1	0,7	12,3	2,4	1,7
Israël	9,6	8,2	2,7	1,2	1,4	11,2	1,5	20,0	1,6	1,7
Italie	12,0	7,7	7,4	4,2	3,6	17,1	1,2	15,8	0,7	2,4
Kazakhstan	11,4	68,4	21,8	n.d.	9,7	24,7	1,3	15,8	5,9	4,0
Kirghizistan	11,5	88,6	34,7	n.d.	4,9	11,2	0,7	9,9	6,4	2,6
Lettonie	25,3	43,3	11,5	2,1	6,1	23,6	1,4	17,5	5,1	3,8
Lituanie	21,7	24,7	15,7	1,8	8,6	22,3	1,5	17,7	9,1	2,9
Luxembourg	14,8	11,4	12,6	1,7	7,7	18,7	1,5	15,4	2,2	1,9
Malte	4,0	7,3	3,3	1,1	2,9	13,5	0,8	20,5	1,5	2,0
Monaco	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	7,2	7,1	3,9	0,6	2,7	15,2	2,5	15,2	3,0	1,3
Ouzbékistan	8,7	47,0	30,7	–	6,7	7,4	0,4	8,5	3,9	2,3
Pays-Bas	6,6	8,4	3,4	1,0	4,7	20,6	1,8	21,7	1,7	1,3
Pologne	18,4	23,1	9,3	2,9	5,7	34,3		15,4	7,5	2,8
Portugal	16,1	18,4	12,3	2,0	6,3	13,9	0,7	14,9	2,9	2,3
République de Moldova	13,4	67,0	62,8	5,0	7,7	20,9	1,0	18,0	7,4	3,7
République tchèque	11,2	16,3	13,5	3,4	6,4	27,1	1,6	14,9	4,6	3,0
Roumanie	12,5	51,1	35,1	4,3	7,0	26,7	0,9	15,7	12,2	3,1
Royaume-Uni	5,7	10,7	6,7	0,8	5,0	17,2	1,4	20,6	2,7	1,2
Saint-Marin	14,8	4,0	3,5	0,0	1,7	14,5	0,0	6,0	1,7	0,0
Serbie-et-Monténégro	8,4	39,3	6,6	3,5	4,4	26,6	1,3	19,2	6,3	3,2
Slovaquie	13,5	16,8	22,4	3,2	13,5	25,1	1,8	15,5	5,4	3,0
Slovénie	14,1	15,1	24,0	2,3	7,5	22,7	2,0	17,2	3,3	2,1
Suède	5,5	7,7	3,4	1,5	2,3	11,0	1,7	14,4	1,7	1,4
Suisse	6,7	4,7	5,8	2,1	5,0	15,1	1,5	15,8	1,2	1,1
Tadjikistan	7,3	32,1	19,4	n.d.	5,9	5,3	0,5	4,8	2,7	2,4
Turkménistan	9,5	39,9	28,2	n.d.	13,8	10,3	0,8	7,9	3,4	1,8
Turquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Ukraine	12,5	52,7	21,9	n.d.	7,7	24,0	1,8	19,1	6,0	4,0

^a Moyenne des décès pour 100 000, tous âges confondus

^b n.d. = non disponible

^c Ex-République yougoslave de Macédoine

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (3).

Gagner ou perdre des années de vie en bonne santé

Vu l'allongement de l'espérance de vie, il est de plus en plus important que les professionnels de santé publique disposent d'informations sur les problèmes sanitaires à issue non fatale et les taux de bonne santé. L'EVCS (espérance de vie en bonne santé) et les AVCI (années de vie corrigées du facteur invalidité) permettent cette analyse et révèlent qu'une amélioration du développement sanitaire se traduit par davantage d'années de vie en bonne santé et que les maladies non transmissibles constituent le plus grand défi auquel la Région est confrontée.

Les mesures récapitulatives de la santé d'une population réunissent des informations sur la mortalité et sur les issues non fatales d'états morbides, afin de représenter l'état de santé d'une population par un seul chiffre (voir note technique).

EVCS

La méthode employée pour estimer l'EVCS a été nettement affinée ces dernières années, imprimant ainsi un élan dans les pays : l'EVCS est de plus en plus souvent calculée aux niveaux national et sous-national. De plus – et cet aspect n'est pas moins important – les experts et autorités de santé publique ont commencé à demander des estimations de l'EVCS pour les aider dans l'élaboration de leurs politiques. Ils ont conscience que l'EVCS peut constituer un complément utile aux indicateurs de santé traditionnels. Par exemple, une analyse de l'EVCS dans la Fédération de Russie (13) a permis de dégager certaines tendances en ce qui concerne l'état de santé de différents groupes d'âge et par sexe. Celles-ci diffèrent de celles de la mortalité. Les experts de la santé publique du Royaume-Uni (14) se rendent compte que l'EVCS fournit de précieuses informations sur la morbidité et la consommation de soins de santé. Elle peut donc servir de complément aux analyses des besoins de la population en matière de santé et des manques d'équité dans ce domaine sur lesquelles repose l'allocation des ressources au niveau sous-national (15). L'EVCS est une mesure récapitulative commode de la santé d'une population, parce qu'il s'agit d'un indicateur facile à communiquer et que des informations exploitables peuvent être obtenues dans de nombreux pays de la Région par le biais de registres et d'études en population.

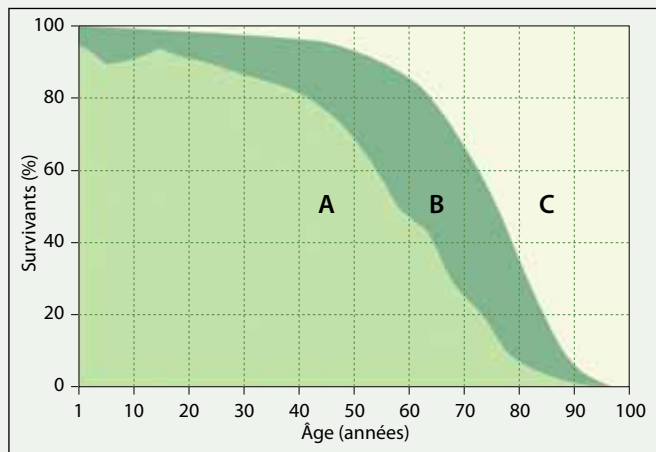
L'EVCS peut être utilisée pour répondre à deux questions stratégiquement importantes. L'accroissement de la longévité s'est-il accompagné d'une amélioration de l'état de santé ? Quelle est la durée de vie moyenne pendant laquelle les individus sont en bonne santé et quel est le pourcentage de temps passé en moins bonne santé ?

On peut répondre que l'accroissement général de l'espérance de vie s'est aussi traduit par une augmentation du nombre d'années de vie en bonne santé et que la proportion de l'existence durant laquelle la santé est moins bonne s'est réduite. Il s'agit là d'une amélioration capitale de la situation sanitaire. Néanmoins, les écarts de santé entre les populations sont plus importants au regard de l'EVCS qu'en ce qui concerne la seule estimation de l'espérance de vie. Étant donné que nombre de ces écarts trouvent leur origine dans des facteurs sociaux, il convient d'observer en permanence les effets des déterminants sociaux de la santé, en tenant compte à la fois de la mortalité et des issues non fatales d'états morbides. Cela est indispensable pour pouvoir évaluer et réformer en temps utile les systèmes et politiques de santé, ce qui devrait aider les individus à conserver la santé à un âge plus avancé.

En 2002, l'EVCS à la naissance dans la Région s'établissait entre 73,4 ans à Saint-Marin et 54,4 ans au Turkménistan (tableau 3). Pour les hommes, les valeurs maximale et minimale étaient de 72,1 en Islande et de 51,6 au Turkménistan ; pour les femmes, de 75,9 à Saint-Marin et de 56,4 au Tadjikistan.

Mesures récapitulatives de la santé d'une population

Ces mesures récapitulatives sont de deux types, selon qu'elles portent sur l'espérance ou les écarts de santé (16). Le premier type de mesure comprend, par exemple, l'EVCS, que l'on peut considérer comme le « volet crédit » de la santé ou le nombre d'années qu'un individu peut espérer vivre en bonne santé dans la situation actuelle. Quant aux écarts de santé, ils sont une estimation du temps de vie en bonne santé perdu en raison d'un décès prématuré ou d'une mauvaise santé, exprimés par exemple en AVCI : l'équivalent d'années de vie en bonne santé qui n'ont pas été vécues, ou « volet débit » de la santé.



Dans la figure :

Zone A = période de parfaite santé

Zone B = période de santé défailante, avec pondération selon la gravité

Zone C = durée de vie perdue pour cause de mortalité prématurée

Espérance de vie = A + B

Espérance de santé (EVCS, par exemple) = A + f(B)

Écarts de santé (AVCI, par exemple) = C + g(B)

où f est une fonction attribuant à des états de santé une pondération exprimée en années, 1 étant équivalent à une année de parfaite santé et g est la fonction inverse correspondante, sur une échelle où 1 est équivalent à une année de parfaite santé perdue pour cause de maladie, de traumatisme ou de décès.

Les mesures récapitulatives visent à combiner les informations sur la mortalité et les divers états de santé imparfaite pour produire une unité commune de santé. En principe, ces états sont innombrables et peuvent englober toute déviation par rapport à un état de santé parfait, des handicaps fonctionnels, etc. Ces états sont notamment appréciés par comparaison avec certains idéaux, normes ou objectifs, de sorte que ces mesures sont relatives. Des jugements de valeur et des choix entre plusieurs possibilités entrent également dans le cadre de l'évaluation. Les mesures récapitulatives peuvent, par exemple, servir à :

- comparer l'état de santé de deux populations ;
- suivre l'évolution de l'état de santé d'une population donnée ;
- déterminer les actions prioritaires de la politique de santé publique ;
- analyser les retombées positives des interventions en matière de santé publique.

L'une des qualités essentielles des mesures récapitulatives est qu'elles ont une dimension temporelle. Les mesures de l'espérance de santé font la synthèse des périodes correspondant à un niveau de santé différent. (L'espérance de vie classique résume seulement, en une mesure récapitulative de la durée de vie moyenne, la période vécue entre la naissance et la mort.) Naturellement, ces périodes s'additionnent pour constituer l'espérance de vie globale, mais il n'existe pas encore de ventilation de l'EVCS en périodes imputables à des pathologies ou à des facteurs de risque spécifiques.

Les mesures d'écart font la synthèse des périodes de vie en bonne santé perdues par rapport à une norme préférentielle, avec une appréciation des états de santé et le recours à d'autres valeurs telle qu'une pondération en fonction de l'âge et de l'équité. Les pertes peuvent être imputées à des maladies ou à des déterminants spécifiques de la santé.

L'OMS recourt à des mesures récapitulatives de la santé des populations pour offrir à ses États membres :

- des informations sur les niveaux de santé et les inégalités existantes à cet égard ;
- des informations sur les causes des problèmes sanitaires telles que les maladies, les traumatismes et les facteurs de risque ;
- des conseils sur les interventions d'un bon rapport coût-efficacité pouvant améliorer l'état de santé ;
- des analyses du degré d'efficacité des systèmes de santé.

Les mesures récapitulatives de la santé des populations sont de plus en plus utiles, car les États membres consentissent des investissements toujours plus importants dans la lutte contre les problèmes de santé publique. Ces mesures constituent une avancée majeure pour l'étude de la santé des populations, mais des progrès restent possibles. L'OMS a produit pour les experts de toutes les disciplines de la santé publique des instruments de référence essentiels concernant l'élaboration et l'emploi de mesures récapitulatives de la santé des populations (17,18).

**Tableau 3. EVCS
à la naissance
dans la Région
européenne de
l'OMS, 2002**

Pays	Femmes (années)			Hommes (années)			Estimation pour l'ensemble de la population (années)
	Estimation	Intervalle d'incertitude		Estimation	Intervalle d'incertitude		
Albanie	63,3	61,7	63,9	59,5	58,0	60,8	61,4
Allemagne	74,0	73,4	74,8	69,6	68,9	70,4	71,8
Andorre	74,6	73,7	75,5	69,8	68,5	70,7	72,2
Arménie	62,6	61,1	63,1	59,4	58,3	60,5	61,0
Autriche	73,5	72,9	74,3	69,3	68,6	70,0	71,4
Azerbaïdjan	58,7	57,0	59,4	55,8	54,5	57,2	57,2
Bélarus	64,9	63,6	65,5	56,6	55,7	57,5	60,7
Belgique	73,3	72,8	74,1	68,9	68,3	69,5	71,1
Bosnie-Herzégovine	66,4	64,7	67,2	62,3	60,8	63,9	64,3
Bulgarie	66,8	66,0	67,7	62,5	61,6	63,3	64,6
Chypre	68,5	67,1	70,0	66,7	65,9	67,5	67,6
Croatie	69,3	68,4	70,0	63,8	63,2	64,6	66,6
Danemark	71,1	70,6	71,8	68,6	68,0	69,1	69,8
Espagne	75,3	74,6	76,1	69,9	69,1	70,7	72,6
Estonie	69,0	67,5	70,5	59,2	58,6	59,8	64,1
ERY de Macédoine ^a	65,0	63,7	65,6	61,9	61,0	62,8	63,4
Fédération de Russie	64,3	63,6	65,4	52,8	51,9	54,0	58,6
Finlande	73,5	72,7	74,1	68,7	68,0	69,3	71,1
France	74,7	74,0	75,4	69,3	68,6	70,0	72,0
Géorgie	66,6	64,8	67,7	62,2	61,1	63,3	64,4
Grèce	72,9	72,3	73,8	69,1	68,4	69,7	71,0
Hongrie	68,2	67,6	69,0	61,5	60,9	62,2	64,9
Irlande	71,5	70,8	72,3	68,1	67,3	68,9	69,8
Islande	73,6	72,7	74,2	72,1	71,2	72,9	72,8
Israël	72,3	71,6	73,1	70,5	69,4	71,2	71,4
Italie	74,7	74,0	75,5	70,7	70,0	71,5	72,7
Kazakhstan	59,3	58,0	60,0	52,6	51,6	53,7	55,9
Kirghizistan	58,4	56,9	59,1	52,2	51,2	53,3	55,3
Lettonie	67,5	66,7	68,5	58,0	57,2	59,2	62,8
Lituanie	67,7	67,0	68,6	58,9	58,1	60,1	63,3
Luxembourg	73,7	73,1	74,7	69,3	68,6	69,9	71,5
Malte	72,3	71,4	73,4	69,7	68,9	70,5	71,0
Monaco	75,2	74,4	76,0	70,7	70,0	71,4	72,9
Norvège	73,6	72,8	74,4	70,4	69,5	71,3	72,0
Ouzbékistan	60,9	59,4	61,4	57,9	56,9	58,9	59,4
Pays-Bas	72,6	72,0	73,4	69,7	69,1	70,4	71,2
Pologne	68,5	67,9	69,2	63,1	62,4	63,8	65,8
Portugal	71,7	71,1	72,5	66,7	66,0	67,4	69,2
République de Moldova	62,4	61,2	62,9	57,2	56,2	58,2	59,8
République tchèque	70,9	70,2	71,7	65,9	65,2	66,5	68,4
Roumanie	65,2	64,3	66,3	61,0	59,9	62,1	63,1
Royaume-Uni	72,1	71,3	73,0	69,1	68,5	69,9	70,6
Saint-Marin	75,9	75,0	78,0	70,9	69,4	72,3	73,4
Serbie-et-Monténégro	64,9	63,7	65,3	62,7	62,0	63,5	63,8
Slovaquie	69,4	68,7	70,2	63,0	62,3	63,8	66,2
Slovénie	72,3	71,6	73,1	66,6	65,8	67,4	69,5
Suède	74,8	74,0	75,5	71,9	71,2	72,5	73,3
Suisse	75,3	74,5	76,0	71,1	70,3	71,8	73,2
Tadjikistan	56,4	54,5	57,6	53,1	51,7	55,0	54,7
Turkménistan	57,2	55,9	57,8	51,6	50,8	52,5	54,4
Turquie	62,8	61,7	64,0	61,2	60,3	62,2	62,0
Ukraine	63,6	62,8	64,7	54,9	54,1	55,9	59,2

^a Ex-République yougoslave de Macédoine

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2004 – changer le cours de l'histoire (19).

La part de l'existence vécue en moins bonne santé variait de 9,3 % (Allemagne) à 15,3 % (Kirghizistan) pour les femmes et de 7,8 % (Norvège) à 13,5 % (Kirghizistan) pour les hommes. Les pays bien classés pour l'espérance de vie, le niveau d'instruction et les dépenses de santé publique (en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) et des dépenses publiques totales) (tableau 2 de

l'annexe) perdaient moins d'années de vie en bonne santé, tant en chiffres absolus qu'en chiffres relatifs.

AVCI

En 2002, la population de la Région européenne de l'OMS a perdu un nombre total d'AVCI estimé à 150,3 millions, principalement pour trois groupes de causes :

- les maladies non transmissibles (77 % du total) ;
- les traumatismes et les intoxications (causes externes) (14 %) ;
- les maladies transmissibles (9 %).

L'essentiel de la charge de morbidité est donc dû à des maladies chroniques dégénératives. Il s'agit d'un groupe très vaste de maladies particulièrement diverses qui ont cependant en commun certaines caractéristiques. Les parts de la charge de morbidité attribuables aux traumatismes et aux maladies transmissibles sont beaucoup plus réduites.

Les dix principaux problèmes de santé sont généralement sélectionnés dans ces groupes. En effet, ils représentent un nombre de priorités gérable et une fraction importante et raisonnablement représentative de la charge de morbidité totale. Les dix principaux problèmes de santé pour l'ensemble de la Région sont responsables de 40,7 % du total des AVCI : il s'agit de neuf maladies non transmissibles et des traumatismes dus aux accidents de la route.

Heureusement, sept des principales causes d'AVCI sont évitables dans une large mesure, puisque leurs principaux facteurs de risque sont d'ordre comportemental. Il est en outre possible de les influencer en mettant en œuvre des interventions de santé publique bien connues et réalisables. Ces sept problèmes (tableau 4) sont à l'origine de 33,8 % du nombre total d'AVCI dans la Région. Les trois autres sont le déficit auditif (à l'âge adulte), les automutilations et l'arthrose. Leurs facteurs de risque sont multiples et moins bien compris, de sorte qu'il est actuellement plus difficile de les prévenir. Les sept principaux problèmes de santé résultent d'une exposition à des facteurs de risque multiples, connus et inconnus.

Les sept principaux facteurs de risque (tableau 5) sont à l'origine de la moitié des AVCI attribuables dans la Région. En outre, chaque facteur de risque est lié à deux ou plusieurs des sept principaux problèmes de santé ; inversement, il existe des liens entre chacun de ces problèmes de santé et deux ou plusieurs facteurs de risque (voir tableau 6), bien que ces liens n'aient pas été pleinement élucidés.

En raison de l'existence de ces liens, il existe d'importantes possibilités d'améliorer la santé des populations. Les politiques et interventions qui s'attaquent aux facteurs de risque favorisent plusieurs effets positifs sur la santé en raison de la multicausalité de nombreux problèmes sanitaires, des effets synergiques probables et des changements sociétaux généraux (voir ci-dessous).

Néanmoins, comme cela a été précisé, la structure basée sur les AVCI guide l'analyse réalisée dans ce rapport dans la mesure où elle permet de formuler un message fort sur les priorités à l'échelle de toute la Région. La section consacrée aux principales causes de la charge de morbidité porte sur les trois grands groupes de problèmes de santé répertoriés ci-dessus, y compris les sept principaux problèmes de santé. La section suivante présente des bases factuelles sur les sept principaux facteurs de risque, classés en fonction de la part des AVCI qui peut leur être imputée.

Tableau 4. Part de sept des principaux problèmes de santé dans la charge de morbidité en AVCI dans la Région européenne de l'OMS

Problèmes de santé	Nombre total d'AVCI (%)
1. Cardiopathie ischémique	10,5
2. Troubles dépressifs unipolaires	6,2
3. Maladies cérébrovasculaires	7,2
4. Troubles liés à la consommation d'alcool	3,1
5. Maladie pulmonaire chronique	2,3
6. Traumatismes résultant d'un accident de la route	2,4
7. Cancer du poumon	2,2
Total	33,8

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2004 – changer le cours de l'histoire (19).

Tableau 5. Part de sept des principaux facteurs de risque dans la charge de morbidité en AVCI dans la Région européenne de l'OMS, 2000

Facteurs de risque	Nombre total d'AVCI en 2000 (%)
A. Hypertension artérielle	12,8
B. Tabagisme	12,3
C. Consommation d'alcool	10,1
D. Hypercholestérolémie	8,7
E. Surcharge pondérale	7,8
F. Consommation insuffisante de fruits et de légumes	4,4
G. Manque d'activité physique (sédentarité)	3,5
Total	59,6

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2002 – réduire les risques et promouvoir une vie saine (20).

rapport. Ces estimations désagrégées sont classées d'après la proportion de décès et d'AVCI imputable à chaque cause et facteur de risque. Les dix causes et facteurs de risque principaux pour chaque pays de la Région sont présentés dans les tableaux 4 et 5 de l'annexe. Ceux-ci devraient contribuer à une meilleure compréhension de la situation sanitaire de chaque pays et groupe de pays, ainsi qu'à l'élaboration d'autres analyses, stratégies et programmes d'intervention.

Les estimations des facteurs de risque par pays se fondent sur les évaluations comparatives des risques effectuées pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2002* (20), mais avec des données actualisées par pays pour environ quatre des facteurs de risque en ce qui concerne la charge de morbidité et l'exposition à ces risques. Pour la plupart des facteurs de risque, ce sont soit les statistiques d'exposition moyenne par groupe de pays, soit l'ensemble des fractions attribuables en population par maladie et groupe de pays qui ont été exploitées pour chaque pays. L'exposition à l'alcool dans chaque pays, en particulier, est basée sur un ajustement préliminaire de la répartition sous-régionale de la consommation d'alcool, réalisée en s'appuyant sur des estimations par pays du nombre d'abstinents et de la consommation

Deux problématiques : les degrés de certitude et les interactions entre les facteurs de risque

Avant de pouvoir suivre ce schéma, cependant, il convient d'aborder deux autres questions.

Quoique les informations mentionnées plus haut soient fiables au niveau de la Région et des groupes de pays (Eur-A, Eur-B et Eur-C), les estimations sont moins sûres à l'échelle de chaque État, vu les déficiences des données actuellement disponibles à ce niveau et les hypothèses formulées pour la modélisation épidémiologique. Néanmoins, des estimations de la charge de morbidité et des estimations comparatives des risques attribuables ont été établies par pays pour le présent

Tableau 6. Contribution moyenne des sept principaux facteurs de risque à la charge de morbidité pour les sept principaux problèmes de santé des pays développés du monde entier

Problèmes de santé	Fractions attribuables en population pour chaque facteur (%)							
	A. Hypertension artérielle	B. Tabac	C. Alcool	D. Hypercholestérolémie	E. Surcharge pondérale et obésité	F. Consommation insuffisante de fruits et de légumes	G. Sédentarité	H. Autres facteurs connus
1. Cardiopathie ischémique	58	22	0,2	63	33	28	22	
2. Troubles dépressifs unipolaires			3					4
3. Maladies cérébrovasculaires	72	22	0	27	23	12	9	
4. Troubles liés à la consommation d'alcool			100					3
5. Maladie pulmonaire chronique		69						2
6. Traumatismes dus aux accidents de la route			38					8
7. Cancer du poumon		85				11		

Source : d'après Ezzi et al. (21).

apparente par personne. Ainsi, les estimations de la mortalité et de la charge de morbidité attribuables, quoiqu'elles reposent sur les meilleures informations actuellement disponibles, présentent souvent un moins haut degré de fiabilité au niveau national qu'au niveau de la Région, et pourraient être affinées grâce à de meilleures estimations de l'exposition pour chaque pays. Ezzati M et al. (18) ont publié les méthodes et données détaillées pour ces facteurs de risque.

De plus, il ne faut pas perdre de vue que les facteurs de risque et les problèmes de santé sont interdépendants. Les facteurs de risque sont à l'origine de différentes parts de la charge totale en AVCI. Selon un calcul purement arithmétique, la somme des AVCI imputables à chacun des facteurs de risque pris individuellement représente trois cinquièmes de l'ensemble des AVCI de la Région. Cela ne signifie pas que l'effet combiné de ces facteurs de risque sur la santé de la population représente trois cinquièmes de l'ensemble des AVCI. La proportion est moindre, car plusieurs maladies sont provoquées par plus d'un facteur de risque et chaque facteur de risque contribue à plusieurs problèmes de santé.

Techniquement, l'effet de chaque facteur de risque sur la santé de la population est mesuré en « fractions attribuables en population », exprimées en AVCI ou en décès. Il s'agit de la part de la charge de morbidité de la population qui serait éliminée si l'exposition actuelle au facteur de risque considéré était réduite au minimum réalisable. Le tableau 6 présente une estimation des fractions attribuables en population pour les sept principaux facteurs de risque. Celles-ci sont mises en corrélation avec la charge de morbidité en AVCI pour chacun des sept principaux problèmes de santé (sous forme de moyennes) pour les pays développés dans le monde. Les fractions attribuables en population pour deux ou plusieurs facteurs de risque peuvent être additionnées, constituant ainsi une fraction unique inférieure à la somme des composants. Ces fractions combinées doivent essentiellement être calculées pour estimer l'effet simultané de plusieurs facteurs de risque. L'OMS estime que la fraction combinée correspondant aux multiples facteurs de risque connus qui favorisent les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS représente quelque 41–42 % des AVCI et 54–57 % des décès

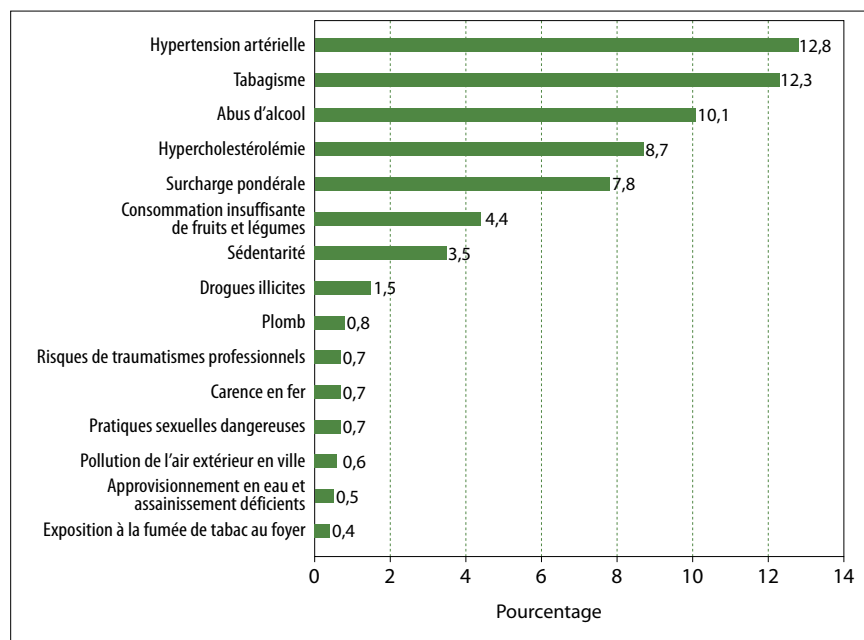


Figure 3. Pourcentage de l'ensemble des AVCI pouvant être attribué aux 15 principaux facteurs de risque connus dans la Région européenne de l'OMS, 2000

Source : données provenant du Rapport sur la santé dans le monde 2002 (20).

causés par ces maladies (18). La figure 3 reprend les 15 facteurs de risque connus aux conséquences les plus lourdes.

Comme les interventions ciblées sur les sept principaux facteurs de risque permettent de prévenir efficacement les sept principaux problèmes de santé, il est amplement justifié de mettre tout en œuvre afin d'exploiter les connaissances et stratégies disponibles en vue de réduire ces risques autant que possible. Les analyses récentes de l'OMS (21), plus précises, concluent qu'une lutte contre ces risques pourrait avoir des retombées positives plus importantes qu'on ne le supposait antérieurement.

Principales causes de la charge de morbidité

Après avoir passé en revue les interactions entre les principales causes et facteurs de risque impliqués dans la charge de morbidité, on examine ci-après les trois principaux types de problèmes de santé dans la Région. Le regroupement des problèmes de santé et l'ordre dans lequel ils seront abordés reposent sur les considérations suivantes.

1. Les maladies non transmissibles sont responsables de 77 % de la charge de morbidité exprimée en AVCI. En 2002, les années de vie perdues pour cause de mortalité prématurée (AVP) représentaient 39 % de la charge totale et les années vécues avec une invalidité (AVI), 38 %. Dès lors, les maladies non transmissibles constituent une priorité pour tous les pays. Elles se caractérisent par un long intervalle entre l'exposition au risque et leur manifestation, et requièrent généralement un contrôle médical et un traitement à vie. Toutefois, tant leur incidence que leur gravité peuvent être limitées en un laps de temps relativement court : des améliorations surviennent quelque 2 à 7 ans après l'élimination de l'exposition à un facteur de risque.

2. Les traumatismes concourent à 14 % des AVCI (10 % des AVP et 4 % des AVI), mais elles imposent aux jeunes une charge de morbidité élevée et ont des conséquences sociales graves. Elles pourraient en grande partie être évitées par des changements dans l'environnement physique et dans les normes dominantes de comportement et de coopération sociale (non-tolérance de la violence, solidarité, etc.).

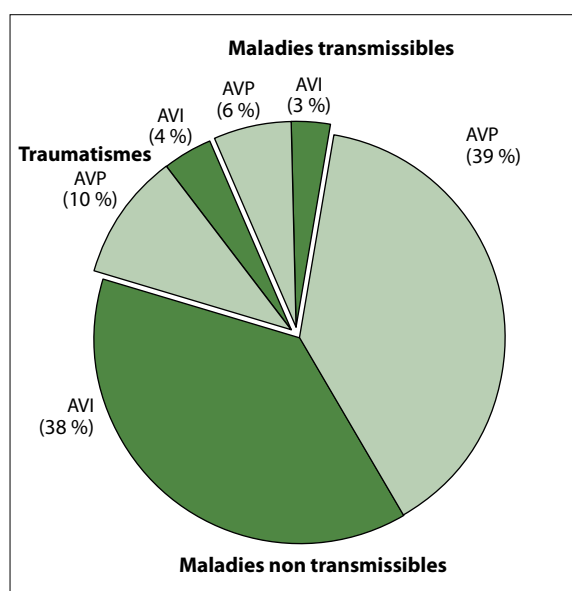
3. Les maladies transmissibles sont responsables de 9 % des AVCI (6 % des AVP et 3 % des AVI). Cependant, le laps de temps s'écoulant entre l'exposition au risque et l'apparition de la maladie est court, et les épidémies peuvent se propager très rapidement, mettant en danger la santé de populations importantes.

La figure 4 illustre la répartition de la charge de morbidité globale dans la Région européenne de l'OMS.

Les maladies non transmissibles sont responsables de 77 % de la charge de morbidité de la Région. Vu la longueur de l'intervalle entre l'exposition au risque et la manifestation de la maladie, elles requièrent une planification et un traitement à long terme. Quant aux traumatismes, quoiqu'ils représentent une proportion nettement moins importante de la morbidité, ils constituent un problème particulier chez les jeunes.

Les maladies transmissibles sont celles qui touchent le moins de personnes, mais il faut s'attacher à enrayer leur propagation dans l'ensemble de la population de la Région. Pour ce qui est de la pauvreté et du sous-financement des services, ils font peser sur certains pays une double charge de maladies transmissibles et non transmissibles.

Figure 4. Répartition de la charge de morbidité dans la Région européenne de l'OMS, 2002



Maladies non transmissibles

En 2002, les maladies non transmissibles ont provoqué 8,1 millions de décès (85,8 % du total des décès) et 115,3 millions d'AVCI (76,7 % de la charge de morbidité totale) dans la Région européenne de l'OMS.

Tableau 7. Décès (par millier) et charge de morbidité (en milliers d'AVCI) dus à des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS par cause et strate de mortalité, 2002

Groupe de causes	Eur-A		Eur-B		Eur-C		Région	
	Décès	AVCI	Décès	AVCI	Décès	AVCI	Décès	AVCI
Maladies cardiovasculaires	1 612	8 838	1 052	8 175	2 263	17 405	4 927	34 418
Troubles neuropsychiatriques	185	13 732	24	7 055	47	8 562	256	29 349
Cancer	1 038	8 549	291	3 289	504	5 322	1 833	17 160
Maladies digestives	182	2 414	76	1 900	131	3 082	389	7 396
Maladies respiratoires	220	3 406	72	1 547	112	1 782	404	6 735
Dysfonctionnements des organes sensoriels	0	2 465	0	1 589	0	2 167	0	6 221
Maladies de l'appareil musculosquelettique	20	2 197	2	1 513	4	1 924	26	5 634
Diabète sucré	92	1 105	29	566	21	522	142	2 193
Autres maladies non transmissibles	140	3 489	44	1 590	49	3 131	233	8 210
Total pour les maladies non transmissibles	3 489	45 091	1 590	27 441	3 131	42 807	8 210	115 339
Total pour l'ensemble des causes	3 920	51 725	1 865	37 697	3 779	60 900	9 564	150 322

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2004 – changer le cours de l'histoire (19).

Le tableau 7 représente les décès et AVCI provoqués par les principaux groupes de maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS en 2002 et révèle des différences de classement selon l'une ou l'autre de ces deux mesures. Du point de vue de la mortalité, les principales maladies non transmissibles de la Région étaient les maladies cardiovasculaires et le cancer, suivies par les groupes – nettement moins importants – des maladies respiratoires et digestives et des troubles neuropsychiatriques. Du point de vue des AVCI, cependant, les maladies cardiovasculaires gardaient leur position de tête, mais les troubles neuropsychiatriques se classaient avant le cancer.

Principales maladies non transmissibles

Sur sept principaux problèmes de santé (tableau 4), six sont imputables à des maladies non transmissibles : cardiopathies ischémiques, dépression, maladies cérébrovasculaires, troubles liés à la consommation d'alcool, maladies respiratoires chroniques et cancer du poumon. Étant donné que l'on ne dispose pas de statistiques sur l'évolution des AVCI au fil du temps, les grandes tendances de la charge de morbidité résultant de certaines maladies dans la Région sont déduites des tendances de la mortalité. Cependant, cette méthode n'a pas semblé appropriée dans le cas de la dépression et des troubles liés à la consommation d'alcool, pour lesquels la part des décès dans les AVCI est beaucoup plus réduite et moins révélatrice de l'évolution temporelle de la charge de morbidité globale. Pour ces deux dernières causes, une appréciation générale de la situation est fournie.

Depuis 1990, la mortalité due aux **cardiopathies ischémiques** a baissé dans l'Eur-A, mais augmenté dans l'Eur-B et l'Eur-C avec, toutefois, des fluctuations et différences considérables d'un pays à l'autre (tableau 8).

La **dépression** est l'une des grandes causes de décès et d'incapacité dans tous les pays. C'est le problème de santé mentale le plus fréquent, celui qui induit le plus de suicides ; elle a des effets négatifs considérables sur le fonctionnement et la qualité de la vie et impose un lourd fardeau financier. Son coût indirect pour la société dans son ensemble a été estimé à sept fois son coût direct. En Europe occidentale, la dépression majeure touche en permanence 5 à 10 % de la population. Comme les symptômes sont vagues, il est courant qu'elle soit sous-

diagnostiquée. Par exemple, elle n'est pas décelée chez quelque 50 % des personnes au niveau des soins primaires.

Parmi les pays de la Région européenne qui communiquent à l'OMS des informations sur le **suicide**, les pays d'Europe orientale sont ceux qui enregistrent les pourcentages les plus élevés, par exemple la Lituanie (40 pour 100 000 habitants), la Fédération de Russie (34 pour 100 000 habitants) et le Bélarus (33 pour 100 000 habitants). Néanmoins, la moyenne de l'Eur-A (31 pour 100 000) représente pratiquement le triple de celles de l'Eur-B et l'Eur-C (environ 11 pour 100 000).

Les taux de suicide ont tendance à grimper avec l'âge. Les taux moyens de la Région pour les personnes âgées de 75 ans et plus représentent environ le double de ceux de la tranche d'âge des 15–29 ans. Cette tendance vaut pour les deux sexes, mais les taux de suicide sont 3 à 4 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Il est manifeste que la dépression et les troubles neuropsychiatriques représentent une charge énorme, mais des améliorations considérables sont apportées à la politique et aux services (voir l'encadré qui suit).

Les **maladies cérébrovasculaires** sont en recul constant dans les pays de l'Eur-A (tableau 9). L'Eur-B a connu une augmentation au début des années 90, mais il y a eu une stabilisation ces dernières années et la tendance pourrait désormais être à la baisse. Dans l'Eur-C, les taux ont fortement augmenté au début des années 90, avec des fluctuations, et aucun renversement de la situation ne se dessine.

Les **troubles liés à la consommation d'alcool** sont repris dans le groupe des problèmes de santé d'ordre neuropsychiatrique. Ils recouvrent le fardeau direct provoqué par la dépendance à l'alcool et par une consommation nocive, généré par des pathologies telles que les psychoses alcooliques et le syndrome de dépendance, et les intoxications aiguës dues à un abus d'alcool. Ils n'englobent pas la charge de morbidité résultant d'autres maladies ou de traumatismes dans lesquels l'alcool est un facteur causal.

Selon l'analyse du *Rapport sur la santé dans le monde 2004* (19), la charge de morbidité imputable aux troubles liés à la consommation d'alcool était, en 2002, de 4,6 millions d'AVCI dans la Région européenne, soit 3,1 % du total. Ces troubles sont directement responsables de quelque 37 % de l'ensemble des AVCI imputables à l'alcool, mais le pourcentage est inférieur en ce qui concerne les décès, car ils entraînent une dégradation considérable, mais non létale, de la santé. Selon toutes les mesures, la charge est de 4 à 5 fois plus lourde chez les hommes que chez

Groupe de pays	Décès pour 100 000, 2002		Variation de 1990 à 2002 (%)
	Niveau moyen	Fourchettes des valeurs nationales (minimum-maximum)	
Eur-A			
Total	95,86	64–179	–27,9
Femmes	66,13	44–134	–26,4
Hommes	135,39	88–210	–29,6
Eur-B			
Total	249,12	108–424	9,4
Femmes	200,92	75–351	15,3
Hommes	310,88	142–515	3,9
Eur-C			
Total	418,15	222–592	29,6
Femmes	309,03	171–517	23,2
Hommes	590,24	293–718	32,1

Tableau 8.
Mortalité due aux cardiopathies ischémiques : niveau, fourchettes et tendances dans la Région européenne de l'OMS

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (3).

Groupe de pays	Décès pour 100 000, 2002		Variation de 1990 à 2002 (%)
	Niveau moyen	Fourchettes des valeurs nationales (minimum-maximum)	
Eur-A			
Total	61,15	54–145	–32,3
Femmes	55,71	49–126	–32,4
Hommes	68,05	60–173	–32,8
Eur-B			
Total	153,04	88–272	7,1
Femmes	139,62	73–247	6,7
Hommes	168,85	109–298	6,3
Eur-C			
Total	258,11	122–307	16,6
Femmes	227,12	112–270	12,6
Hommes	302,66	137–359	17,5

Tableau 9.
Mortalité due aux maladies cérébrovasculaires : niveau, fourchettes et tendances dans la Région européenne de l'OMS

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (3).

L'amélioration de la santé mentale dans l'ex-République yougoslave de Macédoine : de l'hôpital à un cadre de vie normal

En ex-République yougoslave de Macédoine, il était de tradition de considérer que les personnes souffrant de maladies mentales graves n'étaient pas en mesure de participer à la vie de la communauté. On les jugeait incapables de vivre de façon autonome, d'occuper un emploi et d'avoir une vie sociale. On croyait également qu'elles avaient besoin d'un traitement prolongé en hôpital psychiatrique.

Les réformes de l'an 2000 ont ouvert de nouvelles perspectives en matière de santé mentale. Les attitudes ont commencé à changer : les soins asilaires ont été délaissés au profit d'un traitement de proximité. Ces réformes étaient encouragées dans le cadre du projet de l'OMS sur la santé mentale (22), mené avec la participation du bureau de pays de l'OMS.

Ces changements ont permis la mise en place d'un autre type de service grâce à la transformation des grands hôpitaux psychiatriques. Des centres de santé mentale de proximité ont été créés dans quatre villes : deux à Skopje (la capitale) et trois autres respectivement à Tetovo, Prilep et Gevgelija. Pour la première fois, des appartements protégés ont été aménagés dans trois villes du pays pour permettre aux personnes souffrant de maladies de longue durée de vivre avec leurs voisins au sein de la société. L'ouverture d'une coopérative sociale (un service de blanchisserie et un salon de coiffure) a donné aux

personnes souffrant de maladies mentales la possibilité de travailler. Pour renforcer le rôle des utilisateurs de services, des travaux ont été entamés afin de lancer trois amicales et des organismes non gouvernementaux.

Un véritable engagement politique vis-à-vis des réformes nationales en matière de santé mentale est encouragé par la Commission nationale intersectorielle pour la protection de la santé mentale, créée en mai 2003 sous les auspices du ministre de la Santé. La politique nationale, le plan d'action opérationnel et la législation sur la santé mentale ont été finalisés ; la politique et la législation ont été présentées au gouvernement pour approbation.

Les nouveaux services de santé mentale ont amorcé des changements au sein de la société. La transformation du système de traitement a contribué à changer les mentalités à propos des soins de proximité. La création des services offrant d'autres solutions a déclenché un processus qui facilite des relations dynamiques entre différents groupes et institutions, suivi d'un processus de débat, d'accord et de désaccord, et finalement d'un consensus entre les différentes parties prenantes : les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, les utilisateurs des services, les familles, les institutions professionnelles et les organisations internationales. Il s'agit d'un long processus, et l'histoire n'est pas terminée.

les femmes. En ce qui concerne l'aspect invalidant de la charge de morbidité, cependant, les niveaux observés chez les hommes sont pratiquement identiques dans les trois groupes de pays et semblent être en baisse, tandis que ceux observés chez les femmes semblent être en hausse.

La mortalité due aux **maladies respiratoires chroniques** est en recul constant pour la Région dans sa globalité, de même que dans les pays de l'Eur-A et de l'Eur-B depuis 1990. Dans l'Eur-C, les taux de mortalité ont fortement augmenté pour atteindre un point culminant au début des années 90, mais sont ensuite revenus à des niveaux similaires à ceux des années antérieures à 1990 (tableau 10).

En 2003, le cancer était responsable d'environ 18 % des décès dans la Région. Depuis 1990, la tendance est à un recul général sur l'ensemble du continent. On observe le même phénomène pour la principale cause de mortalité, le **cancer du poumon**, responsable de 22 % des décès par cancer dans la Région. Néanmoins, la tendance générale à la baisse pour les décès par cancer du poumon était due à une diminution chez les

Tableau 10.
Mortalité due aux maladies respiratoires chroniques : niveau, fourchettes et tendances dans la Région européenne de l'OMS

Groupe de pays	Décès pour 100 000, 2002		Variation de 1990 à 2002 (%)
	Niveau moyen	Fourchettes des valeurs nationales (minimum-maximum)	
Eur-A			
Total	20,2	14-29	-24,2
Femmes	13,0	5-45	-12,6
Hommes	32,5	14-49	-31,4
Eur-B			
Total	26,4	7-95	-23,3
Femmes	17,7	6-82	-22,6
Hommes	39,3	9-164	-23,9
Eur-C			
Total	34,8	11-53	-12,1
Femmes	16,6	5-40	-28,6
Hommes	69,6	23-105	-6,7

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (3).

hommes, tandis que les décès ont augmenté chez les femmes de l'Eur-A et de l'Eur-B (tableau 11), une évolution largement imputable au tabagisme. Comme la prévalence du tabagisme chez les femmes reste élevée et augmente probablement en Europe orientale, il est probable que le cancer du poumon tuera davantage, à moins que les taux de sevrage tabagique ne s'améliorent rapidement.

Traumatismes

Les traumatismes, intentionnels ou non, continuent de poser un sérieux problème de santé publique, très sous-estimé et même négligé dans de nombreux pays. L'une des principales raisons du problème est, en fait, une ignorance assez grande de son ampleur et des interventions efficaces pouvant être menées pour le combattre (voir plus loin l'encadré).

Selon les estimations, les traumatismes auraient provoqué 21 millions d'AVCI dans la Région européenne de l'OMS en 2002 (tableau 12). Les traumatismes non intentionnels représentaient 14,5 millions d'AVCI (69 %), contre 6,5 millions (31 %) pour les traumatismes intentionnels.

Le classement des principales causes d'AVCI perdues en raison de traumatismes diffère d'un groupe de pays à l'autre. Les principales causes sont les suivantes :

- traumatismes dus aux accidents de la route, automutilations, chutes, violence et intoxications dans l'Eur-A et l'Eur-B, mais
- automutilations, violence, intoxications, traumatismes dus aux accidents de la route et chutes dans l'Eur-C.

L'augmentation de la violence et des intoxications dans l'Eur-C doit être considérée dans son contexte : les taux de traumatismes exprimés en AVCI sont cinq fois plus élevés dans l'Eur-C que dans l'Eur-A. Les niveaux de l'Eur-B représentent le double de ceux de l'Eur-A. Ce gradient important dans les comportements destructeurs et autodestructeurs ayant des effets sur la santé indique que les stratégies de prévention des traumatismes et de la violence

Groupe de pays	Décès pour 100 000, 2002		Variation de 1990 à 2002 (%)
	Niveau moyen	Fourchettes des valeurs nationales (minimum-maximum)	
Eur-A			
Total	37,06	23–47	–7,4
Femmes	16,39	6–30	21,0
Hommes	63,88	42–88	–16,1
Eur-B			
Total	31,67	10–53	–3,8
Femmes	11,29	4–20	13,7
Hommes	58,39	16–101	–6,7
Eur-C			
Total	36,23	24–63	–17,4
Femmes	9,28	5–32	–16,6
Hommes	79,16	46–112	–19,8

Tableau 11. Mortalité due au cancer du poumon : niveau, fourchettes et tendances dans la Région européenne de l'OMS

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (3).

Groupe de causes	Eur-A		Eur-B		Eur-C		Région	
	Décès	AVCI	Décès	AVCI	Décès	AVCI	Décès	AVCI
Traumatismes non intentionnels	137	3 042	76	3 123	321	8 317	534	14 482
Traumatismes dus aux accidents de la route	46	1 233	22	641	59	1 732	127	3 606
Intoxications	6	126	6	126	99	1 885	110	2 137
Chutes	47	615	9	481	24	939	80	2 035
Incendies	3	57	3	153	18	425	24	635
Noyades	4	74	6	167	28	649	38	890
Autres	32	937	31	1 556	94	2 686	156	5 179
Traumatismes intentionnels	53	1 039	33	935	170	4 489	257	6 463
Automutilations	48	890	23	532	92	1 969	164	3 391
Violence	4	134	8	255	61	1 912	73	2 301
Conflits armés	0	14	2	130	17	605	19	749
Total pour l'ensemble des causes	190	4 081	110	4 058	492	12 806	791	20 945
Total pour l'ensemble des causes (en pourcentages pour 1 000 personnes)	0,5	9,8	0,5	18,2	2,1	53,4	0,9	23,9

Tableau 12. Décès (en milliers) et charge de morbidité (en milliers d'AVCI) dus à des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS, par cause et strate de mortalité (2002)

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2004 – changer le cours de l'histoire (19).

sont plus nécessaires dans la partie orientale de la Région. Toutes ces stratégies devraient être adaptées aux caractéristiques de l'environnement physique et social, ainsi que du contexte culturel dans lequel s'inscrivent les comportements à risque.

En particulier, la part globale des AVCI dues à des traumatismes est pratiquement deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, quoiqu'il y ait des différences selon le type de traumatisme. Cette différence entre les sexes apparaît dès la petite enfance. Par conséquent, pour cibler correctement les mesures de prévention, les autorités doivent comprendre et considérer un certain nombre de facteurs : les caractéristiques inhérentes aux rôles joués par les deux sexes, les comportements à risque associés à ces rôles, de même que les facteurs de risque et éléments concourant à chaque situation et traumatisme dans le pays (par exemple, l'époque des faits, le type de famille ou la profession des personnes touchées, etc.). De plus, le nombre de décès et de handicaps est en rapport direct avec la pauvreté et les difficultés socioéconomiques. Si les tendances actuelles se maintiennent d'ici 2020, le nombre de traumatismes au niveau mondial devrait chuter de 30 % par rapport aux niveaux de 2000 dans les pays à haut revenu, mais augmenter de 80 % dans les pays pauvres (23).

Les **traumatismes dus aux accidents de la route** font partie des 10 principales causes de morbidité dans l'ensemble de la Région. En 2002, ces traumatismes représentaient 3,0 AVCI pour 1 000 habitants dans l'Eur-A, 2,9 pour 1 000 dans l'Eur-B et 7,2 pour 1 000 dans l'Eur-C. Comme indiqué, ceci laisse supposer que ces chiffres pourraient recouvrir des phénomènes et des facteurs de risque différents au niveau des pays, ce qui nécessite une analyse détaillée.

Les tendances de la mortalité générée par tous les types de traumatismes dus aux accidents de la route – qui sont probablement plus comparables dans l'ensemble de la Région – ont atteint leur niveau maximal vers 1990 dans tous les groupes de pays, mais ont été en baisse constante par la suite dans l'Eur-A et l'Eur-B. L'Eur-C a connu une diminution jusqu'en 1997, après quoi le nombre de décès a augmenté pendant six années consécutives, tout en restant en deçà des chiffres records de 30 pour 100 000 enregistrés en 1991. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la reprise économique n'est pas allée de pair avec une amélioration des infrastructures et un comportement plus responsable au volant, étant donné que la mise en œuvre des programmes de prévention n'a pas été complète. Il est plus fréquent que des piétons soient tués dans des accidents de la circulation dans l'Eur-B et l'Eur-C que dans l'Eur-A. La mortalité due aux traumatismes provoqués par des accidents de la route impliquant des véhicules à moteur suit une tendance similaire, passant de 25 pour 100 000 en 1991 à 16 pour 100 000 en 1997, avant de plus ou moins se stabiliser à 18 pour 100 000 (tableau 13).

Le coût économique des accidents de la route est élevé, lui aussi : dans certains pays occidentaux de la Région, il serait de quelque 2 % du PIB par an. Cependant, certaines mesures efficaces – telles que l'application de lois contre la conduite en état d'ivresse, l'obligation du port du casque pour les cyclistes et de la ceinture pour les occupants des véhicules à moteur – ne coûtent pas très cher.

Le succès enregistré par certains États membres dans leurs efforts à

Tableau 13.
Mortalité due aux traumatismes provoqués par des accidents de la route impliquant des véhicules à moteur : niveau, fourchettes et tendances dans la Région européenne de l'OMS

Groupe de pays	Décès pour 100 000, 2002		Variation de 1990 à 2002 (%)
	Niveau moyen	Fourchettes des valeurs nationales (minimum-maximum)	
Eur-A			
Total	9,9	4–19	–29,6
Femmes	4,64	1–8	–32,8
Hommes	15,38	7–22	–29,1
Eur-B			
Total	9,88	6–14	–47,8
Femmes	4,45	3–6	–42,2
Hommes	15,78	10–23	–49,2
Eur-C			
Total	17,92	12–23	–26,6
Femmes	8,7	6–10	–12,5
Hommes	28,45	20–38	–30,1

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (3).

réduire les traumatismes dus aux accidents de la route confirme à nouveau que la solution réside dans un engagement politique et des mesures généralisées (voir « Réussite exemplaire »). Le secteur de la santé devrait mettre à profit cette expérience pour reconsidérer, voire intensifier son rôle et ses responsabilités en tant que partenaire des autres secteurs concernés, comme ceux du transport, de la finance, de la justice et de l'environnement (24).

Maladies transmissibles

Les maladies transmissibles représentent 9 % de la charge de morbidité mesurée en AVCI. Un peu plus de la moitié de ce pourcentage est imputable à l'infection à VIH et à la tuberculose, mais cela ne devrait pas être le principal critère sur la base duquel il faut juger de leur importance pour la santé publique. Les maladies transmissibles restent prédominantes pour les raisons suivantes :

- taux de prévalence élevés pour la tuberculose et fréquence croissante de l'infection à VIH dans plusieurs pays, notamment de la CEI ;

Prévention des accidents de la route en Suède

Le projet suédois « Vision Zero » est un programme de sécurité routière élaboré à la fin des années 90 et basé sur quatre éléments : l'éthique, la responsabilité, une philosophie de la sécurité et la mise en place de mécanismes de changement. L'adoption de ce programme a été votée par le Parlement suédois en octobre 1997. Plusieurs pays ont suivi l'exemple depuis.

L'éthique

La vie humaine et la santé priment tout. Selon Vision Zero, il ne faut pas tolérer qu'à long terme, la vie et la santé soient sacrifiées pour préserver les avantages tirés du système de transport routier, tels que la mobilité. La mobilité et l'accessibilité sont donc des fonctions du système, et non vice versa, comme c'est souvent le cas aujourd'hui.

Responsabilité

Jusqu'il y a peu, c'était principalement l'usager de la route concerné qui était tenu pour responsable des accidents et traumatismes provoqués. Dans le cadre de Vision Zero, la responsabilité est partagée entre les usagers et ceux qui mettent le système à leur disposition. Les entités qui conçoivent le système et font respecter la réglementation (les entreprises qui construisent l'infrastructure routière, l'industrie automobile et la police) sont responsables de son bon fonctionnement. Parallèlement, il incombe à l'usager de la route de se plier à des règles, en observant les limitations de vitesse et en s'abstenant de conduire en état d'ivresse. Si les usagers négligent de se plier à ces règles, les concepteurs du système doivent réaménager ce dernier, y compris la réglementation.

Philosophie de la sécurité

Auparavant, la sécurité, tout comme les accidents et les traumatismes, relevait de la responsabilité de l'usager. Vision Zero adopte une perspec-

tive qui a été appliquée avec succès dans d'autres domaines. Ses deux postulats sont les suivants :

- tout le monde commet des erreurs ;
- il y a un stade critique au-delà duquel il n'est pas possible de survivre à un traumatisme et de s'en remettre.

Le système de transport routier doit pouvoir tenir compte des défaillances humaines et réagir aux erreurs de manière à éviter les décès et les traumatismes graves. Par contre, il convient d'accepter que des accidents, voire des traumatismes légers, puissent se produire.

Mise en place des mécanismes de changement

Pour changer le système, il faut agir sur les trois premiers éléments du programme. Les principales mesures prises en Suède sont les suivantes :

- fixation d'objectifs pour la sécurité de diverses composantes du système routier ;
- focalisation sur la protection offerte par les véhicules en cas de collision et promotion du programme d'information des consommateurs d'EuroNCAP (le programme européen d'évaluation du niveau de sécurité dans les nouvelles voitures) ;
- usage plus fréquent de la ceinture et montage de témoins sonores intelligents rappelant de boucler la ceinture dans les nouvelles voitures ;
- installation de barrières centrales de protection sur les routes de campagne à chaussée unique ;
- incitation des autorités locales à créer des zones où la vitesse est limitée à 30 km/h ;
- recours accru aux radars ;
- augmentation du nombre d'alcootests pratiqués au hasard ;
- promotion de la sécurité en tant que variable compétitive dans les contrats de transport routier.

Source : Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation (23).

- menace que continuent à faire peser d'autres maladies transmissibles, généralement susceptibles de provoquer des épidémies ;
- apparition de nouvelles maladies.

La Région européenne de l'OMS a fait état de 34 cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) dans 10 pays, ce qui montre que la mondialisation du commerce et des déplacements fait courir à la Région le risque d'importer à la fois des maladies émergentes et réémergentes. De nouveaux agents pathogènes continueront à se manifester ; ils peuvent rapidement constituer une menace pour la santé publique sur tous les continents. Le risque d'attaques terroristes faisant intervenir des agents biologiques s'ajoute à celui de la survenue naturelle des maladies transmissibles.

Parmi les facteurs qui accroissent les risques épidémiologiques et génèrent la double charge de morbidité supportée par certains pays, on compte la pauvreté et le sous-financement des services publics qui limitent l'accès de la population aux infrastructures d'assainissement et d'hygiène de base, à des aliments sains et à l'eau potable, ainsi qu'à des services de santé préventifs et curatifs.

Tous les États membres ont besoin de capacités à détecter, analyser et juguler la menace des maladies transmissibles. Ces dernières années, les systèmes de surveillance ont systématiquement été passés en revue. Les résultats peuvent être résumés comme suit.

Dans l'Eur-A, les systèmes de surveillance sont généralement bien développés et englobent des systèmes de notification complexes parfois basés sur l'Internet. En général, les systèmes d'alerte rapide sont bien développés. Vu les récentes politiques de décentralisation, cependant, les informations d'ordre épidémiologique ne sont pas toutes disponibles à temps aux niveaux national et international. Les systèmes de surveillance de la plupart des nouveaux États membres de l'UE représentent une combinaison de systèmes typiques soit de la CEI, soit des pays d'Europe occidentale. Ils sont bien conçus et se fondent sur des définitions de cas formulées au niveau international. Néanmoins, beaucoup de pays doivent actualiser leur législation nationale en matière de maladies transmissibles.

Dans l'Eur-B et l'Eur-C, le niveau de développement des systèmes de surveillance est très variable. Certains pays disposaient autrefois de systèmes bien développés, associant une surveillance des populations et une surveillance des déterminants environnementaux. Toutefois, la transformation des économies centralisées en économies de marché et les troubles civils ont désorganisé nombre de ces systèmes qui se sont pratiquement effondrés. Très peu de programmes de lutte contre les maladies transmissibles ayant le soutien de la communauté internationale ont conservé leur efficacité. Ce sont probablement les pays de la CEI qui ont le plus souffert de la transition, et leurs systèmes de surveillance sont presque entièrement dépourvus des infrastructures nécessaires. Là où des systèmes de surveillance sont en place, les services de santé locaux n'exploitent pas systématiquement les informations obtenues pour prendre des décisions et communiquent rarement leur réaction quant aux données et rapports collectés. En outre, plusieurs pays de la CEI disposent de capacités beaucoup trop réduites en matière de laboratoires.

VIH et sida

Le VIH/sida est en passe de devenir une grave menace pour la santé, la stabilité économique et le développement humain dans de nombreuses régions d'Europe (25). Selon les estimations de l'OMS et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA),

1,88 million de personnes vivaient avec le VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS à la fin de 2003, dont 1,3 million dans la CEI (26). On estimait que la prévalence du VIH chez les adultes était supérieure à 1 % dans trois pays, l'Estonie, la Fédération de Russie et l'Ukraine (26). Avec la Lettonie, ces trois pays enregistrent des taux de prévalence parmi les plus élevés du monde.

L'épidémie de VIH/sida dans la Région présente d'importantes différences d'un groupe de pays à l'autre. En Europe occidentale, les taux d'incidence record d'infection à VIH enregistrés en 1983 (chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) et en 1987/1988 (chez les toxicomanes par voie intraveineuse) ont fait place à une période de régression et de stabilité relatives. Malheureusement, on diagnostique à nouveau plus d'infections (27). Les infections par contact hétérosexuel ont sensiblement augmenté en 2002 et 2003, principalement en raison de cas diagnostiqués chez des hétérosexuels provenant de pays où l'épidémie est généralisée – surtout d'Afrique subsaharienne – qui ont probablement contracté l'infection là-bas (28). Parmi les pays d'Europe occidentale ayant connu de telles augmentations, on compte l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Irlande, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse (28). Les cas décelés chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes se sont également multipliés en 2002 et 2003 dans les pays d'Europe occidentale (28). L'introduction et l'administration à grande échelle de la thérapie antirétrovirale hautement active (« HAART ») dans ces pays ont fait chuter l'incidence du sida et le nombre de décès qui lui sont dus entre le milieu et la fin des années 90 (29), une tendance qui se poursuit quoiqu'il y ait eu un ralentissement perceptible après 1998. La multiplication récente des cas d'infections à VIH et de sida dans certains pays d'Europe occidentale suscite des préoccupations quant à la vulnérabilité des populations d'émigrés, à la fréquence accrue des comportements à risque chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, à la réapparition de comportements imprudents motivés par le fait que la maladie peut être soignée, au désengagement des gouvernements et au fléchissement des efforts de prévention.

Dans les pays d'Europe centrale et orientale, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH et de sida est resté relativement bas et n'a pas évolué ces dernières années. À la fin 2003, on dénombrait quelque 21 000 nouvelles infections à VIH dans cette région. Les trois quarts des cas sont localisés en Roumanie et en Pologne. Au cours de la même période, on a signalé 12 791 cas de sida et 5 869 décès dus à cette affection (27). Ces dix dernières années ont vu la stabilisation des nouveaux cas d'infection à VIH signalés et des décès dus au sida, alors que le nombre de cas de sida signalés a lentement diminué ces six dernières années. Dans certains pays, la fréquence élevée des comportements à risque, le niveau de connaissances médiocre et l'insuffisance des services de prévention et de traitement créent un terrain favorable pour des épidémies d'infections à VIH potentiellement dévastatrices (30).

Dans les États baltes et de nombreux pays de la CEI, plus de 80 % des cas d'infection à VIH signalés touchent des toxicomanes par voie intraveineuse (31). On a signalé de manière bien documentée des épidémies d'infection à VIH chez ce groupe de population au Bélarus, en Estonie, dans la Fédération de Russie, en Lettonie, en Lituanie, au Kazakhstan, en République de Moldova et en Ukraine. Dans la Fédération de Russie, les nouveaux cas d'infection au VIH ont doublé tous les 6 à 12 mois entre 1995 et 2001 (voir l'intervention menée au Tatarstan dans « Réussite exemplaire »). En outre, ces pays enregistrent le plus haut taux d'incidence de tuberculose et de tuberculose polypharmacorésistante de la Région. La co-infection tuberculose/VIH s'accompagne d'une augmentation de la morbidité et de la mortalité et favorise la propagation de la tuberculose dans la population en général. En 2000, la tuberculose

Programmes de prévention de l'infection à VIH et de réduction des risques en Fédération de Russie : le projet « Renouveau » en République du Tatarstan

Un nombre croissant de régions de la Fédération de Russie introduisent des programmes de lutte contre le VIH dans leurs stratégies de prévention des maladies, qui ciblent des pathologies problématiques pour la santé publique. Ceci démontre que les activités de prévention du VIH peuvent s'inscrire dans le cadre des infrastructures existantes, qui ne sont pas dépendantes d'un financement par des bailleurs de fonds.

Le projet « Renouveau » en est l'illustration. Après des débuts modestes avec un soutien financier extérieur dans la République de Tatarstan, en 1999, il a pris de l'importance pour devenir un programme de réduction des risques mis en œuvre dans neuf villes de la république, avec un financement sur le budget ordinaire. Très tôt, ce projet a reçu le soutien d'autres ministères que celui de la santé, en particulier du ministère de l'Intérieur. L'initiative vise spécifiquement les toxicomanes par voie intraveineuse, les travailleurs du sexe et les détenus. Elle comprend notamment des programmes d'échange d'aiguilles, des distributions de préservatifs, d'antiseptiques et d'autres

articles, des activités d'information, d'éducation et de prise de contact avec les groupes mal desservis, des tests VIH gratuits et anonymes, des dépistages et des traitements des infections transmises par voie sexuelle et d'autres consultations médicales. En 2004, le programme a été étendu au diagnostic et au traitement de la tuberculose, en ce compris un encadrement visant à garantir l'observance du traitement, y compris la dispensation de traitements de brève durée sous surveillance directe.

L'organisation et la mise en œuvre du projet ont été facilitées par une bonne compréhension des besoins et des conditions de vie des populations-cibles. Mais le point le plus important est que les services chargés de l'application de la loi ont changé d'attitude vis-à-vis de ces groupes extrêmement vulnérables, passant de la répression au soutien. En 2002, le programme de réduction des risques a été inscrit dans la législation par le gouvernement de la République de Tatarstan. Les pourcentages annuels de cas de VIH nouvellement enregistrés ont diminué d'un facteur de 1,9 en 2002 et de 1,6 en 2003.

aurait été à l'origine du décès de 35 % des adultes souffrant du sida dans la Fédération de Russie (32).

Paludisme

Le paludisme est globalement maîtrisé, mais le maintien et l'amélioration de la situation dépendent largement d'une volonté politique. Au cours de ces vingt dernières années, dix pays de la Région ont été touchés par cette maladie (33–37). Le nombre de cas de paludisme est passé de 8 884 en 1990 à 90 506 en 1995, avant de retomber à 37 170 en 1999. Les dernières statistiques disponibles (15 983 cas en 2003) indiquent que cette maladie poursuit son recul.

Les profondes mutations politiques et socioéconomiques et les mouvements de population qui en ont résulté, les grands projets d'aménagement du territoire et la quasi-interruption des activités de prévention et de contrôle de la maladie au début des années 90 ont permis au paludisme de faire sa réapparition dans les pays du Caucase et les républiques d'Asie centrale. L'ampleur exacte du problème n'est pas connue. À moins que les pays de la Région concernés et la communauté internationale ne consentent des efforts à long terme pour juguler le paludisme, les pays resteront confrontés à un risque de problèmes sanitaires toujours plus importants liés à cette maladie.

Tuberculose

La tuberculose est la maladie transmissible la plus fatale pour les jeunes adultes de la Région européenne (38–41). La plupart des personnes affectées sont âgées de 15 à 54 ans, avec un pic chez les sujets de 45 à 54 ans. Le taux est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. L'évolution de l'épidémie est comparable à celle du VIH/sida dans les pays africains

les plus touchés ; le nombre de nouveaux cas signalés dans la Région est passé de 231 608 en 1991 à 360 741 en 2003 (42).

La situation est critique dans tous les États baltes, dans la CEI et en Roumanie. Ces 16 pays enregistrent les quatre cinquièmes des cas notifiés dans la Région. Cependant, la tuberculose représente également un problème de santé publique dans d'autres pays où la morbidité due à cette maladie est moyenne ou faible. La baisse des taux de notification y a marqué un arrêt en raison de guerres, de conflits civils et de l'instabilité ou de l'apparition de groupes à haut risque chez les immigrés.

Les principaux facteurs favorisant l'épidémie sont la pauvreté, les formes polypharmaco-résistantes de la maladie, la co-infection avec le VIH et la propagation de la tuberculose parmi la population carcérale.

Les bases factuelles sur les moyens de lutte efficaces ne laissent planer aucun doute. En septembre 2002, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe (40), rappelant la résolution WHA53.1 (43) de l'Assemblée mondiale de la santé, qui reconnaît que la morbidité liée à la tuberculose dans le monde fait sérieusement obstacle au développement socioéconomique et est une cause importante de décès prématurés et de souffrances humaines, a recommandé les mesures suivantes :

- une accélération de la mise en œuvre de la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) afin d'atteindre les objectifs mondiaux en 2005 (dépistage de 70 % des cas infectieux de tuberculose et guérison de 85 % des cas dépistés) et de prévenir l'apparition de nouveaux cas de tuberculose polypharmacorésistante ;
- la mise en œuvre de la stratégie DOTS Plus pour juguler la tuberculose polypharmaco-résistante dans les pays enregistrant des taux élevés.

Les principaux obstacles à une mise en œuvre réussie de cette stratégie éprouvée sont le manque d'engagement politique dans certains pays, le manque de fonds et les carences des infrastructures de la santé publique.

Principaux facteurs de risque évitables

Comme cela a été mentionné, la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS est largement imputable à sept facteurs de risque seulement : hypertension artérielle, tabagisme, alcoolisme, hypercholestérolémie, surcharge pondérale, consommation insuffisante de fruits et de légumes et sédentarité. Dans chacun des trois groupes de pays, ces facteurs occupent le haut du classement pour les AVC qui leur sont imputables (tableau 5 de l'annexe).

Ils constituent aussi, dans la plupart des pays, les sept principaux facteurs de risque évitables. Deux exceptions sont à noter. Premièrement, l'emploi de drogues illicites fait partie des sept premiers facteurs de risque dans certains pays d'Europe occidentale, ce qui est principalement dû au fait que la consommation insuffisante de fruits et de légumes vient plus bas dans le classement. Deuxièmement, trois facteurs environnementaux particulièrement importants pour la santé des enfants figurent parmi les sept principaux facteurs de risque dans les républiques d'Asie centrale : approvisionnement en eau et assainissement déficients, fumée due à l'utilisation de combustibles solides et l'insuffisance pondérale des enfants et des mères.

Sept facteurs de risque seulement sont responsables de la majorité des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS : l'hypertension artérielle, le tabac, l'alcool, l'hypercholestérolémie, la surcharge pondérale, la consommation insuffisante de fruits et de légumes et la sédentarité.

Afin d'atténuer ces facteurs de risque, des mesures coordonnées, diversifiées, multisectorielles doivent être prises pour changer les comportements dans toute la Région.

Des stratégies efficaces

Encore une fois, les effets conjugués de tout groupe de facteurs de risque connus restent souvent en deçà de la somme de leurs effets pris séparément. Néanmoins, la nature multicausale des maladies non transmissibles donne souvent aux pays le choix entre différentes stratégies de prévention, d'après leur rapport coût-efficacité, ainsi que l'occasion de tirer largement parti d'interventions simultanées. Par exemple, l'OMS estime qu'un léger recul simultané de l'hypertension, de l'obésité, du cholestérol et du tabagisme dans toute la population diminuerait de plus de la moitié les taux d'incidence de maladies cardiovasculaires (voir « Réussite exemplaire »). La suppression des 20 principaux facteurs de risque dont le caractère largement évitable est connu aurait des retombées positives importantes sur le plan de l'EVCS : plus de 5 ans dans l'Eur-A, 8 ans dans l'Eur-B et 10 ans dans l'Eur-C. Ceci réduirait nettement les inégalités entre les pays.

Ces facteurs de risque très répandus ont des déterminants d'ordre économique, social, politique, comportemental et environnemental, et sont variables en fonction du sexe. En ce qui concerne les déterminants d'ordre comportemental, les aspects relatifs à la santé mentale sont capitaux. Il convient de tenir compte de tous ces déterminants et facteurs lors de l'élaboration de stratégies d'un bon rapport coût-efficacité pour prévenir et traiter les maladies non transmissibles.

Si la prévention primaire est une entreprise d'assez longue haleine, il est possible

d'enregistrer rapidement des progrès en soignant les personnes à haut risque, comme celles qui souffrent déjà de coronaropathies. Il convient de redoubler d'efforts pour faire en sorte que les personnes chez lesquelles un traitement médicamenteux serait bénéfique profitent de l'encadrement dont elles ont besoin. Des médicaments tels que les bêta-bloquants, l'aspirine et les hypolipémiants peuvent s'avérer extrêmement efficaces pour réduire les risques de morbidité et de mortalité cardiovasculaires.

Comme le montrent les développements ci-dessous, il est très important aussi d'appliquer une combinaison de mesures visant simultanément les populations et les sujets courant un risque élevé de contracter une maladie. Par exemple, deux types d'intervention ont été jugées positives dans le cas des maladies cardiovasculaires : actions menées auprès de la population pour réduire la consommation de sel, diminuer le taux de cholestérol et faire baisser l'indice de masse corporelle, parallèlement à une démarche fondée sur le risque absolu, axée sur les sujets à haut risque.

Aux paragraphes suivants sont présentées des données sur la prévalence des principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles dans la Région. La priorité devrait être accordée à la maîtrise des facteurs de risque pour lesquels on dispose de stratégies préventives efficaces. Les interventions devraient se situer tant au niveau de l'individu que de la population dans son ensemble. Les individus devraient être responsabilisés et encouragés à prendre

La prévention des maladies non transmissibles en Finlande

RÉUSSITE EXEMPLAIRE

Le projet de la Carélie du Nord, en Finlande, montre comment, sur une période de 25 ans, les facteurs de risque ciblés ont été influencés de manière radicale. Dans la population masculine de Carélie du Nord, le tabagisme a sensiblement reculé et les habitudes alimentaires ont été profondément modifiées. Dans cette région, la proportion de fumeurs parmi les hommes d'âge mûr est passée de 52 % en 1972 à 31 % en 1997.

Au début des années 70, la population consommait très rarement des légumes ou des produits à base d'huile végétale. Aujourd'hui, cette pratique est très courante. En 1972, quelque 90 % de la population de Carélie du Nord a indiqué qu'elle consommait principalement du beurre sur le pain. Le chiffre actuel est inférieur à 7 %. Ces changements diététiques ont abaissé de quelque 17 % le niveau moyen de cholestérol sérique dans cette région. L'hypertension a été bien maîtrisée et l'activité physique a pris une plus grande part dans les loisirs.

Les femmes ont modifié de façon similaire leurs habitudes alimentaires ainsi que leur niveau de cholestérol et de tension artérielle, mais le tabagisme a progressé quelque peu, quoique le niveau de départ était bas.

Ces changements dans les facteurs de risque se sont manifestés bien au-delà de la zone de référence initiale, jusqu'à se faire sentir de façon comparable dans toute la Finlande. Dans les années 80, la tendance était à la stabilisation en Carélie du Nord, mais des changements remarquables ont suivi, notamment sur le plan des régimes plus pauvres en cholestérol. Ceux-ci sont allés de pair avec une forte diminution des niveaux de cholestérol sérique.

En 1995, la mortalité annuelle imputable aux

coronaropathies chez les hommes d'âge mûr (adultes de moins de 65 ans) avait reculé de quelque 73 % par rapport au niveau des années antérieures au projet (1967-1971) en Carélie du Nord. Cette réduction a été particulièrement rapide dans les années 70 et dans la seconde moitié des années 80. Au cours des 10 dernières années, la mortalité due aux coronaropathies chez les hommes de Carélie du Nord a baissé de quelque 8 % par an. Le recul de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires chez les femmes a été de la même ampleur.

Après les années 80, ces changements positifs ont commencé à se faire sentir dans toute la Finlande. En 1995, la mortalité annuelle due aux coronaropathies chez les hommes de Finlande avait chuté de 65 %. Durant la même période, la mortalité par cancer du poumon a également décliné de plus de 70 % pour la Carélie du Nord et de près de 60 % pour l'ensemble du pays.

Vu la réduction spectaculaire de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et au cancer, la mortalité générale a diminué d'environ 45 %, améliorant également l'espérance de vie : environ 7 ans de plus pour les hommes et 6 ans pour les femmes. L'évolution favorable des facteurs de risque et des modes de vie est allée de pair avec une grande amélioration de l'état de santé général de la population. Une analyse distincte a démontré que la baisse de la mortalité due aux coronaropathies pouvait en grande partie s'expliquer par le recul des facteurs de risque ciblés, surtout la diminution des taux de cholestérol.

Source : Successful prevention of noncommunicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland (44).

des décisions positives, bénéfiques pour leur santé, par exemple par rapport aux risques découlant du tabac, de la consommation d'alcool, d'une alimentation peu saine et de rapports sexuels non protégés. Pour réduire la mortalité et les incapacités imputables aux maladies non transmissibles en luttant contre ces facteurs de risque, il faut recourir à une approche multisectorielle mobilisant l'énergie, les ressources et les compétences de toutes les parties intéressées. Il convient de trouver un équilibre entre les actions des pouvoirs publics, des collectivités et des individus, avec le soutien des organismes non gouvernementaux, des médias, etc.

En mai 2004, l'Assemblée mondiale de la santé, par sa résolution WHA57.17 (45), a approuvé la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (46). Celle-ci encourage les pouvoirs publics à développer les structures et processus traitant déjà de certains aspects des régimes alimentaires, de la nutrition et de l'activité physique, et à mettre en place des mécanismes nationaux de coordination portant sur ces questions dans le contexte d'un plan global de prévention des maladies non transmissibles et de promotion de la santé. La résolution WHA57.17 considère que le secteur privé détient une part de la solution, et recommande une action conjointe avec l'industrie alimentaire (45). Les consommateurs demandent des informations claires et précises en vue de pouvoir opérer des choix éclairés. De nombreux pouvoirs publics sont en train de revoir leurs réglementations sur l'étiquetage nutritionnel et les allégations relatives à la santé, car ils ont conscience que les affirmations fondées sur des preuves scientifiques peuvent contribuer à promouvoir les choix sains.

C'est au ministère de la Santé qu'il appartient de coordonner et de faciliter la participation d'autres ministères et organismes gouvernementaux aux stratégies nationales en matière de santé. Ces autres intervenants sont notamment les ministères et institutions gouvernementales responsables des politiques de l'alimentation, de l'agriculture, de la jeunesse, des loisirs, des sports, de l'enseignement, du commerce et de l'industrie, des finances, des transports, des médias et de la communication, des affaires sociales, ainsi que de la planification environnementale et de l'urbanisme (46).

Il y a peu de données épidémiologiques vérifiées et comparables sur ces questions. Les pouvoirs publics sont vivement encouragés à soutenir la collecte de données relatives aux facteurs de risque à différentes époques et auprès de différents groupes de population. Dans l'ensemble, les taux de prévalence semblent diminuer lentement, comme l'étaient les données du projet MONICA (suivi supranational des tendances et déterminants relatifs aux maladies cardiovasculaires), qui portent sur un champ d'étude limité mais n'en demeurent pas moins l'une des sources les plus uniformes d'informations de ce type (47,48). Moyennant quelques ajouts, la situation peut être présentée comme suit.

Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle, ou tension artérielle élevée, est l'une des principales causes évitables de décès prématuré. Les personnes souffrant d'hypertension sont exposées à un risque considérablement plus élevé d'accident vasculaire cérébral, de cardiopathie ischémique, d'autres maladies cardiaques et d'insuffisance rénale. Ce risque, pour sa part, est également lié à une alimentation non équilibrée (notamment, une absorption de sel en trop grandes quantités), une activité physique insuffisante (sédentarité), une surcharge pondérale et une consommation d'alcool néfaste pour la santé. L'hypertension artérielle affecte les nations riches comme les nations pauvres. Dans la plupart des pays, le pourcentage de la population

adulte souffrant d'hypertension atteint 30 % selon les estimations, et 50 à 60 % des autres sujets adultes pourraient réduire leur tension artérielle et jouir, par conséquent, d'une meilleure santé en accroissant leur activité physique, en surveillant leur poids et en consommant davantage de fruits et de légumes (49).

L'hypertension artérielle constitue le principal facteur de risque en termes d'AVCI attribuables (12,8 % du nombre total d'AVCI) dans la Région européenne, bien que ce dernier soit largement sous-estimé et ses conséquences souvent ignorées. Le projet MONICA met en lumière les énormes différences existant entre les populations, mais un nombre bien plus élevé de populations connaissent une diminution de leur tension artérielle que le cas inverse. Les pays devraient collaborer afin de créer des bases de données comparables et, par conséquent, de surveiller ce facteur ainsi que d'autres facteurs de risque importants.

Tabac

Le tabagisme est devenu la principale cause évitable de décès. La consommation de cigarettes constitue, en effet, le deuxième facteur de risque en importance dans la Région (concourant à 12,3 % du nombre total d'AVCI), un fléau qui continue à se répandre dans les pays les plus pauvres et auprès des groupes de populations socioéconomiquement défavorisés.

Bien que la prévalence actuelle ne soit que l'expression approximative d'une exposition antérieure au tabac, elle témoigne en général du stade de développement de l'épidémie de tabagisme dans une population donnée. Alors que le tabagisme accuse un recul en Europe occidentale, il ne cesse d'augmenter dans la moitié orientale de la Région (50).

La moitié des fumeurs décéderont à la suite d'une maladie liée au tabagisme. La morbidité ou les problèmes de santé causés par le tabac sont plus répandus. Comme la mortalité affecte surtout les individus d'âge mûr, la perte de revenus et les effets des maladies chroniques ont des conséquences particulièrement néfastes sur la qualité de la vie et le bien-être des familles des fumeurs. En outre, les taux de tabagisme sont les plus élevés chez les moins nantis qui souffrent plus que les riches des conséquences du tabac et disposent de moins de ressources pour les affronter.

Tous ces facteurs pris en compte, le tabagisme se traduit par une perte nette pour l'économie. En même temps, si les interventions de santé publique visant à réduire le tabagisme sont

Sevrage tabagique à Coventry (Royaume-Uni)

RÉUSSITE EXEMPLAIRE

Le service de sevrage tabagique de Coventry est l'un des plus performants d'Angleterre, dans la mesure où il a largement dépassé les objectifs fixés par le gouvernement au cours de ces quatre dernières années et aidé des milliers de personnes à se débarrasser de leur envie de fumer. Lorsque que le gouvernement a fait connaître ses objectifs en 2000, les responsables sanitaires de la ville espéraient aider entre 150 et 200 personnes chaque année.

Le Coventry Teaching Primary Care Trust, qui encadre les activités du service, s'est rendu compte qu'entre avril 2003 et mars 2004, 1 800 usagers de ce service avaient en fait arrêté de fumer après quatre semaines, et qu'environ 700 d'entre eux ne se laisseraient plus jamais tenter par la cigarette. Comme la moitié des fumeurs finissent par mourir

des suites du tabac, les experts de la santé estiment qu'environ 350 vies auront été ainsi sauvées.

Au cours de ces quatre dernières années, les objectifs de sevrage ont presque décuplé et le service à chaque année dépassé les quotas fixés. Les responsables de la santé déclarent qu'un sevrage définitif induit toute une gamme d'effets positifs, dont une économie quotidienne moyenne de 4,5 livres sterling (soit environ 6,5 euros ou 10 francs suisses) pour l'achat de cigarettes. Selon les estimations, le sevrage de ces 700 personnes l'an passé a déjà permis d'épargner 1 million de livres sterling (soit environ 1,5 million d'euros ou 2,2 millions de francs suisses), la majorité de cette somme étant ensuite injectée dans l'économie locale.

Sources : *Coventry Evening Telegraph* (51) et Coventry Teaching Primary Care Trust (52).

Évaluation scientifique de facteurs-clés à l'adresse des décideurs : le tabac

Bien que les décès liés au tabagisme augmentent dans le monde, en certains endroits les politiques menées ont permis de réduire la consommation de tabac. Des millions de personnes de la Région européenne de l'OMS pourraient éviter des maladies et un décès prématuré si des politiques efficaces étaient adoptées.

Les augmentations de prix des produits à base de tabac représentent l'un des moyens les plus efficaces de réduire la consommation de cigarettes. En effet, une augmentation de 10 % des prix se traduit, à court terme, par une diminution de 2,5 à 5 % du tabagisme. Cette baisse peut atteindre 10 % à long terme si les prix sont revus à la hausse pour tenir compte de l'inflation. Il semble également que la diminution du taux de tabagisme soit deux à trois fois supérieure chez les jeunes que chez les personnes plus âgées. Des réactions d'une telle ampleur pourraient se traduire par une réduction de 500 000 à 2 millions de décès dus au tabagisme dans les pays à revenu élevé d'Europe occidentale, et de 600 000

à 1,8 million dans les pays plus pauvres d'Europe orientale. Certains gouvernements ont porté les taxes à 70–80 % du prix d'un paquet de cigarettes, ce qui a entraîné d'importantes réductions du tabagisme, bien qu'une majoration moindre de cette fiscalité ait également été efficace.

La crainte la plus fréquente en matière d'augmentation du prix du tabac est que :

- les recettes fiscales diminuent et qu'il se produise des pertes d'emploi en raison d'une régression de la consommation de tabac ;
- la contrebande augmente de façon spectaculaire ;
- une hausse de prix représente un fardeau disproportionné pour les fumeurs à faible revenu.

Or, ces craintes sont dépourvues de fondement ou exagérées. Les avantages économiques et sanitaires des augmentations du prix du tabac sont plus importants que les inconvénients éventuels.

La principale recommandation que l'on peut adresser aux respon-

sables politiques est d'adopter des programmes de lutte contre le tabagisme comprenant un ensemble complet de mesures afin d'en maximiser l'impact, et notamment :

- des augmentations de prix régulières, proportionnelles à l'inflation ;
- des interdictions totales de la publicité pour les produits à base de tabac et de la promotion de ceux-ci ;
- des restrictions draconiennes concernant le tabagisme au travail et dans les lieux publics ;
- des campagnes d'information et de contre-publicité ;
- une amélioration des avertissements figurant sur les emballages des produits à base de tabac ; et
- une amélioration de l'accès aux thérapies de sevrage tabagique.

La mise en œuvre de mesures diversifiées peut en effet produire des effets synergiques, et il existe un consensus selon lequel une démarche globale peut le plus efficacement réduire la consommation de tabac.

Source : Réseau des bases factuelles en santé (53).

hautement rentables (voir « Réussite exemplaire » et les « Évaluation scientifique de facteurs-clés à l'adresse des décideurs »), on dispose de très peu de données comparables sur la prévalence tabagique. Les pays sont encouragés à collecter des données fiables, valides et comparables sur la consommation de tabac (notamment par sexe, catégorie d'âge et groupes de population socioéconomiques) afin de mieux orienter les interventions de santé publique et d'en effectuer un meilleur suivi.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), le premier traité de santé publique adopté dans le monde (54), est l'un des principaux instruments dont on dispose pour contrer l'épidémie de tabagisme. Le Pérou était le quarantième État membre de l'OMS à ratifier la Convention-cadre en novembre 2004, ce qui a permis son entrée en vigueur en février 2005. Parmi les 40 premiers pays signataires, 8 font partie de la Région européenne (Arménie, France, Hongrie, Islande, Malte, Norvège, Saint-Marin et Slovaquie). La Région dans son ensemble a joué un rôle particulièrement actif dans le processus de négociation de ce document qui a débuté en 2000. Parmi les objectifs à venir, nous mentionnerons la participation active d'autres gouvernements et l'application de la Convention-cadre.

Alcool

De toutes les régions de l'OMS, c'est la Région européenne qui connaît le plus haut niveau de consommation d'alcool. L'augmentation constante de la consommation d'alcool, qui a

Évaluation scientifique de facteurs-clés à l'adresse des décideurs : l'alcool

La manière la plus efficace de résoudre les problèmes inhérents à l'alcool au sein de la population est de mettre en œuvre des politiques diversifiées qui visent la majoration du prix des alcools, la réduction de la disponibilité des boissons alcoolisées et l'application de mesures de lutte contre l'ébriété au volant et la consommation d'alcool en dessous de l'âge légal.

Prix des alcools

De nombreuses preuves scientifiques démontrent qu'une majoration du prix des boissons alcoolisées en réduit la consommation et limite les problèmes qui en découlent. Dans la plupart des pays, et en particulier ceux pratiquant une fiscalité plus légère sur les alcools, l'accroissement de cette fiscalité a permis non seulement d'augmenter les recettes de l'État, mais aussi de diminuer les dépenses publiques liées aux effets néfastes de l'alcoolisme. L'impact de ces hausses de prix, tout comme les effets des autres mesures visant à lutter contre l'alcoolisme, varie d'un pays à l'autre et dépend de divers facteurs tels que les habitudes locales en matière

de production et de consommation d'alcool et l'appui du public quant à l'application plus stricte des mesures antialcooliques. Néanmoins, comme cette démarche a un impact certain sur les effets de l'alcoolisme et est également peu onéreuse, on peut en déduire qu'elle est à la fois efficace et rentable.

Disponibilité

L'application plus stricte de la législation relative à la disponibilité des boissons alcoolisées, s'agissant notamment de l'âge légal d'achat, du monopole d'État de la vente d'alcool, des restrictions imposées sur les heures d'ouverture des points de vente et de la réglementation relative au nombre de points de distribution, constitue une intervention efficace.

L'alcool au volant

La plupart des mesures prises pour lutter contre l'alcool au volant, telles que l'établissement de postes de contrôle anti-ébriété, les alcootests aléatoires, l'abaissement du taux limite d'alcool dans le sang, la suspension du permis de conduire, l'instauration du

permis provisoire ou progressif pour les nouveaux conducteurs, ainsi que les interventions brèves à l'intention des conducteurs dangereux sont aussi particulièrement efficaces. Leur application et leur gestion peuvent être d'ailleurs assurées dans la plupart des pays à un coût modique.

Âge légal pour l'achat et la consommation d'alcool

Si la consommation d'alcool chez les jeunes est considérée comme un problème spécifiquement lié aux politiques prises en la matière, l'accroissement de l'âge légal pour l'achat ou la vente de boissons alcoolisées constitue la mesure la plus immédiate et la plus efficace. Plusieurs démarches pédagogiques ont été appliquées pour réduire la consommation d'alcool. Bien que de plus en plus populaires, leur efficacité n'a pas été très bien démontrée. De même, et d'après les résultats de la recherche actuelle, les campagnes publicitaires comme les mesures visant à les interdire n'ont qu'un impact limité sur la consommation.

Source : Réseau des bases factuelles en santé (59).

commencé dans les années 80, s'est arrêtée au milieu des années 90, et les niveaux sont restés inchangés depuis.

La tendance évolue clairement, dans l'ensemble de la Région, vers une harmonisation des taux de consommation autour de la moyenne. En tant que facteur de risque, la consommation d'alcool présente deux aspects : le volume moyen et les habitudes de consommation. Les données relatives à la consommation moyenne d'alcool cachent les importantes variations de niveaux et d'habitudes de consommation chez les individus. Les effets néfastes de l'alcool ne se limitent pas seulement à une minorité facilement repérable de gros buveurs ou buveurs à problème et de personnes atteintes d'addiction alcoolique. En effet, un grand nombre de consommateurs modérés ou occasionnels souffrent également de problèmes inhérents à l'alcool, notamment lorsque ceux-ci consomment des boissons alcoolisées pour s'enivrer.

Dans la Région européenne, si la consommation d'alcool produit des effets souvent perçus comme positifs, elle est à l'origine, selon les estimations, de 5,5 % de la mortalité totale et de 10,1 % du nombre total d'AVCI, soit bien plus que les pourcentages observés au niveau mondial et estimés à 3,2 % de la mortalité totale et à 4,0 % du nombre total d'AVCI (55-57). L'Eur-C est la région du monde qui connaît la plus haute charge de morbidité inhérente à l'alcool. Cette charge est beaucoup plus lourde chez les hommes que chez les femmes, et l'alcool constitue le premier facteur de risque de mortalité et de morbidité chez les jeunes.

La recherche met en évidence la relation de cause à effet existant entre la consommation d'alcool et plus de 60 types d'affections et de traumatismes. S'il est de plus en plus prouvé scientifiquement que l'alcool peut réduire les risques d'apparition de certaines maladies, plus particulièrement la cardiopathie ischémique, des analyses au niveau agrégé n'ont pu corroborer cette hypothèse. Contrairement à la plupart des autres facteurs de risque sévissant dans les pays développés, comme le tabagisme, l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie, les effets néfastes de l'alcool sur la santé surviennent relativement tôt dans la vie de l'individu. Les effets protecteurs contre les maladies cardiovasculaires, en revanche, se font potentiellement ressentir à un âge plus avancé. D'un point de vue de la santé publique, les politiques en matière d'alcool qui ne visent pas spécialement à réduire les effets néfastes de sa consommation peuvent avoir des conséquences graves non seulement sur l'ampleur des problèmes, mais aussi sur la répartition de la morbidité et de la mortalité entre les groupes d'âge (58).

Les dommages sanitaires et sociaux causés par l'alcool à la santé et à la société ne concernent pas seulement les consommateurs, et bien loin de là. Les politiques mises en place afin de réduire les effets nuisibles de l'alcool ne permettent pas seulement d'améliorer la santé des buveurs et de sauver des vies, elles peuvent aussi avoir des répercussions sur la santé et le bien-être de leur famille, des populations et de la société dans son ensemble (voir « Évaluation scientifique de facteurs-clés à l'adresse des décideurs »).

Hypercholestérolémie

Le cholestérol a un rôle important dans le fonctionnement de l'organisme. Il est en effet produit par le foie en quantité nécessaire et entre dans la composition des aliments, en particulier le jaune d'œuf, la viande, la volaille, le poisson, les crustacés ainsi que les produits à base de lait entier. En revanche, les fruits, les légumes et les céréales ne contiennent pas de cholestérol. Un taux de cholestérol élevé dans le sang est l'un des principaux facteurs favorisant l'athérosclérose, une maladie provoquée par l'accumulation de dépôts lipidiques sur la paroi interne des artères. L'une des principales conséquences en est l'accroissement des risques de maladies cardiovasculaires.

En 2000, l'hypercholestérolémie était la cause, selon les estimations, de 18 % des accidents vasculaires cérébraux (généralement sans issue fatale) et de 56 % des cardiopathies ischémiques dans le monde. Elle provoquait globalement environ 4,4 millions de décès (soit 7,9 % de la mortalité totale) et 40,4 millions d'AVCI (soit 2,8 % du nombre total) (20). Les pays de l'Eur-C concouraient à 18 % de cette charge mondiale. Dans la Région européenne, 8,7 % des AVCI étaient la conséquence de niveaux sous-optimaux de cholestérol. Dans la plupart des régions, la proportion de sujets féminins décédant des suites d'une hypercholestérolémie est légèrement supérieure à celle des hommes (60).

Il est utile d'adopter des stratégies à la fois populationnelles et individuelles afin de réduire les taux de cholestérol.

Les stratégies populationnelles tentent de diminuer les niveaux moyens de cholestérol dans le sang en encourageant les populations à réduire la consommation d'aliments contenant des matières grasses saturées et du cholestérol, à accroître leur activité physique et à surveiller leur poids. Les campagnes d'information sanitaires, exercées par les médias radiodiffusés et télévisés ainsi que la presse écrite, devraient susciter une diminution générale de 2 % du cholestérol total. En outre, les stratégies populationnelles sont particulièrement rentables. Leur impact total en termes de gain d'AVCI est, en revanche, assez restreint, mais il s'agit là d'une constatation émanant d'études scientifiques au suivi relativement limité dans le temps. Ces stratégies auront

probablement des effets plus marqués au bout de plusieurs générations car les changements culturels en matière d'habitudes alimentaires peuvent se renforcer eux-mêmes (60).

Les stratégies individuelles favorisent le dépistage, le traitement et l'éducation des personnes atteintes d'hypercholestérolémie et donc particulièrement vulnérables aux maladies cardiovasculaires. La combinaison d'un traitement hypocholestérolémiant, de quatre consultations annuelles auprès d'un médecin ou d'un soignant pour évaluer le taux de cholestérol ou de une ou deux consultations externes annuelles à des fins pédagogiques s'est avérée rentable (60). L'éducation des patients constitue une autre intervention efficace : une étude systématique menée à grande échelle a permis de démontrer que la dispensation de conseils aux patients pouvait améliorer leurs habitudes alimentaires, notamment en réduisant la consommation d'aliments contenant des acides gras saturés et des matières grasses en général, et en augmentant la consommation de fruits et de légumes. Le recours à des consultations plus intensives et les conseils prodigués aux patients particulièrement à risque ont en général induit des changements plus importants que les interventions moins intensives visant des populations à moindre risque (60).

À l'instar d'autres facteurs de risque analysés dans ce rapport, il est nécessaire d'adopter une démarche multisectorielle afin de susciter des changements durables au niveau de la population. Le processus devrait donner lieu à une collaboration entre la société et les autorités publiques, faire participer le secteur agricole et l'industrie alimentaire, et encourager les initiatives locales visant les écoles et les lieux de travail.

Surcharge pondérale et obésité

La surcharge pondérale concourt à environ 7,8 % du nombre total d'AVCI dans la Région européenne de l'OMS. Elle constitue un facteur de risque pour un certain nombre de

Évaluation scientifique de facteurs-clés à l'adresse des décideurs : l'obésité

Le développement de l'obésité est en grande partie conditionné par des facteurs génétiques. Une prédisposition héréditaire à l'obésité est un facteur largement répandu dans la population. Chez les individus génétiquement prédisposés, des facteurs liés au mode de vie (tels que régime et exercice physique) et les facteurs sociaux, comportementaux, culturels et résultant de l'appartenance à une communauté déterminent l'apparition ou non de l'obésité.

Malheureusement, on dispose d'informations limitées sur l'efficacité par rapport au coût des différentes méthodes de lutte contre l'obésité. Il est impossible de calculer le rapport coût-efficacité des méthodes de prévention à cause de la très grande diversité des résultats obtenus par l'application de mesures préventives.

Parmi les méthodes de traitement, le coût d'une perte de poids est relativement faible pour les conseils en alimentation, les thérapies comportementales, les produits de substitution alimentaire à faible teneur énergétique et les traitements chirurgicaux ; il est par contre beaucoup plus élevé pour le traitement pharmacologique.

Considérations concernant la politique à mener

Pour la plupart des programmes de prévention axés sur l'ensemble de la population ayant fait l'objet d'une évaluation scientifique, il n'a pas été observé d'effets favorables sur la prévalence de l'obésité. Toutefois, il existe des exemples de programmes, aussi bien chez les adultes que chez les enfants, qui ont abouti à des résultats positifs, au moins à court terme. Il est nécessaire d'élabo-

rer et d'évaluer des stratégies nouvelles de diffusion des connaissances sur les causes et les risques de l'obésité, de modifier les habitudes alimentaires et d'inciter les individus à faire plus d'exercice physique. Parallèlement, il est nécessaire de mettre en place des programmes et stratégies plus efficaces au niveau de la société en vue de réduire la prévalence de l'obésité.

Les risques liés à l'obésité peuvent être réduits par une perte de poids, quelles que soient les méthodes par lesquelles elle est obtenue. Même en l'absence de perte de poids, les risques liés à l'obésité peuvent être réduits par un accroissement de l'activité physique, par le sevrage tabagique et par une meilleure maîtrise du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'hyperlipidémie.

Source : Réseau des bases factuelles en santé (61).

maladies, dont le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies articulaires et le cancer. Globalement, et selon les estimations, l'excès de masse corporelle est à l'origine de 5 % de tous les cancers observés dans l'Union européenne. L'obésité affecte considérablement la qualité de la vie. Certains pays y consacrent jusqu'à 7 % de leur budget total des soins de santé.

L'épidémie mondiale d'obésité et de surcharge pondérale rend particulièrement difficiles les efforts de prévention des maladies non transmissibles (voir « Évaluation scientifique de facteurs-clés à l'adresse des décideurs »). Dans bon nombre de pays de la Région européenne, plus de la moitié de la population adulte a dépassé le seuil de surcharge pondérale, et 20 à 30 % d'adultes sont classés comme cliniquement obèses. À titre d'exemple, un sujet adulte sur cinq est obèse en Allemagne, en Finlande et au Royaume-Uni. Ces proportions sont encore plus grandes dans la moitié orientale de la Région. Si les tendances sont généralement à la hausse, les taux d'accroissement restent variables.

De plus amples informations sur les dernières politiques adoptées dans la Région figurent dans la section consacrée à la surcharge pondérale et l'obésité chez l'enfant, dans la troisième partie du présent rapport.

Consommation insuffisante de fruits et de légumes

La consommation de fruits et de légumes en quantité insuffisante est un important facteur de risque auquel peuvent être imputés 4,4 % des AVC de la Région. Les fruits et les légumes sont des composantes essentielles d'un régime alimentaire équilibré et peuvent contribuer à la prévention d'affections majeures telles que les maladies cardiovasculaires et les cancers gastro-intestinaux. Une consommation insuffisante est à l'origine, selon les estimations, d'environ 18 % des cancers gastro-intestinaux, d'environ 28 % des cardiopathies ischémiques et de 18 % des accidents vasculaires cérébraux en Europe.

La consommation accrue de fruits et de légumes peut se traduire par des gains sanitaires importants. Dans les 15 pays de l'UE avant l'élargissement de mai 2004 et dans 3 des nouveaux adhérents, on estime qu'un accroissement de la consommation moyenne et actuellement insuffisante de fruits et de légumes, de manière à ce qu'elle soit égale à celle des groupes de population en consommant le plus, permettrait d'éviter annuellement environ 23 000 décès imputables aux coronaropathies et aux principaux types de cancers chez les sujets de moins de 65 ans. En effet, le régime alimentaire est l'un des principaux déterminants modifiables des risques de cancer dans la grande majorité de la population de non-fumeurs.

L'OMS recommande une consommation journalière moyenne de 400 g de fruits et de légumes (49, 62, 63). Depuis 1995, les données disponibles indiquent que, dans la Région, cette consommation journalière moyenne oscillait entre un peu plus de 200 g au Royaume-Uni et en Autriche à environ 500 g en Grèce et en Finlande. Dans ce dernier pays, la consommation moyenne de fruits et de légumes a presque triplé en relativement peu de temps (voir « Réussite exemplaire » ci-dessus). Il existe généralement, à cet égard, un gradient nord-sud : les populations du sud d'Europe consomment davantage de fruits et de légumes.

Les habitudes de consommation alimentaire dépendent aussi de la richesse nationale (62,63). Ces habitudes évoluent au fil du temps et, au niveau des ménages, peuvent dépendre de l'accès à certains aliments et à leur disponibilité. L'évolution rapide des modes de vie, motivée par l'industrialisation, l'urbanisation, le développement économique et la mondialisation, a un impact significatif sur la nutrition des populations. Au niveau mondial, on dispose de données probantes faisant état d'un changement inquiétant de la nutrition : l'accroissement de la richesse nationale s'accompagne d'une modification des

habitudes alimentaires se traduisant par une consommation accrue de produits d'origine animale, de matières grasses et d'huiles aux dépens de la consommation de produits céréaliers et de légumes. Dans la Région européenne, les populations de certains pays comme la Grèce, le Portugal et l'Espagne semblent abandonner lentement leur régime alimentaire dit méditerranéen (riche en céréales, en fruits et en légumes) pour adopter un régime caractéristique des pays du nord de l'Europe, riche en viande et en produits laitiers. En même temps, les populations de la CEI voient leurs habitudes alimentaires se modifier rapidement sous l'effet des bouleversements sociaux et technologiques et, par conséquent, de l'évolution de l'approvisionnement alimentaire.

Les politiques de santé publique devraient par conséquent occasionner des changements positifs dans le contexte même de l'adoption de nouvelles habitudes nutritionnelles. Elles doivent susciter, auprès des populations, le désir de manger équilibré tout en rendant les aliments sains plus abordables et en décourageant les habitudes alimentaires nuisibles pour la santé. L'objectif est de mieux lutter contre les problèmes de santé publique liés à la nutrition tels que les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'obésité et les diabètes non insulino-dépendants.

Sédentarité

La sédentarité concourt à 3,5 % du nombre total d'AVCI dans la Région européenne de l'OMS. L'industrialisation, l'urbanisation et le développement des transports motorisés sont à l'origine d'une réduction de l'effort physique. À l'heure actuelle, plus de 60 % de la population mondiale n'est pas suffisamment active (61). En Europe occidentale, plus de 30 % des adultes ne font pas suffisamment d'exercice, et les niveaux d'activité physique continuent à diminuer (64).

Cependant, on ne peut garantir la validité des données disponibles dans ce domaine. Il existe, en effet, très peu de bases factuelles comparables d'une population à l'autre. L'information provient généralement de données autodéclarées, issues d'enquêtes peu homogènes quant à la méthodologie et aux questions utilisées. En outre, les populations interrogées n'ont pas les mêmes normes et aspirations en matière de santé.

L'exercice physique est sans doute l'une des interventions de santé publique les plus économiquement efficaces pour les raisons suivantes :

- il réduit les risques d'apparition de certaines affections telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète non insulino-dépendant et l'obésité ;
- il améliore la coordination, l'équilibre et la force, ce qui réduit le risque de traumatismes et peut, par exemple, prévenir les chutes chez les personnes âgées ; et

Évaluation scientifique de facteurs-clés à l'adresse des décideurs : la sédentarité

Hillsdon & Thorogood (65) ont passé en revue plusieurs études portant sur les stratégies de promotion de l'exercice physique. Pour ce faire, ils ont consulté plusieurs bases de données informatiques reprenant des références bibliographiques. Ils ont également consulté des experts sur l'état actuel de leurs travaux dans ce domaine.

Ces études étaient en fait des essais randomisés contrôlés, réalisés sur des adultes en bonne santé, propriétaires de leur logement, et dont l'exercice physique était la variable dépendante.

Les auteurs ont constaté que les interventions qui favorisent la marche, sans qu'il soit nécessaire de se rendre dans un centre sportif, avaient

le plus de chances d'entraîner une augmentation durable de l'exercice physique général. La marche soutenue est l'activité la plus susceptible d'accroître les niveaux généraux d'activité physique d'une population sédentaire et, par conséquent, de répondre aux recommandations émises en matière de santé publique.

Programmes de marche pour personnes âgées en Israël

En Israël, un programme national a été lancé afin de promouvoir la marche chez les personnes âgées. Des initiatives locales spécifiques ont été mises en œuvre dans tout le pays afin de sensibiliser les seniors à l'importance de cette activité pour la santé et de créer des groupes de marche. Dans chaque ville ou région, un coordinateur de programme recrute des bénévoles pour diriger des groupes constitués de personnes de plus de 60 ans aimant la marche à pied. Ces bénévoles participent à des séminaires de formation, puis constituent et prennent en charge des groupes de personnes âgées dans leur quartier.

Ce programme vise également à promouvoir la sécurité des piétons âgés, l'un des principaux groupes à risque sur les routes. Les personnes de 60 ans et plus représentent 11 % de la population totale, mais 40 % du nombre total de piétons blessés.

Afin d'encourager l'adoption d'habitudes de marche sans risque et de promouvoir la santé, l'Agence de sécurité routière distribue aux marcheurs des chapeaux, des réflecteurs, des cartes de membre et des brochures contenant des messages de sécurité.

Outre les activités mises en place localement, le comité directeur organise deux fois l'an des manifestations sportives ainsi que des épreuves de marche spéciales : des marches régionales dans le cadre de la Journée mondiale de la santé, le 7 avril, et une journée nationale en octobre qui coïncide avec la Journée internationale des personnes âgées. Des milliers de personnes participent à ces manifestations et leur nombre augmente chaque année. En 2001, environ 6 000 personnes ont en effet participé.

Source : Racioppi F et al. (64).

- il contribue au bien-être mental (voir « Évaluation scientifique de facteurs-clés à l'adresse des décideurs »).

Conjointement avec d'autres agences internationales et nationales, l'OMS encourage la population à faire au moins 30 minutes d'exercice physique chaque jour, c'est-à-dire de faire bouger le corps de manière à brûler de l'énergie. L'exercice physique sous-entend non seulement la pratique d'activités sportives, mais aussi la marche (voir « Réussite exemplaire »), la bicyclette, les jeux, le nettoyage ménager ou la montée des escaliers, pour ne citer que quelques exemples.

Références

1. *World development indicators 2005*. Washington, DC, Banque mondiale, 2005 (<http://www.worldbank.org/data/wdi2005/>, consulté le 2 mai 2005).
2. *Rapport mondial sur le développement humain 2004. La liberté culturelle dans un monde diversifié*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2004 (<http://hdr.undp.org/reports/global/2004/francais/>, consulté le 27 mai 2005).
3. Base de données européenne de la Santé pour tous [disponible en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/hfadbf?language=French>, consulté le 27 mai 2005).
4. Hertzman C, Siddiqi A. Health and rapid economic change in the late twentieth century. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:809–819.
5. Valkonen T. Tendances en matière de mortalité différentielle dans les pays d'Europe. In : Vallin J et al. (sous la dir. de). *Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle*. Strasbourg, Publication du Conseil de l'Europe, 2001 (Étude de population n° 36).
6. Wilkinson R, Marmot M (sous la dir. de). *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*, 2e édition. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020808_2?language=French, consulté le 27 mai 2005).
7. Wall S, Persson G & Weinehall L. Public health in Sweden: facts, vision and lessons. In: Beaglehole R, ed. *Global public health: a new era*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
8. Berkman LF. Seeing the forest and the trees: new visions in social epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 2004, 160:1–2.
9. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*, 2001, 322:1233–1236.
10. Simonato L et al. Avoidable mortality in Europe 1955–1994: a plea for prevention. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52:624–630.
11. Treurniet HF et al. Avoidable mortality in Europe (1980–1997): a comparison of trends. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:290–295.
12. Andreev EM et al. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:437–446.
13. Andreev EM et al. Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(11):778–787.
14. Bajekal M et al. Healthy life expectancy at health authority level. *Health Statistics Quarterly*, 2002, 16:25–37 (http://www.statistics.gov.uk/articles/HSQ/HealthLifeExpectancy_HSQ16.pdf, consulté le 27 avril 2005).
15. *Healthy life expectancy in Scotland. Executive summary*. Information and Statistics Division, NHS Scotland, 2004 (http://www.isdscotland.org/isd/files/HLE%20_exec_summary.pdf, consulté le 27 avril 2005).
16. Murray CJL et al. A critical examination of summary measures of population health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(8):981–994. (<http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2000/issue8/99-0102.pdf>, consulté le 27 avril 2005).

17. Murray CJL et al. (sous la dir. de). *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545518.pdf>, consulté le 27 avril 2005).
18. Ezzati M et al. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004.
19. *Rapport sur la santé dans le monde 2004 – changer le cours de l’histoire*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/fr/>, consulté le 27 mai 2005).
20. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 : 262 (<http://www.who.int/whr/2002/fr/>, consulté le 27 mai 2005).
21. Ezzati et al. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362(9380):271–280.
22. *Humanitarian assistance: mental health in the Balkans*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/mentalhealth/CtryInfo/20030723_1, consulté le 27 avril 2005).
23. *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/fr/index.html, consulté le 27 mai 2005).
24. Racioppi F et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>, consulté le 27 avril 2005).
25. *Averting AIDS crises in eastern Europe and central Asia*. Washington, DC, Banque mondiale, 2003.
26. *Report on the global AIDS epidemic: 4th global report*. Genève, Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida, 2004 (UNAIDS/04.16E).
27. Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (EuroHIV). *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year Report 2003, No. 70*. Saint Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2004 (<http://www.eurohiv.org>, consulté le 27 avril 2005).
28. Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 2004, 364(9428):83–94.
29. Mocroft A et al. Changes in the cause of death among HIV positive subjects across Europe: results from the EuroSIDA study. *AIDS*, 2002, 16:1663–1671.
30. Hamers FF, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. *Lancet*, 2003, 361(9362):1035–1046.
31. Dehne K et al. The HIV/AIDS epidemic in eastern Europe: recent patterns and trends and their implications for policy-making. *AIDS*, 1999, 13:741–749.
32. Corbett EL et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with HIV epidemic. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:1009–1021.
33. *Progress with Roll Back Malaria in the WHO European Region*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2000.
34. *Progress with Roll Back Malaria in the WHO European Region*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/E73499.pdf>, consulté le 27 avril 2005).

35. *Strategy to Roll Back Malaria in the WHO European Region*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (<http://www.euro.who.int/document/e67133.pdf>, consulté le 27 avril 2005).
36. *Amplifier l'action contre le paludisme dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (résolution du Comité régional de l'Europe de l'OMS EUR/RC52/R10, http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_3?language=French, consulté le 27 mai 2005).
37. *Malaria vectors and approaches to their control in malaria-affected countries of the WHO European Region. Report of the Regional Meeting on Vector Biology and Control*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001.
38. *Global tuberculosis control*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 27 avril 2005).
39. *DOTS expansion plan to stop TB in the WHO European Region 2002–2006*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (WHO/HTM/TB/2004.331; <http://www.euro.who.int/document/E77477.pdf>, consulté le 27 avril 2005).
40. *Amplifier l'action contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (résolution du Comité régional de l'Europe de l'OMS EUR/RC52/R8, http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_5?language=French, consulté le 27 mai 2005).
41. *European framework to decrease the burden of TB/HIV*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/E81794.pdf>, consulté le 27 avril 2005).
42. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 12 mai 2005).
43. *Initiative Halte à la tuberculose*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA53.1, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/ResWHA53/f1.pdf, consulté le 27 mai 2005).
44. *Successful prevention of noncommunicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (<http://www.who.int/hpr/successful.prevention.1.shtml>, consulté le 27 avril 2005).
45. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA57.17 ; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-fr.pdf, consulté le 27 mai 2005).
46. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (WHA57.17 ; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-fr.pdf, consulté le 27 mai 2005).
47. The WHO MONICA project [site Web]. Helsinki, National Public Health Institute (KTL), 2005 (<http://www.ktl.fi/monica>, consulté le 12 mai 2005).
48. Tunstall-Pedoe H, ed. *MONICA monograph and multimedia sourcebook. World's largest study of heart disease, stroke, risk factors and population trends 1979–2002*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562234.pdf>, consulté le 9 mai 2005).

49. Mackay J et al. *The atlas of heart disease and stroke*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562768.pdf>, consulté le 27 avril 2005).
50. *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998.
51. *Coventry Evening Telegraph*, 29 July 2004 (http://iccoventry.icnetwork.co.uk/0100news/0100localnews/tm_objectid=14474488%26method=full%26siteid=50003-name_page.html, consulté le 27 avril 2005).
52. Coventry Teaching Primary Care Trust [site Web]. Coventry, National Health Service (<http://www.coventrypct.nhs.uk/>, consulté le 27 avril 2005).
53. Réseau des bases factuelles en santé. *Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus économiques en matière de lutte contre le tabagisme ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/tobcontrol/20030822_1?language=French, consulté le 27 mai 2005).
54. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (http://www.who.int/tobacco/framework/en/fctc_booklet_french.pdf, consulté le 27 mai 2005).
55. Rehm J et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research*, 2003, 9:157–164.
56. Rehm J et al. (sous la dir. de). *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004:959–1108.
57. *Global status report on alcohol 2004*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004:48–49 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_\(425KB\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_(425KB).pdf), consulté le 27 avril 2005).
58. Ashley MJ et al. Beyond ischemic heart disease: are there other health benefits from drinking alcohol? *Contemporary Drug Problems*, 2000, 27:735–777.
59. Réseau des bases factuelles en santé. *Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus rentables en matière de lutte contre l'alcoolisme ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/alcohol/20040219_3?language=French, consulté le 27 mai 2005).
60. Ammerman A et al. *Counseling to promote a healthy diet*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2002.
61. Réseau des bases factuelles en santé. *L'obésité : quelles sont ses causes et ses conséquences ? Comment peut-elle être prévenue ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/short/20040908_1?language=French, consulté le 27 mai 2005).
62. Robertson A et al. (sous la dir. de). *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (OMS, Publications régionales, Série européenne n° 96 ; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, consulté le 16 décembre 2004).
63. *Food and health in Europe: a new basis for action – Summary*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications/Catalogue/20030224_1, consulté le 16 décembre 2004).

64. Racioppi F et al. *A physically active life through everyday transport. With a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (<http://www.who.dk/document/e75662.pdf>, consulté le 27 avril 2005).
65. Hillsdon M, Thorogood M. A systematic review of physical activity promotion strategies. *British Journal of Sports Medicine*, 1996, 30(2):84–89.

TROISIÈME PARTIE

**SANTÉ ET
DÉVELOPPEMENT
DES ENFANTS ET DES
ADOLESCENTS**

Pourquoi mettre l'accent sur les enfants ?

Dans le cadre du présent rapport, la définition de l'*enfant* est celle de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant : « tout être humain âgé de moins de 18 ans » (1). Le terme général *santé de l'enfant* englobe intégralement les nourrissons, les enfants d'âge préscolaire, les enfants plus âgés et les adolescents. Ces groupes comprennent également des sous-groupes qui se distinguent par différents stades de développement, risques sanitaires, déterminants de la santé et besoins de services et de mesures de santé publique.

La structure de cette troisième partie du rapport est similaire à la présentation synthétique de la deuxième partie. Les indicateurs de mortalité, les mesures récapitulatives de la charge de morbidité (en AVCI) et une sélection d'indicateurs de morbidité y sont passés en revue. Des exemples de réactions appropriées et d'interventions concrètes sont donnés. La troisième partie se termine par la synthèse d'une analyse systématique – coordonnée par le Réseau des bases factuelles en santé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en parallèle avec la préparation du présent rapport – des données scientifiques concernant les facteurs ayant un effet sur la mise en œuvre effective des programmes de prévention des maladies infantiles et de promotion de la santé des enfants.

L'état de santé de l'enfant est déterminant pour toute sa vie et pour la génération suivante. En dépit d'une amélioration générale, il existe dans la Région européenne de grandes différences en matière de santé infantile, tant à une échelle nationale qu'internationale, et ce en fonction de l'âge, du sexe, de l'emplacement géographique et de la position socioéconomique. Les inégalités sociales s'aggravent dans tous les pays, surtout dans la moitié orientale de la Région.

Œuvrer pour un état de santé et un développement optimaux des enfants est une tâche de plus en plus complexe pour les pays. C'est pourquoi le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est en train d'adopter une nouvelle approche afin de les aider : une stratégie en faveur de la santé de l'enfant et de l'adolescent dans la Région européenne. Par ailleurs, tous les pays ont besoin de meilleures informations sur la santé des enfants et des systèmes de contrôle dans ce domaine, surtout en corrélation avec les inégalités sociales.

Écarts de santé chez les enfants

Comme le mentionne la deuxième partie, la plupart des indicateurs montrent que, ces dernières décennies, la santé publique a permis d'améliorer l'état de santé de la population dans la Région européenne de l'OMS et dans le monde, mais qu'à une échelle nationale et internationale, l'ampleur des inégalités reste inacceptable et ne cesse de croître (2). Les bases factuelles disponibles démontrent clairement que l'essentiel de ces disparités est imputable à des facteurs sociaux (3–5), et que les personnes appartenant à des groupes défavorisés sont plus souvent malades et décèdent plus tôt que celles qui jouissent d'une meilleure position sociale (6). Dès lors, tant que les mesures de santé publique visant les principales causes de morbidité ne s'attaqueront pas aux causes profondes de la morbidité et de la mortalité, elles resteront moins efficaces qu'il n'est nécessaire et possible.

Cette conclusion générale vaut également pour la santé des enfants. Par exemple, les taux de mortalité et de malnutrition des enfants continuent à baisser dans le monde, mais à une échelle nationale et internationale, des inégalités criantes subsistent entre enfants pauvres ou

plus aisés. Ces inégalités semblent s'accroître. L'OMS a donc conclu que la santé de la mère et de l'enfant doit être réinscrite en bonne et due place à l'ordre du jour des ministères de la Santé et de l'Éducation, des Nations Unies et d'autres organismes (7,8).

Des interventions mieux ciblées, de plus grande envergure

Dans de nombreux endroits, les mesures qu'il faudrait prendre sont bien connues – pour réduire la mortalité infantile, par exemple, ou pour promouvoir les comportements sains – mais les interventions efficaces pouvant être menées n'atteignent pas suffisamment de gens ou ne ciblent pas ceux qui en ont le plus besoin (9). Ces interventions doivent toucher davantage d'enfants et de mères ; il convient de les intensifier et de maintenir des taux de couverture élevés, surtout chez les groupes vulnérables. À plus long terme, tous les partenaires œuvrant pour une meilleure santé des enfants – dont les autorités publiques, les organismes internationaux et les organisations non gouvernementales – doivent s'engager à renforcer les capacités des programmes de santé publique au niveau local. Le plus important est que les interventions contre la maladie et pour la vie tiennent compte des déterminants sociaux de la santé, étant donné que ce sont ces facteurs qui indiquent si le savoir et les ressources disponibles atteignent ceux qui en ont besoin. Malheureusement, le désintérêt pour ces facteurs continue à saper les initiatives en faveur de la santé (10).

L'amélioration de l'état de santé des jeunes contribuera grandement à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (11).

1. Réduire l'extrême pauvreté et la faim.
2. Assurer l'éducation primaire pour tous.
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
4. Réduire la mortalité infantile.
5. Améliorer la santé maternelle.
6. Combattre le VIH/sida et d'autres maladies.
7. Assurer un environnement durable.
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Les grands de ce monde ont adopté ces objectifs pour poser les jalons de ce qu'il est possible et nécessaire de faire, et ont mis les responsables de la santé publique au défi d'élaborer un plan de mise en application. Ces objectifs font du développement humain et de la lutte contre la pauvreté les pierres d'angle du progrès social et économique (voir aussi p. 86 à 88).

Les sept premiers objectifs ciblent la pauvreté sous toutes ses formes. Ils visent à rompre le cycle de la pauvreté et de la mauvaise santé. Il existe une étroite corrélation entre un meilleur état de santé et un meilleur niveau scolaire, qui permet une nouvelle amélioration de la santé. Tant l'éducation que la santé sont des ressources qui favorisent l'accroissement des revenus, ce qui donne accès à un meilleur enseignement, à de meilleurs soins de santé et à un milieu bénéfique pour la santé. Tous les objectifs sont importants pour la santé, le bien-être et le développement des enfants.

Pourquoi cibler les enfants ?

Ce rapport cible la santé des enfants pour deux raisons. Premièrement, comme il en est fait mention dans la deuxième partie, les enfants nés dans la Région européenne de l'OMS sont moins nombreux et susceptibles de vivre longtemps. Il est donc vital de tout mettre en œuvre pour que ces enfants aient une bonne santé durant leur croissance et la conservent jusqu'à un

âge avancé. Deuxièmement, l'enfance est le meilleur moment pour agir. C'est à cette époque que l'on peut prendre les mesures les plus efficaces en faveur de la santé et de la prévention des problèmes pouvant survenir durant l'enfance et par la suite.

L'état de santé de l'enfant est déterminant pour toute sa vie et pour la génération suivante. Les premières années de vie posent les bases de la concrétisation du potentiel de santé de l'individu. C'est la manière dont le cerveau se développe aux premiers stades de l'existence qui détermine si l'individu aura la capacité à triompher des risques de maladies dans sa vie ultérieure (12). Il existe un lien étroit entre les problèmes de développement rencontrés dans la petite enfance et les maladies non transmissibles de l'âge adulte. C'est dans les premières années de la vie que la promotion de la santé est la plus efficace.

De plus, la prévention et la lutte contre les maladies doivent permettre de contrer, le plus tôt possible, les influences négatives sur la santé, pour éviter que les problèmes ne persistent à des stades de développement ultérieurs. Dans une large mesure, chaque stade du développement d'un enfant prépare le terrain pour l'étape suivante. C'est pourquoi il est important d'anticiper les risques au moment où ils sont susceptibles d'apparaître. Ainsi, les politiques les plus judicieuses en matière de santé de l'enfant s'articulent autour d'interventions bien ciblées, pratiquées tôt dans la vie.

Investir dans la santé des enfants répond non seulement à des raisons de santé publique et à une obligation morale, mais est aussi sensé sur le plan économique, puisqu'il y a réellement une rentabilisation pour l'individu et pour la société. Cet investissement doit donc relever de la responsabilité de la société et ne pas être limité au secteur de la santé.

Selon l'âge, le sexe, l'emplacement géographique et la position socioéconomique, les enfants de la Région présentent de grandes différences sur le plan de la santé, tant dans un même pays qu'au niveau international, de sorte que les stratégies globales doivent être adaptées pour pouvoir être mises en œuvre durablement dans des circonstances très différentes où vivent les enfants et les familles. Comme cela a été mentionné, l'amélioration générale des moyennes obtenues dans la population pour une série d'indicateurs de santé traditionnels masque des inégalités sociales croissantes dans tous les pays, en particulier dans la moitié orientale de la Région. Même dans les 15 pays plus riches qui formaient l'UE avant mai 2004, on estime que 30 à 50 % environ des décès et problèmes de santé survenus chez les enfants sont liés à une mauvaise situation socioéconomique des parents (13). En outre, les différences sociales se marquent généralement plus dans un même pays qu'au niveau international. Dès lors, il est manifeste que les systèmes de santé publique sont confrontés à une tâche de plus en plus complexe lorsqu'il s'agit d'assurer à tous les enfants des conditions de santé et de développement idéales.

Une nouvelle stratégie

Il existe un consensus international de plus en plus large sur la nécessité d'aborder cette tâche d'une nouvelle manière. Donnant suite à une résolution adoptée en 2003 par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe (14), le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe élabore actuellement une stratégie européenne pour le développement de l'enfant et de l'adolescent (15). Son objectif est d'aider les États membres à élaborer leurs propres politiques et programmes, et non pas d'enfermer la Région dans un carcan. Cette stratégie énonce les principaux défis à relever en matière de santé de l'enfant et de l'adolescent et – point le plus important – propose des options fondées sur les bases factuelles et l'expérience glanées par l'OMS ces dernières années. Cette stratégie et la méthodologie qui l'accompagne aideront les

États membres à déceler toute lacune dans leurs plans et à clarifier leurs priorités quant aux investissements futurs. Les circonstances étant diverses, chaque pays de la Région doit décider de ses propres priorités. Les pays resteront libres de fixer leurs propres objectifs à concrétiser, d'après le contexte et les ressources qui leur sont propres. Si les principes et méthodes étayant la santé et le développement des enfants et adolescents sont universels, leur application peut varier d'un pays à l'autre dans cette Région complexe et diverse.

Toutes ces méthodes ont en commun des caractéristiques essentielles : elles doivent reposer sur des bases factuelles, être générales et mieux cibler les groupes économiquement faibles de la population (voir p. 89 à 93 pour un développement plus approfondi des facteurs de réussite). Quoique des efforts (et, bien évidemment, des ressources) supplémentaires soient requis pour que les efficaces mesures pouvant être appliquées soient mises en oeuvre avec succès, une chose est claire : si l'on tarde à agir dans le domaine de la santé et du développement des enfants, ce n'est pas essentiellement une question de bases factuelles, mais bien d'ambition nécessaire pour tenter de parvenir à une amélioration sensible. La croissance économique récente enregistrée dans la plupart des pays de l'est de la Région, notamment, offre une occasion d'amplifier les services afférents à la santé et au développement de l'enfant, ce qui sera payant à l'avenir.

L'objectif est que les enfants de tous les groupes sociaux et ethniques soient intégralement pris en charge par des services de santé publique aussi performants que possible avec, en complément, un accès à des services de santé de haute qualité pouvant obtenir des résultats indispensables. Ce rapport succinct n'aborde pas le thème des services de santé ; il a pour principal objet les indicateurs qui, au niveau de la population, revêtent un intérêt pour la santé publique. Comme cela est évoqué ci-dessous, la préparation de ce rapport a révélé de nombreuses limites quant à la disponibilité d'informations adéquates sur la santé des enfants. Globalement, tous les pays ont besoin de meilleures informations et de meilleurs systèmes d'observation et de contrôle en matière de santé des enfants, surtout en ce qui concerne la question des inégalités sociales.

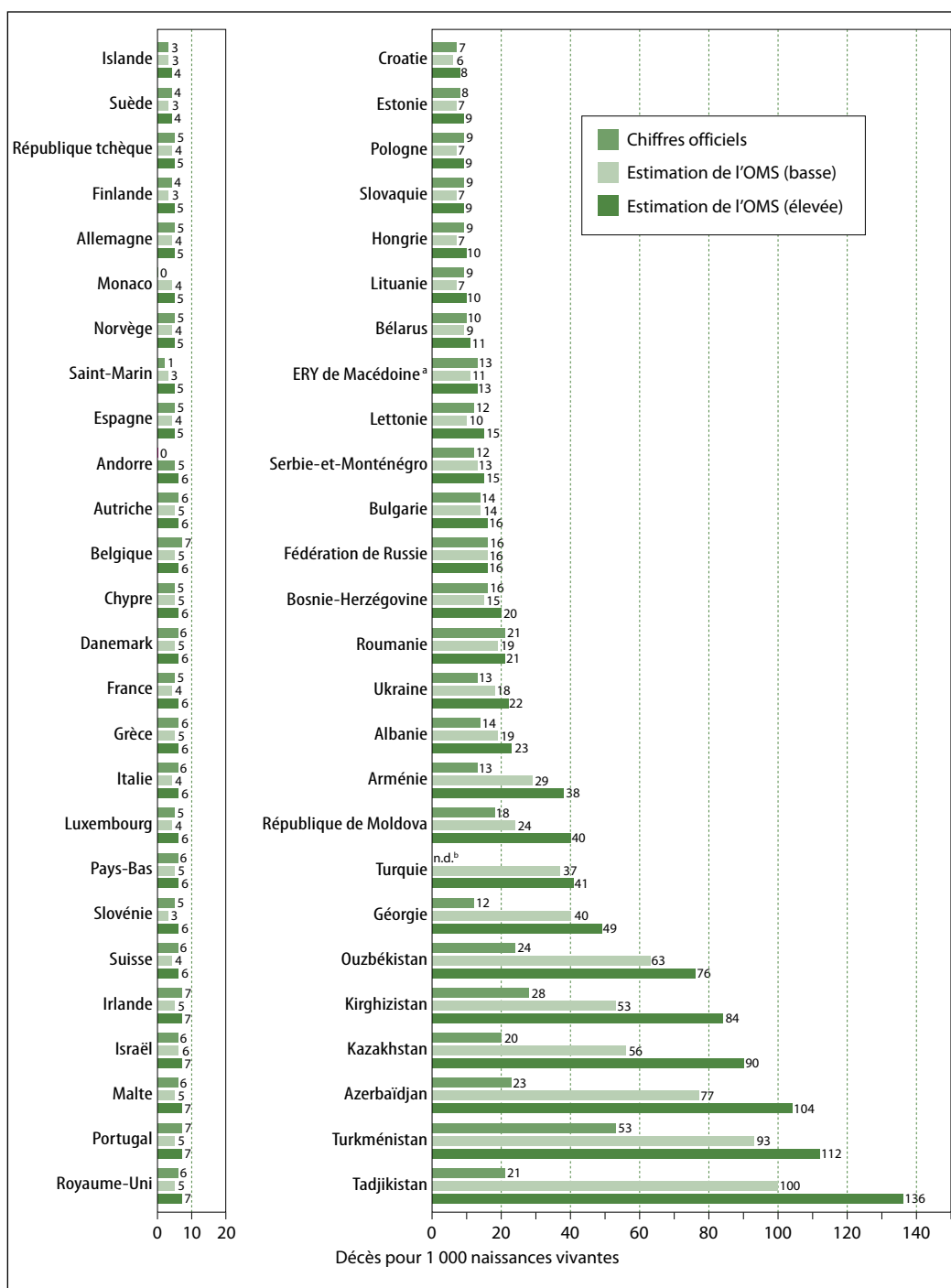
Informations sur la santé des enfants

En général, il demeure étonnamment difficile d'obtenir de bonnes informations sur la santé des enfants. Il est regrettable que les informations existantes soient souvent incorrectes, incomplètes ou incohérentes. Les méthodes employées pour accéder à l'information et présenter les données diffèrent considérablement d'un pays à l'autre, ce qui ajoute encore à la complexité de l'analyse. L'absence de données sur la population totale des enfants (c'est-à-dire de tous les individus de 0 à 17 ans), en particulier, pose un problème. Une méthode plus standardisée contribuera non seulement à renforcer les bases factuelles en matière de santé et de développement de l'enfant, mais aussi à rendre les décideurs plus confiants à l'égard des informations qui peuvent les aider à élaborer leurs politiques.

La mortalité néonatale et celle affectant les nourrissons et les enfants en particulier sont supérieures aux chiffres rapportés dans plusieurs pays, principalement dans le Caucase et en Asie centrale, où la définition internationale d'une naissance vivante n'est employée que depuis peu. Le caractère lacunaire des statistiques pose également un problème dans certains pays des Balkans. Des enquêtes réalisées dans les années 90 auprès des ménages de certains de ces pays ont débouché sur des estimations de la mortalité bien supérieures aux chiffres officiels, qui sont basés sur les déclarations enregistrées. De même, il y a parfois des écarts entre les taux de vaccination des enfants indiqués par les sources officielles et les taux obtenus par enquête auprès des ménages (16).

Figure 5. Chiffres officiels et estimations de l'OMS concernant les décès d'enfants de moins de 5 ans dans la Région européenne de l'OMS, 2003

^a Ex-République yougoslave de Macédoine
^b n. d. = non disponible
 Source : estimations officielles de la Base de données européenne de la Santé pour tous (17) ; estimations de l'OMS provenant du *Rapport sur la santé dans le monde 2005* – donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant (8).



En raison de ces différences, l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Division de la population des Nations Unies et la Banque mondiale ont accepté, en mai 2004, de mener régulièrement des activités conjointes pour une meilleure estimation de la mortalité. Ainsi, l'OMS et l'UNICEF ont produit, par pays, un ensemble cohérent de taux de mortalité d'enfants de moins de 5 ans pour la période de 1990 à 2003 ; ces taux peuvent ne pas être directement dérivés des informations rapportées et doivent être interprétés comme

les meilleures estimations de l'OMS plutôt que comme l'avis officiel des États membres. Afin de refléter l'écart plausible entre les maxima et les minima estimés pour chaque pays, l'OMS a publié ces données avec des intervalles d'incertitude (8). La figure 5 présente les intervalles d'incertitude par rapport aux chiffres officiellement déclarés. Dans un certain nombre de pays des groupes de l'Eur-B et l'Eur-C, principalement dans le Caucase et en Asie centrale, même l'estimation basse de l'OMS est nettement supérieure aux chiffres officiels (voir le tableau 2 de l'annexe pour les estimations, par l'OMS, des valeurs médianes des intervalles d'incertitude). Alors que les taux de l'Eur-A sont de 5 décès environ pour 1 000 naissances vivantes, ceux de certaines républiques de l'Asie centrale sont, selon les estimations, de plus de 100 pour 1 000.

Malheureusement, ce sont principalement certaines études et des enquêtes réalisées dans la population qui permettent d'obtenir des informations sur la santé des sous-groupes socioéconomiques. C'est pour cette raison que les moyennes nationales masquent généralement les différences entre ces groupes comme, par exemple, en ce qui concerne la santé des sous-groupes nomades, dont les sans-abri et les réfugiés, ou les effets d'un handicap sur l'accès à des services tels que l'éducation.

Le manque d'informations, au niveau de la population, sur les aspects positifs de la santé et du développement des enfants, est une autre grande source de préoccupation.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe s'est livré à un exercice spécial de collecte de données afin de promouvoir une démarche davantage axée sur l'enfant lorsque l'on compile et présente des données sur la santé infantile. Se fondant sur les recommandations du projet CHILD, qui porte sur les indicateurs de santé en rapport avec la vie et le développement de l'enfant (18,19), le Bureau régional a envoyé les spécifications sur les données aux 52 États membres de la Région et les a invités à désigner des correspondants ; ceux-ci ont présenté les données dont ils disposaient en septembre 2004, ce qui a permis de les ajouter aux données déjà disponibles au Bureau régional. Pour les analyses du présent rapport, toutes les données ont été exploitées de façon sélective (voir tableau 6 de l'annexe).

La conclusion générale de cet exercice est que dans aucun pays, les données requises ne peuvent facilement être extraites d'aucune base de données centrale, et que leur compilation nécessite un effort et des ressources particulières. Ainsi, il est plus que probable que les informations existantes sur la santé des enfants soient sous-exploitées.

L'élaboration du présent rapport a été un exercice interactif faisant intervenir des divisions et des programmes du Bureau régional, le Siège de l'OMS, une sélection d'autres organismes et des experts. Les bases de données du Siège de l'OMS, en particulier – la base de données sur la charge de morbidité dans le monde (20) et l'InfoBase mondiale de l'OMS (21) – ont fourni des estimations sur la charge de morbidité chez les enfants pour chaque État membre de la Région européenne de l'OMS.

Principales causes de la charge de morbidité

Synthèse

D'une manière générale, l'état de santé des enfants des 52 pays de la Région européenne de l'OMS, à l'instar de celui des adultes, se détériore à mesure que l'on se déplace vers l'est. Cependant, comme la prévalence des maladies respiratoires et infectieuses est élevée dans l'Eur-B, la mortalité globale des enfants y est plus élevée que dans l'Eur-C. Dans l'Eur-A, la mortalité due à ces maladies est très faible, ce qui se traduit globalement par une moindre charge de morbidité, mais les problèmes de santé comprennent proportionnellement plus de maladies non transmissibles (qui résultent d'interactions complexes entre la génétique, le comportement et l'environnement), notamment l'asthme et les allergies, le diabète, l'obésité et les troubles neuropsychiatriques.

Globalement, les pays de la Région ont accompli d'importants progrès dans la réduction de la mortalité et de la morbidité dues aux infections aiguës, bien que des problèmes considérables subsistent dans de nombreux pays de l'Eur-B et de l'Eur-C, en particulier la Turquie et les pays du Caucase et d'Asie centrale.

Les traumatismes non intentionnels et intentionnels demeurent trop fréquents dans tous les pays. En outre, de plus en plus d'informations disponibles mettent en évidence des inégalités de santé croissantes dans de nombreux pays.

La présente section de la troisième partie commence par analyser la mortalité dans le groupe des 0–14 ans, ce qui donne des informations très importantes sur la santé des enfants. Ensuite, on aborde les estimations d'AVCI pour ce groupe d'âge, ce qui donne d'utiles indications complémentaires. La section s'achève par un examen de deux autres types d'indicateurs de la santé des enfants : les affections susceptibles d'être prévenues en grande partie et plusieurs problèmes de santé très complexes.

Les causes et les taux de mortalité et de morbidité chez les enfants varient considérablement d'un endroit à l'autre de la Région. Dans l'ensemble, les taux de mortalité et de maladies respiratoires et infectieuses, ainsi que de traumatismes et d'intoxication sont plus élevés dans les pays de la partie orientale. Les taux d'asthme et d'obésité augmentent fortement dans les pays de la partie occidentale, qui enregistrent une mortalité plus faible. Les maladies à prévention vaccinale continuent de susciter des inquiétudes dans l'ensemble de la Région. En raison des caractéristiques différentes de la santé des enfants et des adultes, il est nécessaire que les pays conçoivent des stratégies sanitaires complémentaires pour les uns et les autres.

Mortalité chez les enfants

Dans le domaine de la santé, la mort d'un enfant est l'événement le plus difficile à accepter. Il peut assombrir la vie d'une famille pendant de longues années. En outre, il s'agit d'un phénomène particulièrement sensible aux déterminants immédiats et plus éloignés de la santé et aux inégalités en la matière, y compris les politiques de santé. La présente section aborde la mortalité des enfants appartenant à différents groupes d'âge.

En matière de mortalité globale, la situation est un peu meilleure dans l'Eur-C que dans l'Eur-B, qui inclut un grand nombre des pays où la mortalité des enfants est élevée. Dans l'ensemble, c'est le contraire pour les adultes, comme cela a été indiqué dans la deuxième partie.

Dans une perspective mondiale, cependant, l'Eur-B et l'Eur-C enregistrent une faible mortalité des enfants. En outre, les différences entre ces deux sous-régions sont peu importantes par comparaison avec celles qui existent entre elles et l'Eur-A, où la mortalité des enfants est très faible. Les différences entre la santé des enfants et des adultes soulignent que les pays doivent concevoir des stratégies sanitaires complémentaires pour ces deux groupes.

Enfants de moins de 5 ans

Le nombre de décès de nourrissons et d'enfants âgés de 1 à 4 ans a baissé dans la plupart des pays de la Région européenne, mais à des rythmes différents. En particulier, la plupart des pays du Caucase et d'Asie centrale, qui connaissent une mortalité très élevée parmi les enfants de moins de 5 ans, ont accompli très peu de progrès au cours de la période 1995–2003 (8). Cela a contribué à l'accroissement des différences entre les pays de la Région.

Nourrissons

Les taux de mortalité pour les enfants âgés de moins d'un an ont continué de baisser globalement dans la Région. La moyenne dans l'Eur-A est d'environ 4,6 décès pour 1 000 naissances vivantes. Pour l'Eur-B, elle reste très élevée (25,8 pour 1 000) et l'amélioration s'est en fait arrêtée au cours de la période 1998–2002, tandis que la moyenne pour l'Eur-C s'est considérablement améliorée, tombant à 11,7 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2003.

En ce qui concerne les causes, les affections périnatales sont responsables de 50 %, 35 % et 44 % des décès de nourrissons dans l'Eur-A, l'Eur-B et l'Eur-C respectivement. Cependant, la mortalité due aux infections et aux maladies parasitaires dans l'Eur-A (8 décès pour 100 000 enfants de moins d'un an), est quinze fois moins élevée que dans l'Eur-B (126 pour 100 000). L'Eur-C occupe un niveau intermédiaire : 58 pour 100 000. Les différences sont encore plus importantes pour la mortalité due aux maladies respiratoires, puisque les taux sont d'environ 6,6 pour 100 000 dans les pays de l'Eur-A, mais de 480 dans l'Eur-B et de 119 dans l'Eur-C.

Comme cela a été mentionné, les analyses des différences socioéconomiques concernant la mortalité et d'autres indicateurs de la santé des enfants ne sont pas encore réalisées

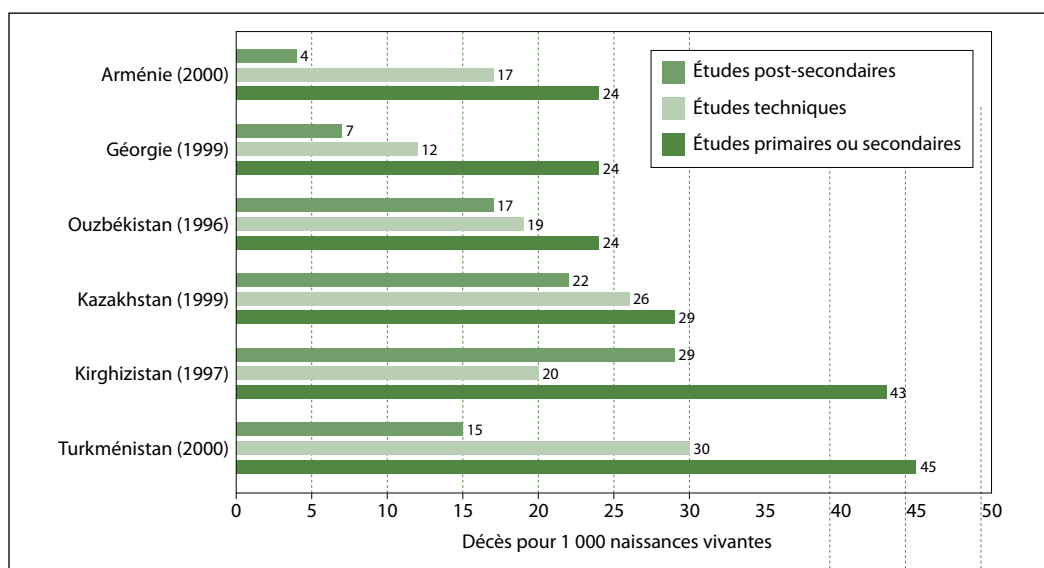


Figure 6. Mortalité postnéonatale dans six pays de la CEI en fonction du niveau d'instruction de la mère

Note : les chiffres portent sur la mortalité postnéonatale au cours des 10 années qui ont précédé les enquêtes. Source : données provenant de *Reproductive, maternal and child health in eastern Europe and Eurasia: a comparative report* (22).

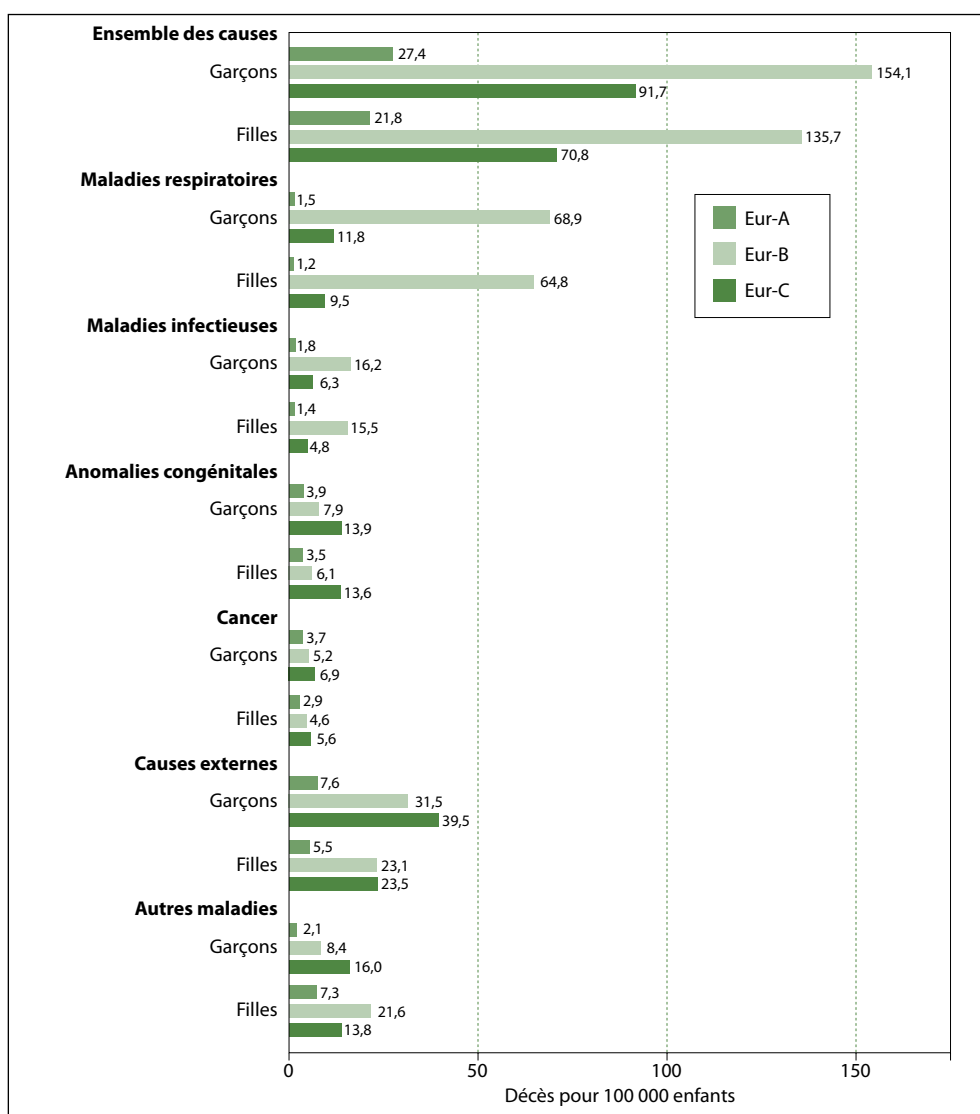
couramment, bien que les experts et les pouvoirs publics aient déclaré que les inégalités sociales représentaient une priorité de santé publique. La figure 6 présente un exemple qui met en évidence l'importance des variables sociales ; elle indique la mortalité postnéonatale dans six pays de la CEI en fonction du niveau d'instruction de la mère. Les taux ont été estimés par des enquêtes en population et montrent des différences qui, dans certains pays, atteignent des rapports de 1 à 3 et même de 1 à 5.

Enfants âgés de 1 à 4 ans

Les informations communiquées sur les enfants âgés de 1 à 4 ans semblent être suffisamment complètes dans les pays de la Région qui ont des systèmes d'enregistrement systématique pour que les différences dans les taux de mortalité globaux des groupes de pays ne puissent être mises en doute dans le cadre de l'analyse présentée dans ce rapport. Comme la figure 7 l'indique, il existe des possibilités d'amélioration considérables, en particulier dans l'Eur-B.

Dans ce groupe d'âge, les taux de mortalité sont les plus bas dans l'Eur-A. Les taux de

Figure 7.
Mortalité chez
les enfants âgés
de 1 à 4 ans
dans l'Eur-A,
l'Eur-B et
l'Eur-C par cause
principale et par
sexe, 2003



Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (17).

mortalité globaux dans l'Eur-B et l'Eur-C sont environ six fois et trois fois plus élevés, respectivement, que dans l'Eur-A et les décès dus à des causes externes sont environ quatre fois plus fréquents.

Les maladies respiratoires constituent la principale cause de décès dans l'Eur-B, où elles sont responsables de 45 % des décès. En fait, c'est principalement la mortalité excédentaire due à ces maladies qui est à l'origine de la mortalité globale plus élevée dans l'Eur-B et l'Eur-C. En ce qui concerne la mortalité due à certaines causes dans ce groupe (telles que les infections respiratoires aiguës, la pneumonie et la grippe), certains écarts entre les pays s'expriment par des rapports à trois chiffres.

Les décès résultant de maladies infectieuses et parasitaires, qu'il est relativement facile de prévenir, sont plus nombreux dans l'Eur-B, tandis que les décès dus à des anomalies congénitales sont plus élevés dans l'Eur-C dans une proportion similaire. La mortalité par cancer est distribuée de façon relativement égale dans l'ensemble de la Région.

Interventions destinées aux enfants de moins de 5 ans

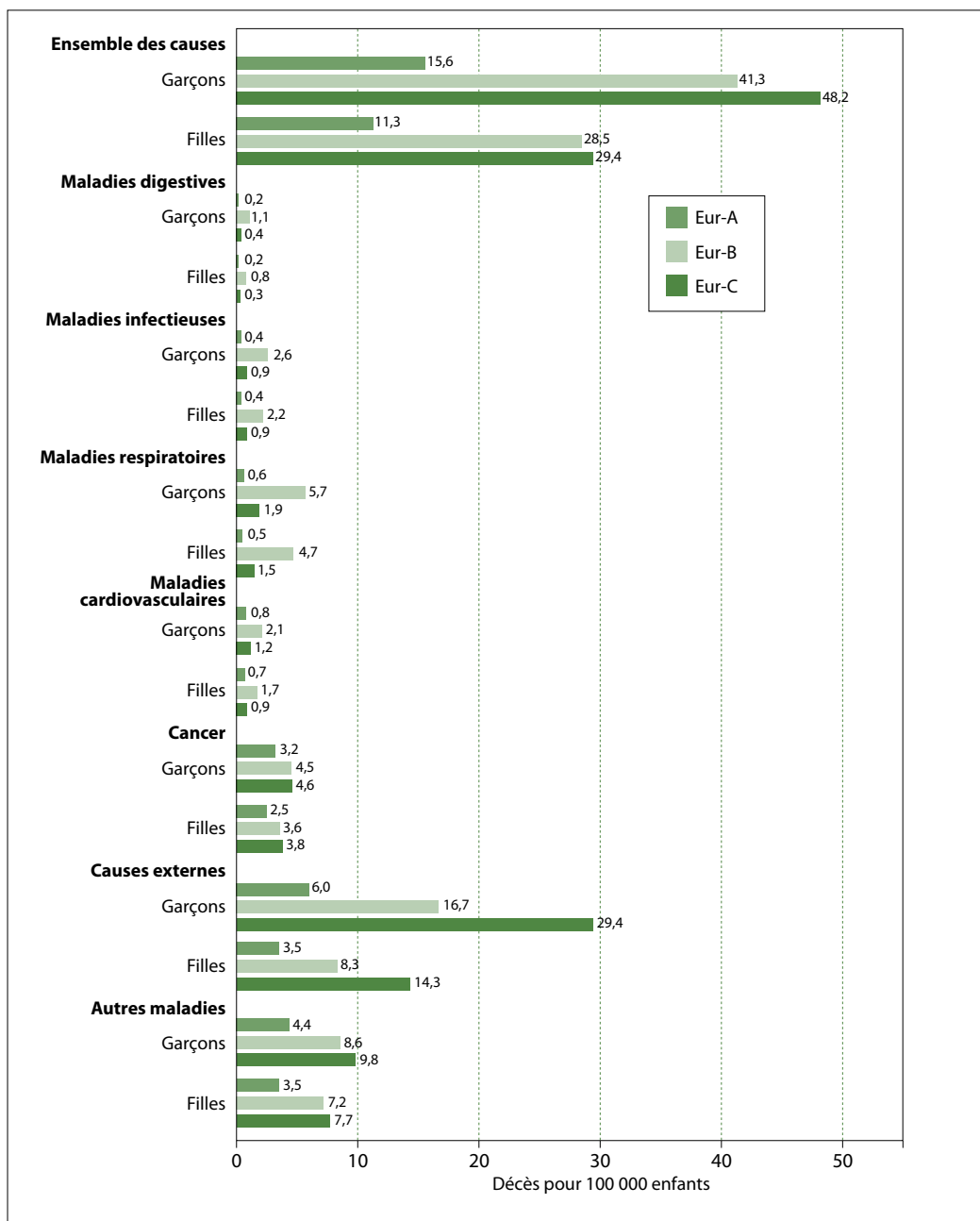
Plusieurs interventions validées par des bases factuelles peuvent être mises en œuvre dans les pays où la mortalité est élevée parmi les enfants de moins de 5 ans. Les analyses indiquent qu'un recours systématique à une série d'interventions déterminées couvrant une proportion élevée des enfants concernés pourrait prévenir environ deux tiers de ces décès. L'OMS a combiné plusieurs de ces interventions pour élaborer un ensemble intégré de principes directeurs et a conçu des outils pour faciliter leur mise en œuvre conjointe. Des stratégies sont disponibles et d'autres sont en cours d'élaboration en vue d'améliorer les compétences du personnel de santé, les capacités du système sanitaire et les pratiques familiales et communautaires. Ces stratégies comprennent :

- la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (23), qui comprend les soins prénatals, une assistance compétente lors de l'accouchement, des soins pendant le post-partum et une aide relative aux pratiques appropriées de soins à domicile ;
- la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) (24), qui comprend les soins aux enfants âgés de 0 à 4 ans et une aide favorisant le recours à des pratiques appropriées de soins à domicile ;
- le Programme élargi de vaccination (25) ;
- la Stratégie mondiale d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (26).

En partenariat avec l'UNICEF, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a lancé la stratégie PCIME dans la Région européenne en 1997 (24). Cette stratégie combine une prise en charge améliorée des maladies de l'enfant comprenant des composants relatifs à la nutrition, à la vaccination et à d'autres activités qui influent sur la santé de l'enfant. Les objectifs de la PCIME sont de réduire le nombre de décès, de diminuer la fréquence et la gravité des maladies et des incapacités, et de favoriser la croissance et le développement. Les interventions essentielles incluent la prise en charge intégrée des cinq grandes causes de décès d'enfants : les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, la rougeole, le paludisme et la malnutrition.

La prise en charge intégrée comprend une série d'interventions préventives et curatives qui visent à améliorer les pratiques dans les établissements de santé et au foyer. La combinaison d'interventions est adaptée dans les différents pays en fonction de la situation locale, des caractéristiques épidémiologiques et d'autres aspects importants.

Figure 8.
Mortalité chez
les enfants âgés
de 5 à 14 ans
dans l'Eur-A,
l'Eur-B et
l'Eur-C par cause
principale et par
sexe, 2003



Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (17).

Enfants âgés de 5 à 14 ans

La mortalité chez les enfants plus âgés est moins fréquemment abordée, mais il est essentiel de lui consacrer une analyse en vue de mieux comprendre la santé des enfants au cours de ces stades de développement et globalement. Comme la figure 8 l'indique, les taux de mortalité globaux pour ce groupe d'âge dans l'Eur-B et l'Eur-C sont 2,6 et 3 fois plus élevés, respectivement, que dans l'Eur-A. L'Eur-B enregistre des taux de mortalité extrêmement élevés pour les maladies infectieuses et respiratoires, en plus des taux très élevés pour les causes externes, tandis que dans l'Eur-C, il existe une forte mortalité due aux causes externes et à celles qui relèvent de la catégorie « autres maladies ».

Les causes externes de décès constituent le groupe le plus important de causes dans l'ensemble de la Région, mais surtout dans l'Eur-C, où elles sont responsables de plus de 50 % des décès. Les taux dans l'Eur-B et l'Eur-C sont 2,6 et 4,6 fois plus élevés, respectivement, que dans l'Eur-A. La mortalité excédentaire due à deux causes externes (traumatismes et intoxications) est principalement responsable du fait que le taux de mortalité global est plus élevé dans l'Eur-C que dans l'Eur-B. Cette situation résulte en grande partie du taux extrêmement élevé observé dans la Fédération de Russie et de la population importante de ce pays (voir p. 80 pour des informations sur les interventions qui visent à réduire le nombre de traumatismes). La mortalité due à presque toutes les autres causes de décès est plus faible dans l'Eur-C que dans l'Eur-B.

Les maladies cardiovasculaires représentent une cause importante de décès dans ce groupe d'âge, tandis que les anomalies congénitales prennent moins d'importance. Les maladies infectieuses et parasitaires et les maladies respiratoires occupent également une place relativement moins importante. Cependant, la mortalité due aux maladies infectieuses dans l'Eur-B et l'Eur-C est 6 et 2,4 fois plus élevée, respectivement, que dans l'Eur-A, et la mortalité par maladies respiratoires dans l'Eur-B et l'Eur-C est 10 et 3 fois plus élevée, respectivement, que dans l'Eur-A. La mortalité par cancer est essentiellement la même dans les différents groupes de pays.

Mortalité globale dans le groupe des 0–14 ans

Le tableau 14 résume les variations par âge de la mortalité des enfants dont il a été question plus haut. La mortalité toutes causes confondues dans l'Eur-B et l'Eur-C est environ 3,4 et 2,8 fois plus élevée, respectivement, que dans l'Eur-A. Les maladies de l'appareil respiratoire représentent la principale cause de décès parmi les enfants âgés de 0 à 14 ans dans la Région dans son ensemble, et en particulier dans l'Eur-B, où le taux est 47 fois plus élevé que dans l'Eur-A. Le nombre de décès dus à des maladies respiratoires a été divisé par deux au cours des deux décennies écoulées dans chacun des trois groupes de pays, mais cette cause de décès reste la principale priorité dans l'Eur-B. Manifestement, les facteurs de risque liés aux maladies de l'appareil respiratoire demeurent une raison très importante des différences de mortalité des enfants dans la Région.

Après les maladies respiratoires, les anomalies congénitales causent encore une mortalité très élevée dans la plupart des pays, en particulier dans l'Eur-C, bien qu'elles touchent principalement les enfants de moins de 5 ans. La mortalité due à cette cause est difficile à comparer et à interpréter, en raison de différences de notification, ainsi que des effets des différences de méthodes de dépistage, de traitement spécialisé et de politique nationale concernant les enfants atteints de malformations.

Suivent de près les causes externes (traumatismes et intoxications). Les taux dans l'Eur-C sont cinq fois plus élevés que dans l'Eur-A. Les taux sont légèrement moins élevés dans l'Eur-B que dans l'Eur-C, ce qui peut être dû en partie au nombre inférieur de véhicules à moteur par habitant, mais l'environnement social global est probablement le facteur principal

Causes	Décès pour 100 000 enfants			
	Eur-A	Eur-B	Eur-C	Région
Ensemble des causes	49,4	169,7	136,1	102,4
Maladies respiratoires	1,2	56,1	12,6	17,9
Anomalies congénitales	10,8	17,6	27,2	17,0
Maladies infectieuses et parasitaires	1,3	14,8	6,4	5,9
Cancer	3,0	4,3	5,0	3,9
Maladies cardiovasculaires	1,4	4,1	2,0	2,2
Causes externes	5,8	18,4	28,7	15,1
Autres maladies	25,9	54,4	54,2	40,4

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (17).

Tableau 14.
Mortalité dans le groupe des 0–14 ans dans la Région européenne de l'OMS, par principale cause de décès, 2003

à cet égard, comme l'indique la section consacrée aux traumatismes et à la violence dans la deuxième partie (p. 27 à 29). Malheureusement, on ne dispose que de peu d'informations sur les facteurs qui contribuent à l'incidence et à la létalité élevées des traumatismes.

Bien que le groupe des 15–19 ans ne soit pas analysé ici, les taux de mortalité due aux traumatismes et aux intoxications chez les adolescents plus âgés sont 3 à 5 fois plus élevés que pour le groupe des 10–14 ans dans la plupart des pays (figure 9). En outre, les niveaux varient considérablement dans les différents pays ; par exemple, les taux de la tranche de 80 % des pays qui se trouvent au milieu allaient de 18 à 65 pour 100 000 vers l'année 2002. En outre, la mortalité parmi les enfants âgés de 0 à 14 ans due à des maladies infectieuses et parasitaires – qui résulte probablement des conditions de vie générales de façon plus directe que d'une quelconque autre cause de décès – reste élevée dans l'Eur-B et l'Eur-C. En particulier, la moyenne de l'Eur-B est 10 fois plus élevée que celle de l'Eur-A. Ici encore, ces décès excédentaires devraient pouvoir être prévenus dans leur très grande majorité.

En ce qui concerne le cancer en tant que cause de décès d'enfants, il y a relativement peu de différences d'un pays à l'autre de la Région. Ces dernières sont difficiles à interpréter, en raison du nombre peu élevé de décès et des différences probables en ce qui concerne la notification et l'incidence. Cependant, une analyse détaillée des décès notifiés systématiquement peut donner des indications sur la disponibilité d'un traitement médical de haute technologie et sur l'accès à ce dernier. Une importante étude récente, qui reposait sur des données de bonne qualité provenant de 63 registres européens du cancer dans les populations, a conclu que l'incidence globale du cancer chez les enfants avait augmenté au cours des trois dernières décennies. Cependant, la survie s'était améliorée de façon spectaculaire, mais davantage dans la partie occidentale de la Région que dans sa partie orientale (28). Dans les années 90, le taux global de survie à cinq ans pour les enfants était de 64 % dans les pays de la partie orientale et de 75 % dans les pays de la partie occidentale, des différences est-ouest existant pour presque tous les groupes de tumeurs.

En résumé, le fait que la mortalité moyenne soit plus élevée dans l'Eur-B que dans l'Eur-C est dû principalement aux maladies respiratoires et infectieuses aiguës, qui font plus que compenser les taux relativement bas d'anomalies congénitales et de traumatismes. Comme cela a déjà été mentionné, les différences entre les deux perdent de l'importance lorsque la très faible mortalité dans l'Eur-A pour pratiquement toutes les causes est utilisée comme point de référence.

La perte d'années de vie en bonne santé (AVCI) par des enfants

Le tableau 7 de l'annexe présente les estimations d'AVCI pour le groupe des 0–14 ans. Pour la première fois, le projet relatif à la charge de morbidité mondiale (20) a diffusé les données pays par pays. Néanmoins, ces dernières doivent être interprétées avec prudence¹, en particulier sur le plan de leur comparabilité entre pays. Au stade actuel, les estimations d'AVCI disponibles doivent être utilisées principalement pour mieux comprendre l'ampleur et les proportions de la charge de morbidité globale parmi les enfants et, le cas échéant, pour assortir de réserves certaines conclusions concernant les besoins prioritaires et les résultats atteints déterminés

¹ Les tableaux récapitulatifs des AVCI pour les pays de la Région européenne de l'OMS portent sur l'année 2002, avec certaines révisions effectuées en décembre 2004, de façon à tenir compte des ajustements effectués par l'ONUSIDA concernant les estimations relatives à l'infection à VIH dans les pays d'Europe orientale pour cette année. Les estimations d'AVCI reposent sur les meilleures informations dont l'OMS dispose, mais elles présentent en général plus d'incertitude au niveau des pays qu'à celui de la Région et, dans certains cas, pourraient être améliorées grâce à des travaux complémentaires et à un apport de données sur les pays.

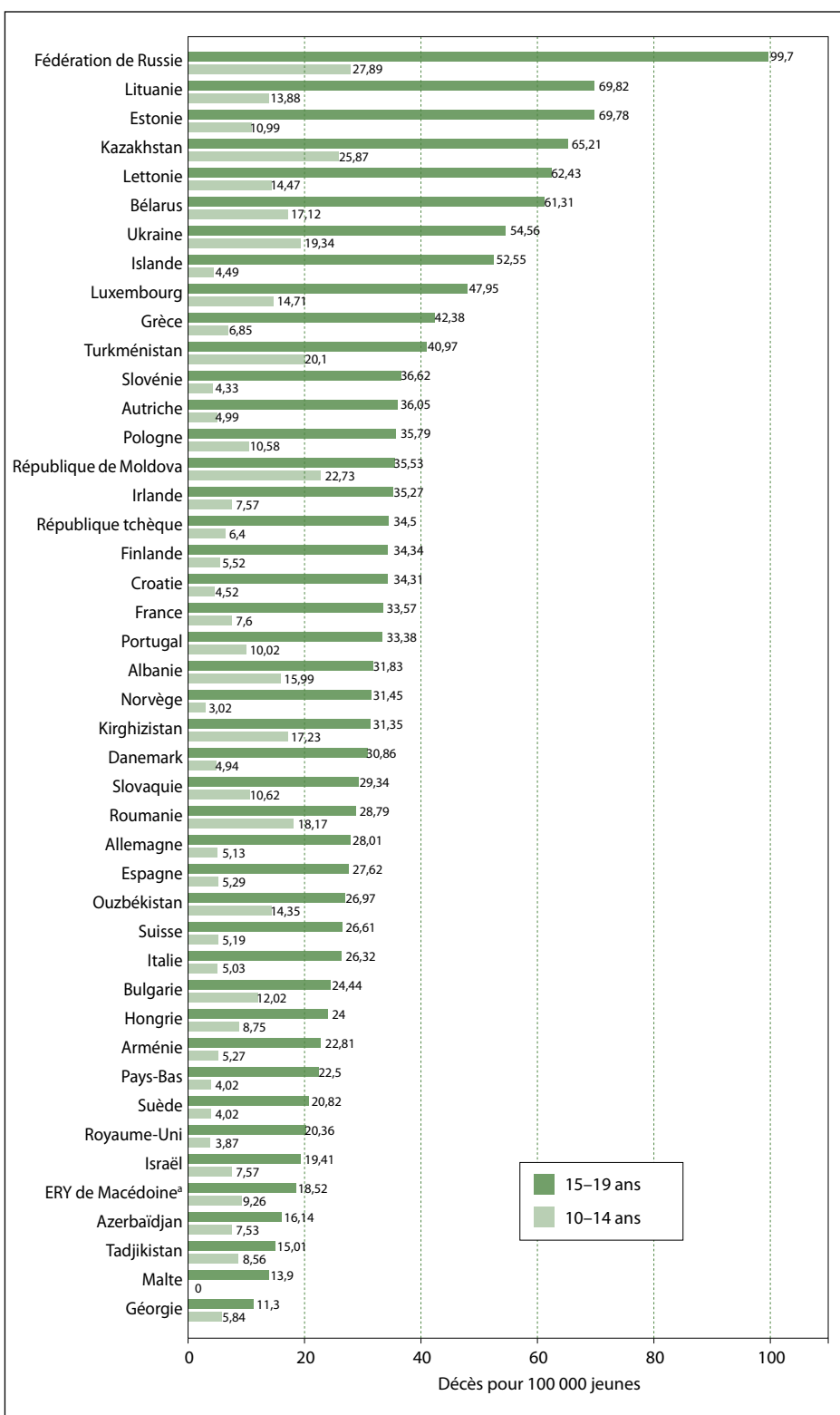


Figure 9. Décès dus à des traumatismes et à des intoxications dans deux groupes de jeunes dans la plupart des pays de la Région européenne de l'OMS, 2002 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles

^a Ex-République yougoslave de Macédoine
Source : Base de données sur la mortalité de l'OMS (27).

sur la base d'indicateurs de mortalité et de la survenue de certaines maladies. Dans cette optique, l'analyse des données a débouché sur les constatations présentées ci-après.

Globalement, la morbidité néonatale représente la part la plus importante de la charge de morbidité des enfants dans la Région européenne. Dans le présent rapport, elle inclut le faible poids de naissance, l'asphyxie à la naissance et les traumatismes à la naissance, qui peuvent être prévenus dans une large mesure. Les taux d'AVCI pour 1 000 enfants âgés de 0 à 14 ans vont de 1,5 en Suède à 41,6 au Kirghizistan. Les pays ont réduit considérablement la morbidité néonatale, mais d'importantes améliorations peuvent encore être réalisées à des coûts relativement faibles. Les variations importantes au sein de la Région et dans les groupes de pays soulignent l'importance de systèmes sanitaires et sociaux efficaces.

Les infections respiratoires sont la deuxième cause d'AVCI, mais elles ne figurent parmi les 10 causes principales que dans 20 des 52 États membres de la Région. Pour ces 20 causes, la charge de morbidité en AVCI va de 1,5 pour 1 000 enfants en Bosnie-Herzégovine, en Slovaquie et en Ukraine à 59,1 pour 1 000 en Turkménistan.

Les anomalies congénitales figurent parmi les 10 principales causes de la charge de morbidité dans chaque pays de la Région, et représentent la troisième cause dans la Région dans son ensemble. Les charges estimées au niveau des pays varient de 1,7 à 14,1 AVCI pour 1 000 enfants. Certaines déficiences des données sur les anomalies congénitales ont été mentionnées. D'une manière générale, cependant, les informations disponibles indiquent qu'il existe de multiples raisons pour cette charge de morbidité relativement élevée et persistante. Il s'agit notamment de l'augmentation de l'âge maternel moyen, de progrès inégaux en matière de prévention primaire (par exemple, l'encouragement des femmes enceintes à prendre des suppléments d'acide folique et le développement des programmes de dépistage prénatal, qui devraient être bien adaptés aux différences culturelles), et de l'insuffisance de la fourniture de conseils et de choix d'interventions préventives. En outre, les différences socioéconomiques semblent s'être accentuées, étant donné que les groupes socioéconomiques inférieurs de la population connaissent moins bien les mesures préventives disponibles ou n'ont pas les moyens d'en profiter pleinement. Même les pays de l'Eur-A ne tirent pas pleinement parti des avantages de la supplémentation en acide folique.

Les troubles neuropsychiatriques figurent parmi les 10 causes principales de la charge de morbidité des enfants dans tous les pays et dans la Région dans son ensemble. Dans le présent rapport, ces troubles incluent les troubles dépressifs unipolaires, la schizophrénie et la migraine. Les autres causes importantes de la charge de morbidité des enfants de la Région sont la carence en iode, les traumatismes non intentionnels et l'asthme. La première et la troisième sont abordées plus loin.

Les profils d'AVCI varient considérablement selon le groupe de pays. En résumé, les données présentées dans le tableau de l'annexe 7 indiquent ce qui suit :

1. La charge de morbidité totale pour le groupe des 0–14 ans varie selon le pays dans un rapport de 1 à 6. Au niveau des pays, la charge est la plus lourde au Tadjikistan (224 AVCI pour 1 000 enfants) et la moins élevée en Suède (36 AVCI pour 1 000 enfants).
2. Les troubles neuropsychiatriques constituent la cause principale de la charge de morbidité dans l'Eur-A, mais sont classés plus bas dans l'Eur-B et l'Eur-C. En outre, les différences entre pays en termes d'AVCI dues à ces troubles sont relativement faibles, contrairement aux écarts entre les parts de la charge de morbidité qui sont imputables aux maladies infectieuses et à d'autres affections aiguës. Comme ces dernières sont de mieux en mieux

maîtrisées en Asie centrale et dans certains autres pays, l'importance relative des problèmes neuropsychiatriques y augmentera, ainsi que dans la Région dans son ensemble.

3. La situation en matière d'anomalies congénitales est semblable. Celles-ci figurent parmi les 10 principales causes dans tous les pays, mais la charge de morbidité est moindre dans les pays d'Europe occidentale et centrale.
4. La morbidité néonatale constitue un problème important dans tous les pays, bien que sa part dans la charge de morbidité varie considérablement.
5. L'asthme figure parmi les 10 causes principales dans tous les pays de l'Eur-A, mais seulement dans la moitié des pays de l'Eur-B et de l'Eur-C.
6. Les traumatismes non intentionnels se trouvent parmi les 10 causes principales de la charge de morbidité pour les enfants dans presque tous les pays de la Région.

Autres indicateurs de la santé des enfants

Les analyses de la charge de morbidité globale en termes de mortalité et d'AVCI résument les caractéristiques essentielles de la situation et les tendances de la santé des enfants, mais ces mesures ne tiennent pas compte ou seulement partiellement de certains aspects et processus du développement sanitaire dans la Région. En raison de leur nature, de leurs manifestations cliniques ou de la déficience de la surveillance systématique de la santé, certaines affections exigent une attention particulière et des indicateurs spéciaux ; ces derniers devraient comprendre, par exemple, l'indice de masse corporelle (ou IMC, qui évalue le poids par rapport à la stature) et la prévalence des symptômes d'asthme, plutôt que la mortalité ou l'incidence. La présente section aborde deux types de telles affections.

Le premier type comprend des affections en grande partie susceptibles d'être prévenues qui sont ou devraient être bien maîtrisées, pour autant que les programmes de prévention recommandés fonctionnent bien. Les exemples donnés ici sont les maladies à prévention vaccinale, la tuberculose et les carences en micronutriments. Le deuxième type comprend des affections complexes qui peuvent être moins bien comprises et sont profondément enracinées dans le changement social et environnemental. Certaines d'entre elles prennent la forme d'épidémies rampantes, mais elles peuvent néanmoins être prises en charge dans une large mesure par la prévention, le diagnostic et le traitement précoces. Les exemples abordés ici sont les problèmes de santé mentale, l'asthme et l'obésité.

Ces deux types d'affections sont présentés au moyen de quelques exemples et n'ont pas été choisis sur la base d'un examen complet. Plusieurs bons indicateurs disponibles de la santé des enfants, tels que le diabète, n'ont pu être inclus, mais un examen transnational complet de l'ensemble des sources de données et des indicateurs pertinents serait très difficile, étant donné que le nombre d'indicateurs actuellement utilisables pour des comparaisons internationales est très réduit. Pour de nombreux indicateurs, l'expérience met en évidence d'importantes lacunes et indique la nécessité d'une amélioration des données dans la plupart des pays. Il s'agit là d'une des principales conditions préalables à une amélioration des services de santé publique pour l'ensemble des enfants et des familles.

Affections en grande partie susceptibles d'être prévenues

Maladies à prévention vaccinale

La vaccination sauve des millions de vies chaque année en prévenant des décès et des incapacités dues à des maladies infectieuses, et ce à un coût bien inférieur à celui du traitement. Chaque enfant a le droit d'être protégé contre les maladies à prévention vaccinale grâce à un

système de vaccination solide et efficace. La vaccination n'est pas seulement un instrument efficace de prévention des décès et des maladies chez les enfants ; ses bienfaits persistent au cours de l'adolescence et de l'âge adulte.

Lorsqu'il existe une couverture vaccinale élevée et stable, la maladie recule, comme le montrent le fait que la Région européenne a été certifiée indemne de poliomyélite en 2002 et la réduction spectaculaire du nombre de cas signalés de rougeole, de 200 000 en 1994 à 30 000 en 2003. Cependant, la mise en place de services de vaccination solides pose de nombreux problèmes, tant dans les pays ayant mis en œuvre une réforme du système de soins de santé que dans ceux dotés de systèmes de soins de santé primaires stables et bien financés. En l'absence d'une maladie, la vaccination cesse d'être prioritaire. En raison d'une insuffisance de la couverture vaccination, des flambées de maladies graves telles que la rougeole continuent de se produire dans la Région, ce qui cause des maladies et des décès qui auraient pu être évités. En outre, un nombre croissant de femmes atteignent l'âge de la procréation sans être immunisées contre la rubéole, ce qui augmente le risque de naissance d'enfants atteints d'anomalies congénitales. Cela résulte d'un recours insuffisant au vaccin rougeole-oreillons-rubéole au cours de l'enfance.

En outre, la vaccination contribue à réduire les inégalités de santé, en particulier dans les populations à risque et vulnérables. Dans tous les pays de la Région, des enfants continuent de courir le risque de contracter des maladies susceptibles d'être prévenues parce qu'ils n'ont pas accès à de bons services de vaccination. Cela peut être dû à des raisons socioéconomiques ou géographiques, ou simplement au fait que les personnes qui s'occupent de ces enfants ne connaissent pas l'importance d'une vaccination en temps utile ni les risques d'une absence de vaccination.

L'immunité de la population et la réduction des maladies peuvent être assurées par le maintien en place d'éléments essentiels du système de vaccination tels que :

- une volonté politique de prévoir des ressources appropriées et durables pour assurer la disponibilité de vaccins de qualité ;
- un système efficace de gestion et distribution des vaccins, y compris des services d'intervention sur le terrain ;
- la communication d'informations appropriées et la mise en place d'une formation adaptée pour les prestataires de soins de santé et le grand public ;
- un système efficace de suivi et d'analyse de données pour assurer la gestion de programmes nationaux de vaccination reposant sur des bases factuelles.

Tuberculose

La tuberculose est une cause sous-estimée de morbidité et de mortalité parmi les enfants âgés de 0 à 14 ans. L'épidémiologie de la tuberculose chez les enfants varie considérablement d'un pays à l'autre. Dans le monde entier, la proportion de cas de tuberculose qui touchent les enfants est estimée entre 2 et 7 % dans les pays occidentaux industrialisés et entre 15 et 40 % dans les pays qui ont un revenu inférieur. Dans la Région européenne de l'OMS, le chiffre varie très probablement entre 2 % et 10 % ; par exemple, il est de 4,2 % en Fédération de Russie et de 8,4 % en Lettonie.

Une augmentation des taux de tuberculose chez les enfants a été signalée dans de nombreux pays de la Région, dont l'Autriche, le Danemark, la Fédération de Russie, Israël, la Lettonie, le Royaume-Uni et la Suède (29). Des augmentations sont probables dans les pays où la

tuberculose touchant les adultes est en hausse, étant donné que la détérioration de la lutte menée contre cette maladie touche rapidement les groupes les plus jeunes.

Les facteurs de risque socioéconomiques, dont la pauvreté et le surpeuplement des logements, continuent d'être associés à un risque plus élevé de contracter la tuberculose dans le cas des enfants, les facteurs de risque dans la Région européenne comprennent également l'immigration, en particulier dans les pays de la partie occidentale où la tuberculose est de plus en plus confinée aux groupes à risque, dont les minorités ethniques. Les études portant sur des pays à revenu faible et intermédiaire ont confirmé les liens avec les facteurs de risque que sont la pauvreté et la malnutrition.

Comme les enfants infectés constituent le réservoir des futurs cas de maladie, des interventions visant spécifiquement les enfants peuvent contribuer considérablement à réduire la future charge de morbidité résultant de la tuberculose. Malheureusement, les documents stratégiques concernant la lutte contre la tuberculose abordent rarement la tuberculose des enfants en tant que problème de santé publique (30). Cela peut résulter du fait que la confirmation d'un diagnostic de tuberculose chez un enfant par examen microscopique d'un frottis d'expectoration est rarement possible. Néanmoins, bien qu'un traitement bon marché et efficace des enfants atteints de tuberculose soit disponible, un grand nombre de ceux qui en ont besoin ne peuvent l'obtenir, en particulier parmi les plus désavantagés sur le plan social.

Tant que la tuberculose et les migrations auront une grande ampleur sur le plan mondial, il faut s'attendre à ce que la Région européenne de l'OMS continue à enregistrer une charge de tuberculose constante ou même en augmentation chez les enfants. D'une manière générale, l'insuffisance de l'infrastructure de santé publique entraîne une telle augmentation. Cependant, dans plusieurs pays de la CEI, deux autres facteurs aggravants ne doivent pas être perdus de vue : l'épidémie d'infection à VIH et de sida, qui se superpose à la charge de tuberculose, et le nombre extraordinairement élevé d'enfants abandonnés, sans abri ou négligés.

Carence en fer

La carence en fer (carence martiale) est responsable de 0,7 % des AVCI dans la Région européenne. Elle peut entraver le développement du cerveau chez les nourrissons, et provoquer un déficit de l'attention et une altération du fonctionnement cognitif chez les enfants et les adultes. Les mauvaises pratiques en matière d'alimentation, qui peuvent notamment se traduire par des taux peu élevés d'allaitement maternel, constituent une cause importante de carence en fer chez les nourrissons et les jeunes enfants de la Région. La prématurité et l'infestation par des parasites, notamment des helminthes, du fait de mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement, contribuent également à ce problème.

La carence en fer est une cause importante d'anémie. Une prévalence d'anémie légère et modérée (mais non grave) a été signalée parmi des enfants de Bosnie-Herzégovine, des républiques d'Asie centrale et de certaines parties d'Europe occidentale. En outre, les adolescents peuvent être vulnérables à la carence en fer. D'importantes difficultés socioéconomiques peuvent expliquer en partie ces taux élevés, mais probablement pas dans tous les pays. L'UNICEF et l'OMS (31) ont examiné la carence en fer dans les pays d'Asie centrale et ont recommandé d'utiliser une démarche intégrée comprenant entre autres les éléments suivants :

- une amélioration des pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (allaitement maternel exclusif pendant six mois et introduction en temps voulu d'aliments appropriés riches en fer, tels que des fruits et légumes en purée et du foie liquéfié) ;

- la promotion de changements positifs du régime alimentaire chez les femmes ;
- l'enrichissement des céréales (sous la forme de farine, par exemple) et des aliments des nourrissons par du fer et d'autres micronutriments ;
- le recours à la supplémentation orale en fer ;
- un renforcement de la lutte contre les infections ;
- la surveillance de la mise en œuvre des programmes.

Ces interventions doivent être liées à des programmes de santé publique concernant, par exemple, le planning familial, la promotion de l'allaitement maternel, l'amélioration de la santé maternelle, l'initiative Pour une grossesse plus sûre (32) et la PCIME (24). Les gouvernements devraient prendre des engagements fermes à mettre en place des programmes durables pour prévenir la carence en fer. L'action menée devrait associer toutes les parties prenantes, y compris l'industrie alimentaire, le secteur de l'éducation, les organisations de la société civile et les médias.

Carence iodée

La carence iodée reste un problème de santé publique dans une grande partie de la Région européenne de l'OMS. Il s'agit de la principale cause d'arriération mentale et de lésions cérébrales susceptibles d'être prévenues ; elle réduit les chances de survie des enfants, cause des goitres et entrave la croissance et le développement. La carence iodée chez les femmes enceintes provoque des fausses couches, des mortinaissances et d'autres complications. Les enfants souffrant de troubles dus à une carence iodée peuvent être atteints d'un retard de croissance, d'apathie et de retard mental, et être incapables de se mouvoir, de parler ou d'entendre normalement (33). Dans la Région européenne, 60 % des enfants âgés de 6 à 12 ans et 57 % de la population générale ont un apport en iode insuffisant, ce qui se traduit par des taux médians d'iode dans les urines inférieurs à 100 µg/litre. La carence iodée est considérée comme un problème de santé publique dans ces populations (34).

Il s'est avéré que l'utilisation de sel iodé pour éliminer les troubles dus à une carence en iode constituait une intervention financièrement avantageuse. Il existe une corrélation négative entre la proportion de ménages qui utilisent ce type de sel et la prévalence d'un faible apport en iode. Parmi les régions de l'OMS, les Amériques ont la proportion la plus élevée de ménages consommant du sel iodé (90 %) et la plus faible proportion de personnes ayant un apport en iode insuffisant ; en revanche, la Région européenne est celle où la consommation de sel iodé par les ménages est la plus faible (27 %) et où la proportion de la population ayant un apport en iode insuffisant est la plus élevée.

Dans le monde, des progrès importants ont été accomplis vers l'élimination de la carence iodée au cours de la décennie écoulée. L'amélioration de l'apport en iode témoigne de la validité de la stratégie de l'OMS (qui repose sur l'iodation du sel, complétée par des suppléments en iode dans les zones reculées ou habitées par des groupes de la population gravement carencés en iode) et de la mise en œuvre de programmes de lutte contre les troubles dus à une carence en iode par les pays. Par exemple, le Turkménistan est parvenu à une iodation du sel universelle en novembre 2004 et a obtenu à ce titre un certificat de l'UNICEF et de l'OMS. Il faut mettre tout en œuvre pour que les programmes continuent de couvrir les populations à risque, afin d'éliminer les troubles dus à une carence en iode.

Trois affections complexes

Problèmes de santé mentale, automutilations (traumatismes auto-infligés) et suicides

Selon des études réalisées au Royaume-Uni, environ 10 % des enfants âgés de 5 à 15 ans souffrent d'un trouble de santé mentale (35). Parmi eux, 5 % sont atteints de troubles du comportement, 4 % de troubles affectifs et 1 % d'hyperactivité. Les taux de suicide parmi les moins de 20 ans ont augmenté dans de nombreux pays au cours des deux décennies écoulées, plus nettement parmi les jeunes de sexe masculin que parmi les filles, et en particulier dans plusieurs pays de l'Eur-A. Comme les chiffres enregistrés sont inférieurs à la réalité, cependant, les taux de suicide réels sont difficiles à établir.

Selon des bases factuelles, un dépistage chez les mères qui viennent d'accoucher permet de déceler la dépression postnatale et des visites à domicile ultérieures améliorent l'état de santé. D'autres bases factuelles montrent l'efficacité de programmes formant les parents à faire face à des troubles du comportement chez leurs enfants (36).

De nombreux programmes de prévention du suicide mis en œuvre sur une grande échelle n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation scientifique, de sorte que l'on ne sait pas lesquels d'entre eux sont efficaces (37). Dans la population scolaire générale, les programmes de prévention du suicide à l'école qui sont axés sur le changement du comportement et des stratégies permettant de faire face à l'adversité sont corrélés avec un plus faible taux de tentative de suicide et avec une amélioration du développement de la personnalité et des aptitudes permettant de faire face à l'adversité. Chez les écoliers à risque, les programmes exécutés dans les écoles reposant sur l'acquisition de compétences et le soutien social réduisent les facteurs de risque et renforcent les facteurs protecteurs. Cependant, il ne semble pas exister d'intervention qui réduise le taux de suicide. Pour être efficaces, les stratégies de prévention doivent utiliser une large gamme d'interventions axées sur différents facteurs de risque à différents niveaux.

Eu égard à la vulnérabilité et aux besoins des jeunes, les activités visant à promouvoir leur santé mentale, et à prévenir et à traiter les problèmes de santé mentale doivent bénéficier d'un degré élevé de priorité. Cependant, dans de nombreux pays, les capacités disponibles dans ce domaine sont insuffisantes, et les services et le personnel sont souvent mal préparés pour faire face aux problèmes de développement et liés à l'âge.

Comme les troubles mentaux chez les enfants peuvent être d'importants précurseurs de ceux que connaissent les adultes, il faut considérer que les actions en faveur de la santé mentale des enfants constituent un investissement stratégique qui présente de nombreux avantages à long terme pour les individus, les systèmes de santé et la société. C'est pourquoi le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe (35) demande aux États membres :

- de faire en sorte que les politiques en matière de santé mentale accordent un degré élevé de priorité à la santé mentale et au bien-être des enfants ;
- d'incorporer les droits des enfants mentionnés dans les traités et conventions internationaux (1) dans la législation sur la santé mentale ;
- d'associer les jeunes autant que possible à la fixation de priorités concernant les activités visant à promouvoir la santé mentale et à prévenir et traiter les problèmes de santé mentale ;
- d'accorder une attention particulière aux groupes marginalisés, y compris les enfants de familles d'immigrés.

Les problèmes de santé mentale chez les adolescents sont étroitement liés à d'autres problèmes de santé, dont la toxicomanie et l'abus d'alcool. Une compréhension de la prévalence des problèmes de santé mentale dans les différents groupes peut faciliter le ciblage des interventions ;

par exemple, les mesures de prévention peuvent être destinées à ceux qui courent un risque élevé de suicide, en particulier les personnes qui souffrent de troubles du comportement, de schizophrénie, de troubles affectifs graves, d'abus de drogue et d'alcool, et d'anorexie mentale (39). Les travaux de recherche actuels indiquent qu'une évaluation et un traitement précoces des troubles de santé mentale, même les plus graves et les plus durables, peuvent réduire la charge de morbidité qui résulte de certaines affections connexes ultérieurement dans la vie (40).

Asthme

Au cours des trois décennies écoulées, la prévalence des maladies allergiques et de l'asthme a augmenté dans l'ensemble de la Région européenne. Ces maladies contribuent de façon importante à la charge de morbidité. Cependant, leur prévalence varie considérablement, puisque les taux de symptômes asthmatiques dans les pays d'Europe occidentale sont 10 fois plus élevés que dans ceux d'Europe orientale. Une proportion inconnue de la différence est probablement attribuable à des facteurs environnementaux (41). Un récent résumé (42) faisait état d'estimations de prévalence chez les enfants âgés de 13 et 14 ans pour 30 pays de la Région ; il a mis en évidence une prévalence qui allait de moins de 5 % dans les pays tels que l'Albanie, la Fédération de Russie, la Géorgie, la Grèce et la Roumanie à plus de 30 % au Royaume-Uni.

Les allergies et l'asthme résultent de divers facteurs ; ils sont le produit d'interactions complexes entre des gènes et l'environnement (40). L'exposition à des polluants de l'air intérieur (tels que la fumée due à l'utilisation de combustibles solides) peut augmenter la gravité ou la fréquence des symptômes asthmatiques et le risque de maladies respiratoires, et est liée à des altérations du fonctionnement des poumons. La fumée de tabac ambiante augmente le risque d'asthme et d'infections respiratoires, et nuit au fonctionnement des poumons. En outre, la pollution de l'air extérieur (due, notamment, à l'ozone et aux particules en suspension) augmente notoirement le risque de crise d'asthme et a des effets nocifs sur la santé respiratoire.

Des facteurs liés au mode de vie occidental (tels qu'une moindre exposition aux infections, le nombre moins élevé d'enfants dans les familles et le fait de ne pas consommer certains nutriments) peuvent engendrer une réduction de certaines influences sur le système immunitaire en développement qui se traduit par des réactions immunitaires insuffisantes et augmente donc le risque de contracter des maladies atopiques. Cependant, l'influence de nombreux facteurs de l'environnement sur l'histoire naturelle de l'asthme et des allergies n'est pas bien comprise, de sorte qu'il est difficile de choisir des mesures préventives.

Pour réduire la prévalence et la gravité de l'asthme et des maladies allergiques pendant l'enfance, les mesures suivantes sont actuellement recommandées en vue de prévenir une sensibilisation, en particulier chez les nourrissons qui risquent de développer des maladies allergiques (ceux qui ont d'importants antécédents familiaux d'atopie) (41) :

- éviter l'exposition à la fumée de tabac ambiante avant et après la naissance ;
- pratiquer l'allaitement maternel exclusif pendant 4 à 6 mois (voir également p. 76 à 77), en évitant les aliments solides (43) ;
- favoriser un environnement intérieur sain, notamment en concevant et en construisant des logements bien ventilés et contenant peu d'allergènes ;
- prendre des mesures pour prévenir la pollution de l'air intérieur ;
- éviter des allergènes tels que les squames d'animaux, les acariens de la poussière des maisons et les moisissures (44), les substances qui causent une irritation lorsqu'elles entrent en contact avec la peau et les métaux utilisés pour le perçage des oreilles, etc. ;
- prendre des mesures pour limiter ou prévenir l'exposition à la pollution de l'air extérieur.

La prévention secondaire chez les enfants qui souffrent d'asthme doit comprendre une action éducative sur la façon d'éviter les facteurs de l'environnement qui peuvent déclencher des crises et des symptômes. Dans le monde entier, il a été estimé qu'une meilleure action éducative sur les risques potentiellement mortels des allergies (anaphylaxie) et de l'asthme, en particulier chez les enfants, et un dialogue plus intense entre les familles et le médecin traitant pourraient prévenir environ 25 000 décès d'enfants dus à l'asthme chaque année (45).

Une importante réduction de l'exposition à la pollution atmosphérique due à la circulation routière (46,47) et à d'autres sources présentes dans l'air intérieur et extérieur serait bénéfique pour la santé respiratoire des enfants à long terme. Certaines mesures pourraient être appliquées à cette fin :

- apporter des améliorations techniques aux véhicules et aux carburants ;
- réglementer le transport au niveau local ;
- prévenir la pollution de l'air intérieur résultant par exemple de l'utilisation de combustibles solides ;
- prévenir l'exposition des enfants à la fumée de tabac ambiante.

Bien que plusieurs de ces recommandations soient corroborées par de nombreuses bases factuelles épidémiologiques et cliniques, les avantages de leur mise en œuvre ne sont pour l'essentiel pas pleinement évalués. Il faut procéder à des travaux de recherche opérationnelle pour étudier les effets des mesures visant à réduire la pollution de l'air sur la santé respiratoire des enfants, en recourant notamment à une étude systématique des difficultés sociales et du risque d'expositions multiples aux polluants produits par la circulation routière et à la fumée de tabac (48).

Surcharge pondérale et obésité

Un poids corporel excessif (surcharge pondérale, y compris obésité, déterminée d'après les équivalents de l'IMC applicables aux enfants) est le problème médical le plus fréquent chez les enfants de la Région européenne ; il est en passe de prendre de graves proportions à l'échelle mondiale (49). Dans plusieurs pays d'Europe occidentale, sa prévalence est passée de quelque 10 % au début des années 80 à quelque 20 % à la fin des années 90. Dans plusieurs régions d'Europe du sud, un enfant sur trois présente une surcharge pondérale. En général, les pays d'Europe centrale et orientale enregistrent des pourcentages plus bas, ce qui est partiellement lié aux difficultés économiques des années 90. La surcharge pondérale est plus répandue chez les enfants issus de familles à revenu élevé dans les pays moins industrialisés, surtout s'ils déménagent en zone urbaine, et dans les familles à bas revenu des sociétés plus industrialisées.

La surcharge pondérale des enfants augmente le risque de maladies non transmissibles et entraîne une baisse de l'estime de soi, de la dépression et une exclusion sociale. Il existe un lien entre l'obésité des enfants et un certain nombre de pathologies telles que la mauvaise tolérance au glucose et l'augmentation des risques de diabète non insulino-dépendant, d'hypertension et d'apnée du sommeil, mais le plus grand problème réside dans la prévalence accrue de maladies non transmissibles à l'âge adulte (maladies cardiovasculaires, diabète, certains types de cancer, arthrose et dysfonctionnements de la vésicule biliaire et du système endocrinien).

L'obésité fait peser de lourdes charges financières sur les systèmes de santé. Les pathologies liées à l'obésité représentent jusqu'à 7 % des frais de santé directs dans la moitié occidentale de la Région et 5 % dans la moitié orientale (50,51).

La prévention est la seule option réalisable ; elle est essentielle pour tous les pays. L'OMS

(49,52) recommande l'élaboration de stratégies multisectorielles d'encadrement, afin de permettre une meilleure disponibilité d'aliments appropriés, de limiter la dépendance par rapport aux modes de transport motorisés, de faciliter l'accès à des infrastructures récréatives et de veiller à ce que les informations sur la santé soient faciles à comprendre, pertinentes, cohérentes et largement diffusées (voir « Nouvelles politiques de certains pays » et p. 82 à 83). Les interventions dans les écoles doivent aller de pair avec des changements du contexte social et culturel. Les systèmes sanitaires et éducatifs, les parents, l'industrie alimentaire, les médias, les urbanistes et les décideurs politiques, à tous les niveaux, devront coordonner leurs efforts.

Nouvelles politiques de certains pays

Les politiques relatives à l'alimentation et à la nutrition permettent de préserver la santé et de limiter la morbidité liée à un régime alimentaire inadéquat, tout en contribuant au développement socioéconomique et à la protection de l'environnement (46). Différents secteurs jouent des rôles complémentaires dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces politiques. Celles-ci comprennent habituellement des stratégies sur l'alimentation, la nutrition et l'approvisionnement durable en aliments (sécurité alimentaire). La Région européenne compte quelques bons exemples récents de politiques en matière d'alimentation et de nutrition.

Pays-Bas

Quoique l'espérance de vie soit en hausse aux Pays-Bas, elle subit l'influence négative de modes de vie malsains. L'obésité entraînant des pathologies est l'un des grands problèmes sur lesquels ce pays met l'accent dans sa politique de la santé (53).

Slovénie

En mars 2005, la Slovénie a lancé un programme national relatif à la nutrition pour améliorer les habitudes alimentaires et réduire les effets des pathologies liées à de mauvaises habitudes de vie et d'alimentation (54).

Espagne

La modification des habitudes alimentaires et des modes de vie est la principale cause de l'augmentation de l'obésité en Espagne. Ce pays a adopté une stratégie sur l'alimentation, l'activité physique et la prévention de l'obésité (55). La nature multifactorielle de l'obésité y est reconnue ; l'objectif est d'améliorer le régime alimentaire de l'ensemble des citoyens et de les encourager à avoir une activité physique régulière, tandis que la prévention chez les enfants bénéficie d'une attention particulière.

Royaume-Uni

Un livre blanc sur la santé publique produit par le gouvernement (56) énonce de nouvelles mesures, dont les suivantes :

- freins à la publicité pour des aliments peu sains auprès des enfants ;
- étiquetage nutritionnel clair, sans équivoque ;
- conseils aux particuliers sur la façon d'améliorer leur mode de vie, dispensés par des instructeurs du Service national de santé ;
- un large éventail de mesures visant à combattre les inégalités sociales et géographiques dans le domaine de la santé.

Une analyse systématique de 10 essais conçus pour la prévention de l'obésité infantile (57) a été réalisée pour apprécier l'efficacité de la thérapie éducative, psychologique, familiale, comportementale et/ou de la thérapie par la promotion de la santé, des conseils et programmes de prise en charge axés sur les régimes alimentaires, l'activité physique et/ou le mode de vie, et du soutien social. La quantité d'informations de bonne qualité était limitée et il n'a pas été possible de tirer des conclusions généralisables, quoiqu'il pourrait être utile de se focaliser sur des stratégies encourageant un comportement moins sédentaire et une plus grande activité physique. Néanmoins, les études font apparaître que la plupart des enfants courent le risque de prendre du poids et que les stratégies préventives menées à l'échelle de la population seront bénéfiques pour la santé de tous les enfants.

Reconnaissant que l'obésité constitue une menace de taille pour la santé publique, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en a fait l'une de ses priorités de travail pour les prochaines années. Une conférence ministérielle prévue pour fin 2006 aura pour double objectif de sensibiliser davantage au problème dans la Région et de stimuler l'engagement politique pour le combattre.

Déterminants de la santé chez les enfants et mesures sanitaires

La pauvreté représente la principale menace qui pèse sur la santé des enfants, quel que soit le niveau de développement du pays considéré, (58). Cette section évoque toute la gamme des déterminants de la santé, y compris certaines interventions dont l'efficacité est avérée. La section suivante (p. 89 à 93) aborde les divers facteurs mentionnés ici afin de répertorier ceux que l'on retrouve dans les interventions réussies.

Déterminants aux premiers stades du développement

Liens avec la santé maternelle

Il existe un lien étroit entre la santé des enfants et les politiques relatives à la santé maternelle. Les conditions de vie de la mère ont une influence capitale sur la santé de l'enfant. De plus, les premières interventions visant à protéger et à promouvoir la santé de l'enfant – grâce à des soins adéquats au nouveau-né et à un allaitement maternel exclusif, par exemple – ne peuvent que s'inscrire dans le cadre de la santé maternelle et des soins prodigués à la mère.

Comme cela a déjà été signalé, les bases d'une bonne santé sont posées avant même la conception. Elles sont décisives durant les premières années de la formation de l'enfant. Les anomalies congénitales, par exemple, peuvent être évitées grâce à diverses interventions :

1. l'absorption par la femme, à l'époque de la conception, de suppléments d'acide folique a un puissant effet protecteur contre l'apparition de défauts du tube médullaire chez les fœtus (59) ;
2. l'élargissement des programmes de vaccination des bébés et/ou des fillettes contre la rubéole ;
3. l'organisation des meilleurs soins cliniques possibles pour les femmes enceintes souffrant d'épilepsie ou de diabète et la mise en œuvre d'une stratégie de lutte contre les risques liés à l'obésité de la mère ;
4. l'adoption de dispositions prévoyant des essais plus rigoureux pour les produits pharmaceutiques avant leur commercialisation et la surveillance de ces produits par la suite ;
5. la réduction de la consommation abusive de drogues récréatives telles que la cocaïne et l'alcool par les parents ;
6. la délivrance de conseils génétiques ;
7. l'application du principe de précaution vis-à-vis de l'exposition à certains facteurs de l'environnement : limiter l'exposition intensive à des sous-produits de la chloration de l'eau potable, à des produits chimiques perturbateurs du système endocrinien, aux rejets des décharges et aux pesticides.

La pauvreté représente la principale menace qui pèse sur la santé des enfants, quel que soit le niveau de développement du pays considéré. Les taux de morbidité et de comportements menaçant la santé sont étroitement liés à des facteurs socioéconomiques, dont une mauvaise santé néonatale (due à la malnutrition, par exemple), le manque d'accès à des soins de santé, un environnement insalubre ou peu sûr et des facteurs comportementaux tels que le tabagisme, la consommation d'alcool ou la toxicomanie dès un âge précoce.

Un régime alimentaire sain et un approvisionnement en eau potable ont une importance capitale à chaque stade du développement, depuis avant la conception jusqu'à la vie ultérieure. Une mauvaise alimentation a pour corollaires un affaiblissement de la résistance aux maladies, une perturbation du développement physique et psychologique, une morbidité et une mortalité infantiles trop élevées.

La période néonatale est un moment critique. L'expérience montre qu'une technologie sophistiquée n'est pas le principal facteur. La santé néonatale dépend largement de la situation socioéconomique, de l'accès à des services prénatals et à des services d'obstétrique, et de l'information dispensée aux parents. Combinée à des mesures visant à promouvoir la santé et à prévenir la maladie, l'amélioration de la situation socioéconomique des personnes à haut risque est efficace. Si la survie du nouveau-né ne dépend pas essentiellement d'une infrastructure médicale coûteuse, l'accès à des soins de base est capital.

Un faible poids à la naissance (moins de 2 500 g) augmente les risques sanitaires chez le nouveau-né et par la suite. Il va de pair avec une augmentation de la fréquence des coronaropathies, des accidents vasculaires cérébraux, de l'hypertension et du diabète non insulino-dépendant. Sa prévalence oscille entre 4 % et 16 % environ dans la Région. Les mères jeunes ont davantage tendance à donner le jour à des bébés de petit poids. Ces bébés sont aussi plus souvent nés de mères fumeuses, ce qui semble être le principal facteur dans la Région. De plus, un faible poids à la naissance peut être le signe d'une alimentation inadéquate chez la mère.

Allaitement au sein

L'allaitement au sein est un moyen efficace et peu coûteux d'améliorer le bien-être des nourrissons. De faibles taux d'allaitement au sein et un sevrage rapide :

- ont d'importantes répercussions négatives sur le plan sanitaire et social pour les femmes, les enfants et la société ;
- entraînent un surcroît de dépenses de soins de santé ;
- accroissent les inégalités sur le plan de la santé (60).

Dans tous les États membres, les mères sont trop peu nombreuses à allaiter leur enfant au sein jusqu'à l'âge de 6 mois (figure 10) ; l'OMS recommande un allaitement maternel exclusif durant cette période.

L'allaitement au sein peut être encouragé par tout un éventail de mesures telles que des séances d'information, des pratiques éclairées dans le milieu de travail et un congé de maternité payé. Les médias et les responsables de l'enseignement peuvent apporter leur pierre à l'édifice en promouvant des normes sociales favorables à ces activités. Une analyse des bases factuelles révèle que toutes les formes d'appui supplémentaire aux mères ont des effets bénéfiques sur la durée de l'allaitement maternel exclusif et partiel. Un soutien professionnel supplémentaire est bénéfique pour tout type d'allaitement et un soutien non professionnel limite efficacement l'arrêt de l'allaitement maternel exclusif. Il a été démontré qu'un soutien professionnel dispensé par un personnel correctement formé avait des effets positifs pour la santé, dont une nette réduction des risques d'infections gastro-intestinales et d'eczéma atopique. La recherche montre qu'un soutien général de l'allaitement maternel augmente à la fois le nombre de mères allaitantes et la durée de l'allaitement (61).

Il y a consensus quant à la meilleure manière d'encourager l'allaitement au sein. Un plan d'action (60) financé par la Commission européenne a été élaboré en se basant sur la Stratégie

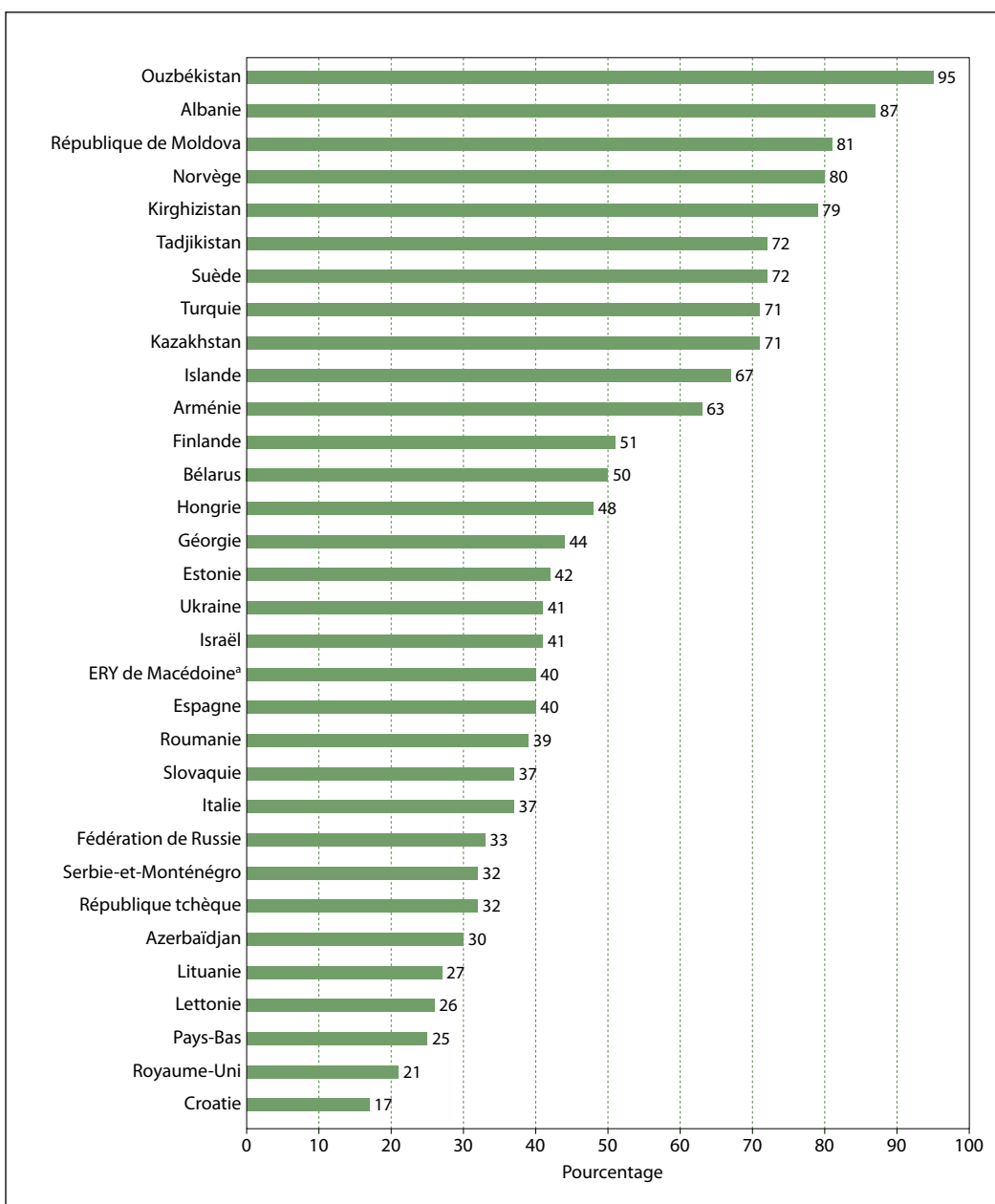


Figure 10.
Pourcentage
d'enfants de
6 mois nourris
au moins
partiellement
au sein dans
32 pays de
la Région
européenne
de l'OMS, 2000

* Ex-République yougoslave
de Macédoine
Source : Base de données
européenne de la Santé
pour tous (17).

mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (26). Il recommande des stratégies nationales insistant sur la traduction des politiques dans les faits. Il convient de faire preuve de vigilance, par exemple pour veiller à ce que le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (62) continue à être appliqué.

Pratiques d'alimentation

De mauvaises pratiques d'alimentation peuvent être l'une des grandes causes de malnutrition chez les jeunes enfants, avec pour principal signe révélateur, dans la Région, une petite taille par rapport à l'âge (retard de croissance). C'est en Albanie et au Tadjikistan que le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance était le plus élevé entre 1997

et 2003 (plus de 35 % ; voir le tableau 2 de l'annexe), mais il est considérable dans plusieurs autres pays où la population infantile est nombreuse. On rencontre également des courbes de croissance situées sous la normale chez les groupes pauvres de pays riches comme le Royaume-Uni.

Le retard de croissance augmente les risques de problèmes de santé ; il va de pair avec un ralentissement du développement cognitif et une réduction de la capacité de travail à un stade ultérieur de la vie. Il est aussi un indicateur sensible d'un état de pauvreté. Les nourrissons ayant présenté un faible poids à la naissance sont plus susceptibles de souffrir d'un retard de croissance (63). Une mauvaise alimentation dans la prime enfance rend plus vulnérable à l'hypertension, au diabète et aux maladies cardiovasculaires. Les fillettes présentant un faible poids à la naissance courent davantage de risques de présenter un retard de croissance lorsqu'elles deviendront mères et, partant, de donner naissance à des bébés de petit poids (49).

Les habitudes alimentaires sont fonction de la situation économique et de normes sociales. Il est possible d'exercer une influence sur les normes sociales par le biais de l'éducation et de programmes de communication dont l'action est renforcée par des interventions auprès de la population et les recommandations de professionnels. Des modifications de l'approvisionnement alimentaire peuvent nécessiter des mesures de la part des autorités publiques à l'échelle nationale et la participation de l'industrie alimentaire, du secteur de l'enseignement, des organisations de la société civile et des médias.

Infection à VIH

Avec l'augmentation constante du nombre de femmes infectées par le VIH dans la Région européenne, les nouveau-nés sont de plus en plus nombreux à contracter cette infection. Néanmoins, le cadre stratégique pour la prévention de la séropositivité chez les nourrissons (64) ouvre des possibilités d'éliminer ce problème dans la Région. La prévention va au-delà des soins cliniques et doit comprendre toute une série de tâches de soins et de protection, tant dans les établissements de santé qu'auprès de la population. Ce cadre stratégique s'inspire de l'expérience des pays de la Région. Il définit des stratégies pour la concrétisation, à l'échelon des pays, des objectifs formulés dans la déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale (65). Ce cadre stratégique recommande la prise des mesures suivantes :

- intégrer les services de prévention de l'infection à VIH chez les nourrissons aux services de santé maternelle, infantile et autres services de santé génésique ;
- établir le contact avec les femmes ayant un accès limité ou tardif à de tels services ;
- amplifier les services de conseil et de dépistage performants et les mettre en relation avec d'autres services de soins et de prévention du virus VIH.

Déterminants environnementaux

L'exposition à des facteurs environnementaux nocifs a un impact important sur l'état de santé des enfants, mais on ne dispose que de trop peu d'informations sur l'ampleur et la répartition de la charge de morbidité juvénile due à l'environnement. De plus, on s'interroge sur l'exposition subie par les futurs parents avant la conception et par le fœtus.

Il est évident que l'environnement influence la santé et le développement des jeunes enfants. Les sujets les plus défavorisés dans leur pays sont ceux qui courent le plus de risques. Il existe une étroite corrélation entre la pauvreté et la dégradation de l'environnement. L'exposition

au plomb, le mal-logement, la mauvaise qualité de l'air et la dénutrition sont autant de caractéristiques affectant les groupes défavorisés. De plus, les enfants de familles pauvres sont plus susceptibles de souffrir de blessures provoquées lors d'un accident de la route ou dans leur foyer. Les noyades et décès par le feu touchent particulièrement les jeunes enfants confinés chez eux.

Charge de morbidité imputable à l'environnement

En 2004, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a mené une étude sur la charge de morbidité imputable à l'environnement, ce qui constituait la première tentative d'évaluation des effets de l'environnement sur la santé de l'enfant en Région européenne (66). Cette étude traitait principalement des dangers et mettait en évidence les effets sanitaires de quatre grands facteurs de risques environnementaux (pollution de l'air intérieur et extérieur, eau insalubre et mauvais assainissement, plomb) et des traumatismes. Elle n'abordait pas les sujets tels que les agents perturbateurs du système endocrinien, à propos desquels il subsiste beaucoup d'incertitudes mais dont les conséquences sur la santé des enfants est cause de bien des préoccupations. Cette étude visait à évaluer les effets positifs pouvant être obtenus sur le plan sanitaire en évitant d'exposer les enfants à ces dangers.

Cette étude démontrait, en prenant 2001 comme année de référence, que les facteurs de risque environnementaux et les traumatismes représentaient un tiers de la charge de morbidité chez les sujets âgés de 0 à 19 ans (66). L'étude contenait également une estimation du nombre de vies et d'AVCI pouvant être épargnées dans la Région en évitant d'exposer les enfants à ces dangers. Globalement, la pollution de l'air extérieur représentait 1,8 à 6,4 % des décès résultant de toutes les causes chez les enfants âgés de 0 à 4 ans, contre 4,6 % des décès et 3,1 % des AVCI pour les infections aiguës du système respiratoire inférieur imputables à la pollution de l'air intérieur et 4,4 % des AVCI pour les retards mentaux légers résultant de l'exposition au plomb. Dans le groupe des enfants âgés de 0 à 14 ans, la diarrhée provoquée par l'eau non potable et un mauvais assainissement représentait 5,3 % des décès et 3,5 % des AVCI. Dans le groupe des personnes âgées de 0 à 19 ans, les traumatismes étaient à l'origine de 22,6 % des décès et de 19,0 % des AVCI.

Ces données ont montré qu'en 2001, il y a eu, en chiffres absolus, jusqu'à 13 000 décès d'enfants de moins de 5 ans à cause de la pollution de l'air extérieur par des particules, 10 000 décès dus à l'usage de combustibles solides au domicile, et plus de 150 000 AVCI perdues en raison d'une intoxication par le plomb. L'eau non potable et les déficiences de l'assainissement ont été responsables de 13 000 décès d'enfants de moins de 15 ans.

La charge de morbidité est nettement plus importante dans l'Eur-B et l'Eur-C que dans l'Eur-A. Elle est entraînée par diverses combinaisons des facteurs suivants : de mauvaises conditions de logement, un environnement pollué et un accès restreint aux soins de santé et à des programmes de prévention des maladies et traumatismes.

La nécessité d'une approche pluridisciplinaire

Les enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles (par exemple ceux qui sont pauvres, abandonnés, vivent dans la rue, sont victimes de la traite, de l'exploitation ou des conséquences d'un conflit armé) sont ceux qui sont le plus exposés à toute une série de risques : lésions physiques, effets néfastes de leur environnement, traumatismes psychologiques, infections aiguës et chroniques, maladies non transmissibles, problèmes de croissance et de développement, handicaps, et décès. Même si l'on ne comprend pas parfaitement la nature et

l'ampleur des effets produits sur les enfants par les facteurs de risque environnementaux, les faits indiquent déjà que les mesures visant à réduire l'exposition à ces facteurs et à éviter les blessures (voir « Évaluation scientifique de facteurs-clés à l'adresse des décideurs ») peuvent avoir des retombées très positives pour la santé publique.

Évaluation scientifique de facteurs-clés à l'adresse des décideurs : la prévention des traumatismes chez les enfants

Dans la Région européenne de l'OMS, les traumatismes constituent un problème grave mais généralement sous-estimé. Ils frappent surtout les jeunes et les personnes âgées, ainsi que les individus les plus défavorisés. Les traumatismes ont des causes multiples, liées les unes aux autres, et requièrent donc des politiques à large portée. L'approche éducative est nettement plus efficace lorsqu'elle s'accompagne de mesures législatives et de modifications de l'environnement, car il existe une interaction entre leurs effets. Pour ce qui est spécifiquement des enfants, les initiatives suivantes devraient être envisagées :

Éducation et développement des aptitudes

Il est avéré que les programmes de formation à la circulation en tant que piéton, avec mise en situation, améliorent les capacités des enfants.

Des indices assez probants d'un changement de comportement et, dans une moindre mesure, d'une diminution du nombre des accidentés ont été décelés en cas de formation organisée à la fois pour les parents et les enfants.

Certains faits semblent indiquer

que les programmes de formation peuvent amener les enfants à adopter un meilleur comportement à vélo.

Les campagnes de prévention des accidents domestiques par l'éducation des parents peuvent faire diminuer le nombre de traumatismes nécessitant une intervention médicale chez les jeunes enfants et susciter des changements du comportement et de l'environnement.

Promotion de l'emploi de dispositifs de sécurité

Certains faits indiquent que les programmes de distribution d'alarmes anti-incendie entraînent une réduction du nombre de traumatismes.

Quant aux preuves attestant l'efficacité des programmes encourageant l'usage du casque à vélo, elles sont éclatantes. Les campagnes de promotion, notamment celles qui recourent à plusieurs stratégies d'intervention, peuvent avoir une influence sur le port du casque.

Suivant les observations qui ont été faites, les campagnes éducatives sur les systèmes de sécurité pour enfants dans les véhicules (ceintures de sécurité, etc.) font augmenter l'usage de ces

dispositifs. Cependant, on ne dispose pas de données probantes quant aux effets sur la gravité des traumatismes. Dans les immeubles, le placement de barreaux aux fenêtres réduit efficacement le nombre de chutes.

Visites à domicile

Il semble que des conseils et un soutien à domicile par un professionnel de santé ou par un bénévole au service de la population locale amènent des changements de comportement et/ou une modification de l'environnement, réduisant ainsi les risques.

Modification de l'environnement

Les programmes de sécurité routière appliqués à tout un quartier (avec des mesures de modération du trafic tenant compte de l'environnement local, ainsi que toute une série d'autres interventions telles que les ralentisseurs de vitesse et les ronds-points) réduisent le nombre d'accidents, surtout chez les enfants piétons et cyclistes. Les zones à vitesse limitée réduisent la vitesse et le nombre d'accidents.

Source : Réseau des bases factuelles en santé (67).

Réunis à la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé en juin 2004, les ministres de la Santé et de l'Environnement de la Région européenne de l'OMS, se fondant sur les faits avérés, ont convenu d'intensifier leurs actions en vue de protéger les enfants contre les facteurs de risque présents dans l'environnement. Ils ont adopté le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe (68), qui énonce quatre objectifs prioritaires régionaux dans la lutte contre les maladies et handicaps provoqués par une exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques. Ce plan d'action est un canevas sur lequel les pays peuvent élaborer des plans d'action nationaux adaptés aux circonstances et aux besoins qui leur sont propres (69).

Déterminants comportementaux

Un rapport récent de l'OMS fournit des indications révélatrices sur la vie des jeunes (70). Il donne les résultats de l'enquête la plus récente sur le comportement des enfants d'âge scolaire

en matière de santé, qui porte sur près de 162 000 jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans dans 35 pays de la Région européenne de l'OMS et d'Amérique du Nord. Ce rapport traite non seulement des facteurs sociaux et économiques, mais aussi de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, des traumatismes, de l'activité physique, des brimades et du comportement sexuel.

Tabac

L'usage de tabac est une habitude qui s'installe ou s'intensifie généralement durant l'adolescence. Quelque 80 % des fumeurs adultes ont commencé à fumer avant l'âge de 18 ans. Parmi les sujets fumant chaque semaine, on compte entre 11 et 57 % de garçons et 12 et 67 % de filles âgés de 15 ans (70) ; la plupart d'entre eux consomment du tabac tous les jours. Quoique les garçons aient tendance à commencer à fumer plus jeunes, la proportion de filles fumeuses augmente dans un certain nombre de pays. Les garçons sont plus nombreux que les filles à fumer à l'âge de 15 ans en Europe orientale, alors que c'est l'inverse dans le nord et l'ouest de la Région. Dans les pays d'Europe centrale et méridionale, les pourcentages sont similaires pour les deux sexes.

Parmi les mesures de santé publique possibles, les plus efficaces sont l'augmentation du prix des cigarettes et l'interdiction de la publicité pour le tabac (voir la deuxième partie, p. 38). Peu d'éléments tendent à prouver l'efficacité des programmes scolaires visant à empêcher les jeunes de commencer à fumer, quoique certains indices semblent attester l'efficacité des actions de quartier pour cette mission (60). Il est manifeste qu'il faut en faire davantage pour lutter contre la consommation de tabac chez les jeunes. La réussite dépendra d'un recours à toute la panoplie de mesures dont disposent les pouvoirs publics : la taxation, la limitation du tabagisme dans les lieux publics, les programmes ciblant les adolescents en fonction de leur sexe, les campagnes dans les médias et les services d'aide au sevrage sont autant d'interventions pouvant jouer un rôle dans la lutte contre l'épidémie de tabagisme.

Alcool

L'alcool est présent dans la vie de nombreux adolescents européens. Près de 30 % des jeunes de 15 ans déclarent boire régulièrement (70), quoiqu'il existe des différences notables de part et d'autre de la Région. Dans de nombreux pays, les jeunes semblent commencer à boire plus tôt qu'avant. Des études ont démontré que ce fait augmente la probabilité d'une dépendance à l'alcool et de traumatismes liés à l'alcool à un stade ultérieur de la vie. En Angleterre, aux Pays-Bas et au pays de Galles, plus de 50 % des jeunes de 15 ans déclarent boire chaque semaine, mais ces pourcentages se situent sous les 17 % en France, en Finlande, en Lettonie et au Portugal. Tous les pays comptent plus de garçons que de filles qui consomment de l'alcool chaque semaine.

Une consommation dangereuse et nocive d'alcool peut être à la fois un symptôme et une cause de problèmes de santé mentale. Elle va fréquemment de pair avec la violence chez les jeunes, ce qui entraîne des tensions dans la famille et le voisinage. Chaque année, l'alcool joue un rôle dans le décès de 55 000 jeunes de la Région européenne, et de nombreux projets d'interventions ont été élaborés pour promouvoir une consommation d'alcool raisonnable chez cette catégorie d'âge. De nombreux programmes ont adopté une approche éducative, souvent dans un cadre scolaire. Quoique l'éducation puisse modifier les attitudes et les convictions, son action isolée tend à avoir peu d'impact sur les comportements face à l'alcool.

Comme dans d'autres domaines, la formule du succès est une combinaison de mesures nécessaires pour amener de véritables changements. Les politiques peuvent s'appuyer sur

les instruments suivants : la taxation, les limites d'âge imposées par la loi pour l'achat ou la consommation d'alcool, des restrictions à la publicité, une réglementation de la consommation d'alcool dans les lieux publics, une action de sensibilisation dans les médias et l'éducation.

Consommation de drogues illicites

La consommation de cannabis est répandue dans certains pays de la Région, comme l'Angleterre et la Suisse (70). Quoique les filles soient moins susceptibles de consommer du cannabis que les garçons, cette différence pourrait s'estomper à l'avenir. Un pourcentage croissant d'adolescents perçoivent la consommation occasionnelle de cannabis comme un comportement normal.

Il peut y avoir un lien entre une consommation importante de cannabis (plus de 40 fois par an) et la dépression et la prise de risques. Des mesures spécifiques devraient viser les groupes relativement peu nombreux de jeunes déclarant que leur consommation de cannabis est importante, car ceux-ci pourraient courir des risques particuliers.

Par ailleurs, certains pays ont pu établir qu'actuellement, la toxicomanie par voie intraveineuse débute plus tôt dans la vie. Dans les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, l'âge moyen lors de la première consommation par voie intraveineuse est de 16 à 19 ans, quoique certains adolescents commencent avant l'âge de 15 ans. Les usagers de drogue par voie intraveineuse, qui sont souvent jeunes, représenteraient jusqu'à 1 % de la population dans certains pays de la Région et jusqu'à 5 % dans certaines villes d'Europe orientale.

Exercice physique et nutrition

Investir dans la jeune génération, c'est encourager des modes de vie positifs et sains tout en s'attaquant aux problèmes de santé. L'exercice physique et une alimentation saine sont deux des fondements du bien-être mental et physique. L'exercice physique est un important facteur pour la bonne santé cardiovasculaire, car il permet de conserver un poids corporel normal et contribue à une croissance et à un développement optimaux du squelette. Malheureusement, dans tous les pays de l'étude sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé, un nombre important de jeunes ne se conforment pas aux recommandations actuelles, qui préconisent 60 minutes d'exercice physique par jour. De plus, les niveaux d'activité physique diminuent avec l'âge, en particulier chez les filles (70).

De l'avis général, les bonnes pratiques nutritionnelles et l'exercice physique devraient être encouragés dès le plus jeune âge, et les parents jouent un rôle d'exemple dans lequel leur savoir, leurs attitudes et leur comportement tiennent une place importante (51). Jusqu'à présent, les activités visant à promouvoir une meilleure nutrition et davantage d'exercice physique ont eu tendance à s'articuler autour des campagnes éducatives menées en milieu scolaire dans toute la Région, telles que le programme du Réseau européen des Écoles-santé (71). Il semblerait que des programmes diversifiés, organisés en milieu scolaire et combinant la promotion de l'exercice physique avec la modification des régimes alimentaires et à la réduction des comportements sédentaires, peuvent contribuer à la lutte contre l'obésité chez les enfants d'âge scolaire, notamment chez les filles (72). Quoique les messages relatifs à une alimentation saine parviennent à toucher les adolescents, certaines interventions sont requises pour aider ces derniers à traduire ces messages en comportements sains.

Toute stratégie visant à inciter les jeunes à faire plus d'exercice doit prendre en considération un certain nombre de facteurs. L'avis des jeunes revêt une importance capitale. Ceux-ci peuvent décrire, avec les mots qui correspondent à leur culture et à leur âge, les obstacles qui

les empêchent de faire de l'exercice. Il convient de prendre aussi en considération les différences liées au sexe. Les aspects sociaux de la participation revêtent une importance particulière, ainsi que l'accès aux infrastructures sportives et le coût de leur utilisation.

Les individus conservent généralement à l'âge adulte les habitudes alimentaires prises durant l'enfance et l'adolescence. Une bonne alimentation contribue à réduire l'incidence de surcharge pondérale et de l'obésité, des caries dentaires et de l'anémie. Une alimentation de bonne qualité favorise une croissance et un développement harmonieux, et stimule les facultés d'apprentissage du jeune. L'alimentation est sujette à de nombreuses influences sociales, culturelles et commerciales. Les autres jeunes ont souvent plus d'influence que les parents, et la publicité cible souvent les enfants.

Il est inquiétant de constater à quel point la consommation de fruits et de légumes est faible chez les enfants de la Région. L'étude sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (70) a démontré que seulement 30 % des garçons et 37 % des filles de 13 à 15 ans mangent au moins un fruit tous les jours. La consommation de légumes est du même ordre. Les jeunes de milieux défavorisés ont tendance à se passer de petit déjeuner, à manger peu de fruits et de légumes et à consommer souvent des sucreries et des petits en-cas.

Grossesses d'adolescentes

Le fait d'avoir des enfants à un âge précoce peut influencer négativement les résultats scolaires et la santé physique et mentale des mères et de leurs enfants, et entraîner chez eux pauvreté et isolement social. Les pourcentages de grossesse chez les moins de 20 ans sont variables dans la Région européenne. En général, les pays de la partie orientale présentent des pourcentages

Évaluation scientifique de facteurs-clés à l'adresse des décideurs : grossesses d'adolescentes

L'expérience acquise en Région européenne indique qu'il est possible de réduire les pourcentages de grossesses d'adolescentes et leurs conséquences négatives en mettant l'accent sur les points suivants :

- prévention des conceptions non désirées plutôt que réduction du taux de grossesse par un recours accru à l'avortement ;
- renforcement des mesures de prévention secondaires (en matière d'information, d'emploi et de soutien) pour aider les mères et les enfants, surtout les mères célibataires ;
- coordination des efforts de prévention avec d'autres services connexes ;
- organisation de l'éducation sexuelle avant que les jeunes ne deviennent sexuellement actifs, en adoptant une attitude tolérante et positive vis-à-vis de la santé et des relations sexuelles.

Recommandations quant aux mesures à adopter :

1. mettre l'accent sur un meilleur usage des contraceptifs et sur au moins un autre comportement susceptible d'éviter les grossesses et les maladies sexuellement transmissibles ;
2. prévoir à long terme des services et des interventions adaptés aux besoins des jeunes, surtout ceux des groupes à haut risque ;
3. fournir des informations claires et sans équivoque ;
4. prévoir l'acquisition de compétences interpersonnelles, notamment l'aptitude à la négociation et au refus ;
5. intervenir à temps, par exemple quand une adolescente reçoit un test de grossesse négatif dans un centre de soins ;
6. élaborer des programmes sur des démarches basées sur la théorie, avec des objectifs

et résultats bien arrêtés au niveau des comportements,

en recourant à des méthodes de formation participatives ;

7. veiller à ce que les interventions et les services soient accessibles aux jeunes ;
8. sélectionner et former un personnel acquis aux objectifs du programme et respectueux de la confidentialité ;
9. travailler avec des adolescents qui ont de l'influence sur leurs pairs ;
10. veiller à ce que les interventions soient appropriées pour le groupe d'âge concerné ;
11. encourager une culture locale permettant d'aborder les thèmes du sexe, de la sexualité et de la contraception ;
12. coordonner les services de planning familial avec d'autres services destinés aux jeunes et travailler en partenariat avec la population locale.

Source : Réseau des bases factuelles en santé (73).

plus élevés que ceux de la partie occidentale, quoiqu'il y ait des variations considérables. Dans la plupart des pays d'Europe occidentale, les pourcentages se situent entre 13 et 25 grossesses pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans, avec un pic à environ 50 pour 1 000. Certains pays d'Europe centrale et orientale enregistrent des chiffres similaires. Dans plusieurs autres pays, les pourcentages sont 2 à 4 fois plus élevés, avec des pics de plus de 100 pour 1 000 jeunes filles en Ukraine.

Parmi les facteurs assez étroitement liés aux taux d'accouchement d'adolescentes dans la Région, on compte le taux de nuptialité chez les adolescentes, la répartition globale de la richesse et des revenus, la durée moyenne de la scolarisation et l'influence de la religion. Une mauvaise situation socioéconomique peut être à la fois l'une des causes et l'un des effets d'un statut parental acquis jeune. Comme les autres menaces pesant sur la santé des enfants, la grossesse des adolescentes requiert une réaction globale (voir « Évaluation scientifique de facteurs-clés à l'adresse des décideurs »).

Déterminants liés à la famille et au cadre de vie

Le renforcement de la famille et de l'environnement local de l'enfant est capital pour sa santé et son développement. Comme cela a été mentionné dans la deuxième partie, la structure des familles a considérablement changé ces dernières décennies, et ce dans de nombreuses sociétés. Il y a davantage de familles monoparentales ou de familles dans lesquelles l'un des parents n'est pas le parent biologique. Le taux de divorce est aujourd'hui sensiblement plus élevé qu'auparavant, tout comme le nombre d'enfants nés hors mariage. L'exode rural se poursuit, ce qui se traduit souvent par une perte du réseau de soutien traditionnel de la famille élargie. Dans de nombreux pays, les mères ont plus souvent des emplois rémunérés que ce n'était le cas au cours des générations précédentes. Sous l'effet de tous ces facteurs, le système social qui soutenait les jeunes familles n'a plus la même ampleur dans de nombreuses régions d'Europe.

Nécessité d'un environnement domestique favorable à la santé

Le mode de fonctionnement d'une famille fait partie intégrante du développement sain des jeunes. La définition de la famille s'est élargie ; il n'y a plus de modèle de parent idéal. La qualité des relations au sein d'une famille revêt plus d'importance que sa structure. Des relations positives avec les parents renforcent le sentiment de bien-être et réduisent les risques de comportements nocifs pour la santé, tels que le tabagisme.

Les nourrissons et les jeunes enfants, en particulier, ont besoin d'un environnement domestique sûr, stable et protecteur. La création du climat approprié pour leur développement constitue un environnement qui porte des fruits pendant la vie tout entière ; ce climat doit non seulement protéger les enfants contre les atteintes physiques à la santé, mais également offrir un soutien adéquat pour leur croissance physique, sociale et affective.

Les familles fonctionnent dans le contexte du cadre de vie local et de l'environnement plus large. Une série de facteurs détermine l'accès de chaque famille à des produits et services liés à la santé, tels que le temps, l'argent, les transports, les connaissances et les compétences, et la disponibilité de produits et de services. Les ressources disponibles limitent les mesures que les familles peuvent prendre. L'instruction, l'emploi et les conditions de vie matérielles sont essentiels pour la capacité d'une famille à maintenir et à améliorer la santé. Lorsque la vie est une lutte pour la survie, la santé est considérée comme un luxe.

Comme cela a déjà été mentionné, les familles les plus défavorisées sont celles qui ont besoin de l'aide la plus importante. Tout investissement dans une amélioration du logement, de

l'enseignement et de la nutrition renforce les chances des enfants des familles pauvres de mener une vie saine. Des prestations sociales ciblées peuvent remédier aux pires effets de la pauvreté, si elles sont organisées de façon à profiter directement aux enfants.

Prévention de la maltraitance des enfants (74–80)

L'investissement dans la santé des enfants doit comprendre la prévention des mauvais traitements. Il existe quatre grands types de maltraitance d'enfants :

1. la négligence : la négligence persistante ou grave à l'égard d'un enfant ou le fait de ne pas protéger un enfant contre l'exposition à un danger quelconque ;
2. les mauvais traitements physiques : les actes qui causent ou sont de nature à causer des traumatismes à un enfant ou le fait de ne pas prévenir les traumatismes ou les souffrances ;
3. l'abus sexuel : l'exploitation sexuelle effective ou probable d'un enfant ;
4. les mauvais traitements affectifs : un effet négatif grave, effectif ou probable, sur le développement émotionnel et comportemental d'un enfant causé par de mauvais traitements affectifs persistants ou graves ou le rejet.

Il n'existe pas d'informations fiables permettant de déterminer les tendances de la prévalence de la maltraitance des enfants. Les changements observés peuvent être dus à une modification des méthodes de collecte de données. Cependant, les registres de mortalité ont mis en évidence une augmentation spectaculaire des homicides à l'égard de nourrissons dans la moitié orientale de la Région européenne de l'OMS, en particulier les pays de la CEI dans les années 90. Cela peut être dû à la perturbation des services locaux, sanitaires et sociaux résultant de changements politiques, sociaux et économiques ; les décès de nourrissons à la suite de mauvais traitements dans la moitié occidentale de la Région sont restés inférieurs et relativement constants au cours de cette période. Depuis 2000, la mortalité a de nouveau baissé en Europe centrale et orientale, ce qui peut être dû à la remise en état des services sanitaires et sociaux.

La prévention de la maltraitance des enfants doit être considérée dans le contexte plus large du bien-être de l'enfant dans sa famille et son cadre de vie. Du point de vue du service de santé, cela exige l'intégration de bonnes pratiques (telles que des programmes de visites à domicile et d'autres types d'aide aux familles) dans les services destinés aux familles et aux enfants, notamment en orientant les services vers les familles dans lesquelles il existe un nombre élevé de facteurs de risque de maltraitance d'enfants. Ces facteurs de risques sont aussi bien individuels que sociétaux. Par exemple, ce sont les jeunes enfants qui courent le plus de risques de mauvais traitements physiques, tandis que les abus sexuels sont plus fréquents parmi les adolescents. Les garçons sont plus souvent battus, tandis que les risques d'abus sexuel et de négligence en matière d'instruction sont plus élevés dans le cas des filles. En outre, les auteurs de mauvais traitements aux enfants ont souvent été eux-mêmes victimes de maltraitements et consomment souvent des substances psychotropes. Les facteurs de risque au niveau de la société comprennent le surpeuplement du logement, l'insuffisance du revenu familial, l'existence d'autres relations violentes au foyer, des taux élevés de pauvreté et une faiblesse des réseaux sociaux dans le cadre de vie.

Cependant, il faut faire preuve de prudence lorsque l'on utilise une démarche reposant sur les risques. Si l'on porte toute son attention sur un ou plusieurs facteurs de risque de maltraitance d'enfants, il est probable que l'on stigmatise les familles qui correspondent au profil établi sur la base de ces critères, ce qui risque d'entraîner une marginalisation de ces

familles et de leurs enfants ; il se peut également que des maltraitements qui se produisent dans d'autres familles ne soient pas décelés. En outre, comme aucun facteur de risque ne permet de prévoir de façon satisfaisante la maltraitance des enfants, il est très probable que la prévention est plus efficace si elle est dirigée simultanément vers les risques individuels et sociaux.

Déterminants sociaux sous-jacents

En raison du nombre élevé de cas évitables de maladies et de décès causés par des facteurs sociaux et un accroissement des inégalités, il faut donner la priorité à une réduction de la pauvreté et à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (11) (voir p. 53). Dans ce contexte, l'OMS a de nouveau souligné que les interventions ne parviennent à réduire le nombre de cas de maladies et à sauver des vies que lorsqu'elles tiennent suffisamment compte des déterminants sociaux de la santé (10). Bien que ces causes des problèmes de santé soient bien connues, il faut encore améliorer, consolider et diffuser les connaissances disponibles pour pouvoir mener des actions plus efficaces. À cette fin, l'OMS a créé, en mars 2005, la Commission des déterminants sociaux de la santé chargée d'élaborer, d'ici à 2008, des recommandations concrètes sur la façon d'améliorer la santé en agissant sur ses déterminants sociaux (81).

Nécessité de s'attaquer à la pauvreté et à l'inégalité

La méthode la plus efficace pour protéger et améliorer la santé des enfants dans tous les pays consiste à éliminer la pauvreté, l'inégalité socioéconomique et leurs conséquences (58). Les effets sanitaires des difficultés matérielles (mauvaise nutrition, environnement insalubre et manque d'accès à des soins de santé de qualité, par exemple) ont été abordés. Bien que la pauvreté absolue qui menace directement la vie des individus ait presque entièrement été éliminée dans les pays les plus riches de la Région, il subsiste une pauvreté relative empêchant certains membres de la société de jouir du niveau de vie dont bénéficient les autres. En conséquence, toute tentative de définir la pauvreté globale doit tenir compte de la pauvreté tant absolue que relative.

Si, dans les pays à revenus faible et intermédiaire de la moitié orientale de la Région, beaucoup d'enfants vivent dans la pauvreté, il est difficile d'obtenir des statistiques appropriées au niveau individuel. Pour remédier à cette lacune, l'UNICEF (82) a évalué les risques de pauvreté des enfants au niveau global. Elle a défini la pauvreté comme suit : un revenu national brut (RNB) par habitant de 765 dollars des États-Unis ou moins en 2003 ou un taux de croissance annuel moyen stagnant ou négatif du PIB par habitant pour la période 1990–2003. Il a été établi que six pays de la CEI répondaient aux critères de pauvreté en tant que menace pour les enfants vers 2003 : Fédération de Russie, Géorgie, Ouzbékistan, Tadjikistan, Turkménistan et Ukraine. Le rapport de l'UNICEF (82) souligne néanmoins que la pauvreté est plus qu'une privation matérielle et n'a pas les mêmes dimensions et incidences chez les enfants et les adultes.

À mesure que l'on se déplace vers l'ouest, à savoir vers les pays à revenu élevé de la Région, la nature et les indicateurs statistiques de la pauvreté changent. Selon un examen de la pauvreté des enfants réalisé en 2005 dans les pays riches par l'UNICEF (83), la proportion d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant dans une pauvreté relative a en fait augmenté au cours de la décennie écoulée et ce, quelles que soient les mesures appliquées. La figure 11 indique le pourcentage d'enfants qui vivent dans une pauvreté relative (ménages ayant un revenu inférieur à 50 % du revenu médian national) dans 20 pays de la Région considérés comme riches par l'UNICEF.

La figure 11 indique des taux de pauvreté des enfants allant de moins de 5 % en Scandinavie

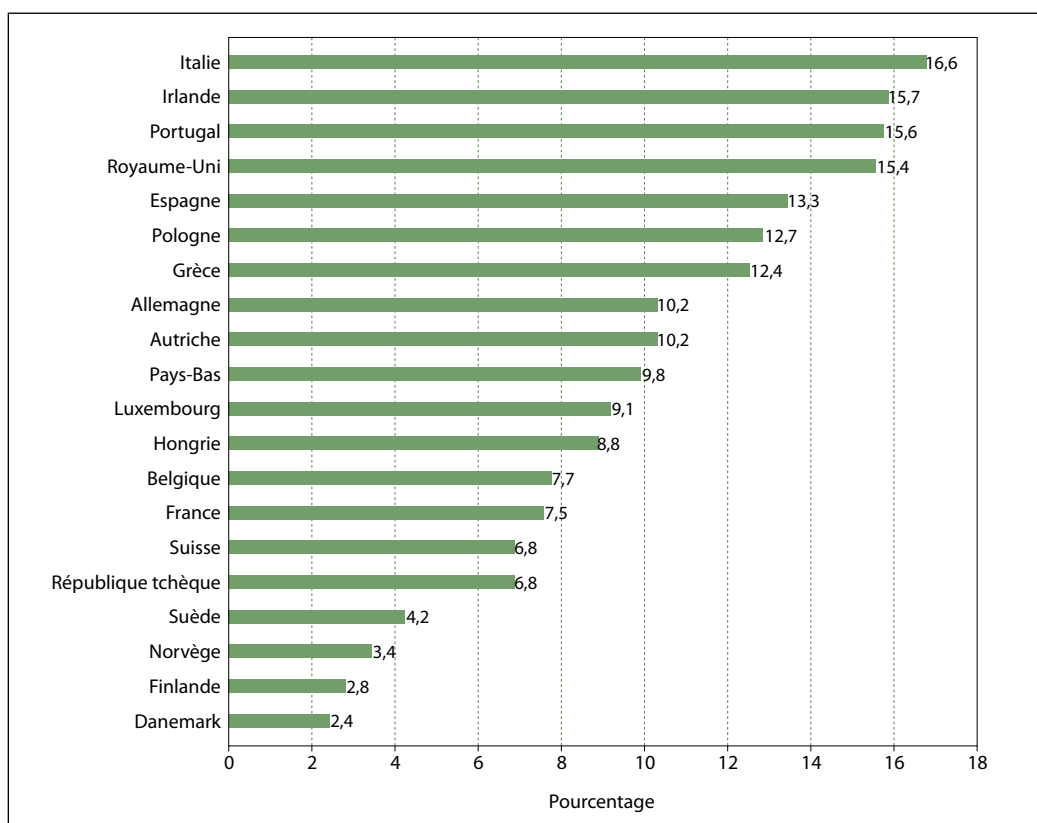


Figure 11. Enfants vivant dans une pauvreté relative dans certains pays riches de la Région européenne de l'OMS, 2005

Source : données du Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF (83).

à plus de 15 % en Irlande, en Italie et au Royaume-Uni. Cette variation traduit les différences observées au niveau des politiques nationales, celles-ci étant en interaction avec les changements sociaux. Des dépenses élevées des pouvoirs publics en faveur des familles et sous la forme de prestations sociales sont clairement associées à de moindres taux de pauvreté des enfants. Dans les pays qui ont les plus bas niveaux de pauvreté des enfants, les pouvoirs publics réduisent de 80 % ou plus la pauvreté des enfants qui résulterait d'un libre jeu des forces du marché (83).

De plus, il existe un gradient social de santé des plus pauvres aux plus riches. Là où la privation matérielle est grave, un gradient social pourrait exister à partir d'un niveau de privation absolue, mais le gradient dans les pays riches traduit une privation relative, qui limite le droit des individus à réaliser leur potentiel de santé en termes de capacités et de fonctionnement. En conséquence, il est probable que les besoins tant physiques que psychosociaux jouent un rôle important dans le gradient de santé (84).

En particulier, des données solides indiquent que le régime alimentaire, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'activité physique sont liés à la situation sociale et économique et, en dernière analyse, à la santé des adultes. En ce qui concerne la santé des enfants, il existe des connaissances solides sur le rôle des déterminants immédiats de la santé des enfants (9), en particulier en matière de mortalité, de malnutrition et d'autres problèmes de la petite enfance. Les causes des disparités relatives à ces déterminants immédiats sont claires : il s'agit des inégalités sociales qui interagissent avec d'autres déterminants. En outre, les données disponibles indiquent que certains problèmes de santé mentale (tels qu'un comportement agressif, une mauvaise estime de soi et l'incapacité à faire face aux difficultés de la vie) sont

indirectement liés à une situation socioéconomique défavorable. En conséquence, la situation socioéconomique peut aussi influencer sur la santé par le biais des effets psychosociaux d'une pauvreté relative.

Il est impératif que tous les pays agissent sur les déterminants sociaux de la santé. Les mesures à prendre doivent inclure la réduction de la pauvreté mais, plus largement, viser aussi à améliorer les conditions de vie et de travail. Cette tâche exige une connaissance des effets sanitaires des politiques sociales et économiques de tous les secteurs qui puisse être traduite en actions ; il est prévu que la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé complète ces connaissances. Le secteur sanitaire continuera à jouer un rôle crucial, mais il importe que de nombreux secteurs des pouvoirs publics et de la société agissent également.

La santé résulte d'efforts multisectoriels qui produiront des avantages multisectoriels. Il faut faire en sorte que les choix sains soient pour chacun les choix les plus faciles.

Principaux facteurs d'une bonne mise en œuvre de politiques et d'interventions

L'élaboration d'une politique efficace dépend d'un certain nombre de facteurs qui déterminent l'utilité, l'efficacité et l'efficience de tout plan ultérieur de mise en œuvre. La conception d'une politique reposant sur des bases factuelles est aujourd'hui plus aisément réalisable que jamais auparavant. Un certain nombre de leitmotiv se dégage des connaissances sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et les possibilités de développement des enfants.

- Des informations exactes et fiables doivent être à la base de la planification, du suivi et de l'évaluation des politiques et des programmes.
- Une politique qui n'est pas mise en œuvre est dépourvue de sens. Lorsqu'une politique est élaborée, il faut tenir compte de la capacité à la traduire dans les faits.
- Les enfants eux-mêmes doivent être associés à la conception des politiques et des programmes.
- Les buts des politiques et les objectifs des programmes doivent être clairs et dépourvus d'ambiguïté.
- En général, les démarches éducatives n'ont, à elles seules, qu'une efficacité limitée. Elles doivent faire partie d'un large ensemble d'initiatives qui utilisent toute la gamme des instruments d'action qui sont à la disposition des décideurs.
- Bien que le secteur sanitaire soit important, il n'est qu'un acteur parmi d'autres dans les efforts accomplis pour améliorer la santé. Il est essentiel de mener une action multisectorielle et il faut disposer d'un mécanisme pour coordonner les activités menées dans les différents ministères.
- Les services et les programmes destinés aux enfants doivent tenir compte de leur culture, de leur mentalité et de leurs convictions. Pour être efficaces, ces services doivent être adaptés aux besoins des enfants.

Malgré les grandes différences observées de part et d'autre de la Région européenne de l'OMS en matière de problèmes de santé infantile, les programmes efficaces de promotion sanitaire et de prévention des maladies ont certains facteurs en commun. Les interventions les plus efficaces :

- sont conçues dans le cadre d'une planification nationale globale et reposent sur des bases factuelles solides ;
- tiennent compte à la fois des grands déterminants des problèmes de santé et de certains facteurs de risque ;
- comportent des actions multisectorielles et multidimensionnelles menées à différents niveaux par les pouvoirs publics et d'autres parties prenantes au moyen de toute la gamme des instruments de mise en œuvre des politiques ;
- ciblent les populations ayant les besoins les plus pressants et sont adaptées aux nécessités, aux ressources et aux situations locales.

Ce rapport fournit un schéma regroupant les principaux indicateurs sanitaires de la charge de morbidité et des déterminants de la santé. Il met en lumière, principalement au moyen d'exemples, plusieurs politiques et programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé. Il importe d'indiquer ici quels sont, selon les bases factuelles disponibles, les facteurs communs du succès pour les diverses interventions et populations dans la pratique. Ces facteurs sont liés aux types d'interventions et aux contextes dans lesquels celles-ci sont réalisées.

Un examen de ces bases scientifiques par le Réseau des bases factuelles en santé (85) montre que les ingrédients du succès sont les suivants.

Approches et champ couvert

Les deux approches fondamentales de la promotion de la santé et de la prévention des maladies ciblent :

1. les déterminants de la santé, dont la pauvreté et l'inégalité socioéconomique ; ou
2. certains facteurs de risque de problèmes de santé déterminés ; il s'agit par exemple du manque d'activité physique, de certains types d'obésité ou d'une mauvaise maîtrise de la pression artérielle (à l'origine de l'hypertension) qui augmentent le risque d'athérosclérose et donc de coronaropathies.

Ces deux approches sont liées entre elles, étant donné que la pauvreté et l'inégalité socioéconomique sont des déterminants importants de nombreux facteurs de risque. Cependant, elles prévoient des actions de types différents. La seconde approche encourage l'éducation pour la santé axée sur les individus et visant à les sensibiliser et à les faire participer davantage à des mesures qui leur permettent de sauvegarder leur santé. L'action menée dans le cadre de la première approche exige une démarche sociétale plus globale qui utilise le processus démocratique pour favoriser des changements de politique et, par conséquent, entraîner une répartition équitable des ressources.

D'une manière générale, selon les bases factuelles disponibles, les programmes de santé publique les plus efficaces pour les enfants comme pour les adultes sont ceux qui sont exécutés par les pouvoirs publics – et soutenus par la société en général grâce à la promotion d'un changement de politique – en vue de remédier aux méfaits de la pauvreté sur la santé et d'augmenter l'égalité sociale.

Les interventions qui portent sur de multiples grandes questions ont plus de chances de réussir que les autres. Les interventions de promotion de la santé qui sont le plus souvent vouées à l'échec :

- portent sur une seule question ;
- transmettent un message négatif ; et
- concernent un seul lieu.

À cet égard, on peut donner l'exemple d'une campagne menée dans les écoles pour inciter les écoliers à ne pas fumer.

En outre, les interventions efficaces utilisent toute la gamme des instruments d'action disponibles, soit principalement sous la responsabilité du gouvernement d'un pays, soit avec sa participation. Les exemples donnés dans le présent rapport comprennent la consommation de tabac et d'alcool, et la nutrition, l'activité physique et l'obésité.

Des bases factuelles indiquent également que les campagnes générales de promotion de la santé sont plus efficaces quand elles ont des facettes diverses et sont exécutées à plusieurs niveaux, par exemple lorsqu'il s'agit d'actions simultanées et multidimensionnelles menées aux niveaux national, local et individuel.

Nécessité de bases factuelles

Le succès dépend de l'existence de bases scientifiques solides et crédibles qui mettent en évidence l'efficacité d'une intervention de santé publique. Au moins deux types de bases factuelles sont nécessaires :

1. des bases factuelles montrant qu'une intervention est en soi efficace ;
2. des bases factuelles indiquant que le programme d'intervention est efficace dans le temps, quels que soient la situation épidémiologique, le système de santé et le contexte culturel.

Peu de travaux de recherche rigoureux ont été réalisés sur l'adaptabilité des interventions. Il est urgent de réaliser de tels travaux de façon systématique, étant donné que la couverture des interventions efficaces a tendance à être la plus faible dans les pays pauvres et auprès des populations les moins nanties.

Comme les interventions doivent être adaptées aux situations locales, il faut évaluer la capacité du système de santé à différents niveaux dans le pays. Par exemple, dans quelle mesure les besoins régionaux relatifs à la santé des enfants sont-ils pris en compte au niveau national ? Comment les ressources sont-elles réorientées vers des programmes bénéficiant d'un degré de priorité politique élevé, tels que les programmes de prévention du sida ? Il convient également de prendre en considération les facteurs suivants :

- le degré de développement et l'organisation du système de santé du pays considéré (par exemple, système national ou systèmes locaux privés) ;
- les points forts, les faiblesses, l'infrastructure, la couverture actuelle et l'utilisation du système de santé ;
- la façon dont la population a recours aux soins de santé sachant qu'elle est influencée par des facteurs socioéconomiques et culturels ;
- les diverses options de financement ;
- les ressources humaines et financières disponibles.

En outre, il est indispensable de disposer de données pertinentes et fiables sur la population ciblée en vue d'une intervention pour savoir si celle-ci doit être réalisée et pour déterminer son efficacité. Il convient de recueillir ces données aux niveaux national, régional ou local en vue d'évaluer la situation épidémiologique, la volonté politique d'agir, la capacité du système de santé à participer et les préférences de la population. Ce n'est que lorsque ces données sont disponibles que des interventions de santé publique sont justifiées.

Tactique

Il est crucial de cibler les interventions vers des groupes de la population déterminés. Certains groupes d'enfants et d'adultes sont plus vulnérables que d'autres à des comportements dangereux tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, un mauvais régime alimentaire et le manque d'exercice. Ces populations comprennent les pauvres, les groupes culturels minoritaires, les exclus et les personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

Les personnes qui planifient et mettent en œuvre les programmes doivent tenir compte de l'âge et du stade de développement de la population cible. Par exemple, les programmes de lutte contre la toxicomanie peuvent porter sur la prévention chez les enfants âgés de 9 et 10 ans et sur la réduction des risques chez les adolescents consommant déjà ou peut-être des drogues illicites.

En outre, les interventions efficaces tiennent compte des facteurs culturels, religieux et liés au sexe. Par exemple, il peut être nécessaire d'utiliser des démarches différentes à l'égard de certains problèmes, telles que la prévention de la grossesse, pour des destinataires respectivement masculins et féminins. La démarche à l'égard d'autres questions, telles que la réduction du tabagisme par l'interdiction de la publicité pour la cigarette et l'augmentation des prix des produits à base de tabac, peut être la même pour les deux sexes, bien que leur comportement puisse différer.

De plus, pour qu'un programme soit mis en œuvre avec succès, il faut que la population ait le sentiment que le problème de santé en question représente une charge importante pour la société, les familles et les individus, comme cela est indiqué par la prévalence, les effets économiques et l'importance politique de ce problème de santé. En outre, les programmes doivent tenir compte des perceptions variables des risques par différents groupes. Dans de nombreuses sociétés, par exemple, les adultes considèrent que le tabagisme représente une menace pour la santé, tandis que les adolescents s'intéressent plus à l'attrait immédiat du tabagisme qu'aux risques à long terme qu'il représente (70).

Des bases factuelles semblent indiquer que la participation des médias est efficace. Parmi les facteurs importants, il faut citer le niveau d'instruction de la population, la durée de la campagne et l'intensité des programmes des médias, et la crédibilité de la source d'information indiquée.

Conclusion

Pour être efficaces, les interventions de santé publique doivent porter sur les influences directes et indirectes sur la santé des enfants, et se dérouler dans de nombreux domaines et secteurs. Les stratégies de mise en œuvre sont les plus efficaces lorsqu'elles reposent sur une planification nationale globale qui :

- associe les enfants eux-mêmes ;
- utilise les contributions des familles et des populations, des écoles, des médias, du système de santé et des pouvoirs publics ;
- utilise des outils tels que la politique menée, la législation et la réglementation.

Ces activités peuvent prendre la forme d'un plan ou programme commun national (voir « Réussite exemplaire »).

Tous ces éléments du succès résultent de l'application des quatre principes directeurs de la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants (15) (voir p. 54 à 55) :

- équité : s'attaquer aux inégalités et faciliter l'exercice des droits de l'homme, y compris l'accès à des services appropriés pour les personnes qui en ont le plus besoin ;
- action intersectorielle : adopter une stratégie intersectorielle de santé publique tenant compte des déterminants essentiels de la santé ;
- participation de la population et des jeunes : il faut les associer à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et des services ;
- démarche axée sur l'ensemble de l'existence : il

faut faire en sorte que les politiques élaborées et les programmes mis en œuvre répondent aux problèmes de santé à chaque stade de croissance et de développement.

Irlande : mise en place d'un Programme d'action pour les enfants

Le Programme d'action irlandais pour les enfants (86) a comme point de départ l'initiative multisectorielle Best Health for Children (Pour une santé optimale des enfants), qui dépendait de tous les conseils de la santé d'Irlande et avait été approuvée par leurs directeurs, des organisations non gouvernementales importantes s'occupant d'enfants et de jeunes, et le gouvernement, par le biais du ministère de la Santé et de l'Enfance.

Après un recensement des questions à aborder, l'initiative vise à évaluer systématiquement des programmes d'interventions proposés avant de recommander leur adoption. Cela a permis d'établir un certain nombre de documents énonçant des pratiques optimales fondées sur une démonstration de leur efficacité obtenue grâce à une évaluation (87). Best Health for Children est maintenant devenu l'un des programmes nationaux communs de l'exécutif des conseils irlandais de la santé. Dénommé « Programme d'action pour les enfants », il est chargé de gérer des projets relatifs aux enfants dont le but est d'assurer l'équité de la démarche et d'adapter les activités aux besoins locaux.

En résumé, le succès de la mise en œuvre et de l'évaluation des interventions dans des contextes différents passe par une compréhension des problèmes de santé et des interventions dans l'optique du cadre conceptuel décrit dans la première partie du présent rapport, et mettant l'accent sur les relations complexes entre les nombreux déterminants généraux, les facteurs de risque particuliers et la santé. Cette conception large de la santé suppose que les autorités de santé publique ne prennent pas seulement en considération les facteurs de risque et les interventions connus, mais tiennent compte également des facteurs environnementaux, comportementaux et sociaux sous-jacents qui influent sur l'état de santé de différentes façons et dans des circonstances différentes. La compréhension et l'application de ces connaissances font partie de l'art et de la science de la santé publique.

Références

1. *Convention relative aux droits de l'enfant*. Genève, Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1989 (http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/k2crc_fr.htm, consulté le 25 mai 2005).
2. *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – façonner l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/fr/index.html>, consulté le 28 septembre 2005).
3. Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(7): 539–545.
4. Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health*. New York, Oxford University Press, 1999.
5. Momas I et al. *Rapport de la Commission d'orientation du plan national santé-environnement*. Paris, Agence française de sécurité sanitaire environnementale, 2004.
6. Labonte R. Globalization, trade and health: unpacking the links and defining health policy options. In: Hofrichter R, (sous la dir. de). *Health and social justice: politics, ideology and inequity in the distribution of disease*. San Francisco, Jossey Bass, 2003.
7. Lee J-W. Child survival: a global health challenge. *Lancet*, 2003, 362(9389):262.
8. *Rapport sur la santé dans le monde 2005 – donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/fr>, consulté le 28 septembre 2005).
9. Wagstaff A et al. Child health: reaching the poor. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(5):726–736 (<http://www.ajph.org/cgi/content/full/94/5/726>, consulté le 25 mai 2005).
10. Lee J-W. Public health is a social issue. *Lancet*, 2005, 365(9464):1005–1006.
11. Organisation des Nations Unies. *Les objectifs du Millénaire pour le développement*. New York, Organisation des Nations Unies, 2000 (<http://www.un.org/french/millenniumgoals/>, consulté le 28 septembre 2005).
12. *Rapport de synthèse du Groupe de travail sur les déterminants de la santé*. Ottawa, Santé Canada, 2003 (http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/1997-nfoh-fnss-v2/legacy_heritage4_f.html, consulté le 30 septembre 2005).
13. Coleman RJ. *Reducing social inequalities in health among children and young people*. Bruxelles, Commission européenne, 2002 (http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/library/speeches/speech156_en.pdf, consulté le 25 mai 2005).
14. *La santé des enfants et des adolescents dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (résolution EUR/RC53/R7 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe ; http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2003/20030925_3?language=French, consulté le 28 septembre 2005).
15. *Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/RC55/edoc06.pdf>, consulté le 28 juin 2005).

16. *A decade of transition: the MONEE Project CEE/CIS/Baltics*. Florence, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, 2001 (Regional Monitoring Report No. 8; <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/monee8/eng/3.pdf>, consulté le 25 mai 2005).
17. Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 28 septembre 2005).
18. Rigby M, Köhler L. *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD): report to the European Commission*. Keele, Centre for Health Planning and Management, 2002 (http://www.europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp_monitoring_2000_frep_08_en.pdf, consulté le 25 mai 2005).
19. Rigby MJ et al. Child Health Indicators for Europe : A priority for a caring society. *The European Journal of Public Health*, 2003, 13 (Suppl. 3):38–46 (http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/suppl_1/38.pdf, consulté le 29 septembre 2005).
20. Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54, consulté le 27 avril 2005).
21. WHO Global InfoBase [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseCommon/, consulté le 30 septembre 2005).
22. *Reproductive, maternal and child health in eastern Europe and Eurasia: a comparative report*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, and Calverton, MD, ORC Macro, 2003 (<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/OD28/00FrontMatter.pdf>, consulté le 25 mai 2005).
23. *Integrated management of pregnancy and childbirth*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/pregnancy/manuals/20030129_7, consulté le 25 mai 2005).
24. *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/childhealtdev/IMCI/20020319_2, consulté le 25 mai 2005).
25. *Core information for the development of immunization policy. 2002 update*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF02/www557.pdf>, consulté le 25 mai 2005).
26. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gi_ycf.pdf, consulté le 25 mai 2005).
27. WHO Mortality Database [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,mort>, consulté le 25 mai 2005).
28. Steliarova-Foucher E et al. Geographical patterns and time trends of cancer incidence and survival among children and adolescents in Europe since the 1970s (the ACCIS project): an epidemiological study. *Lancet*, 2004, 364(9451):2097–2105.

29. Nelson LJ, Wells CD. Global epidemiology of childhood tuberculosis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2004, 8(5):636–647 (<http://thesius.ingentaselect.com/vl=1406159/cl=55/nw=1/rpsv/ij/iatld/10273719/v8n5/s23/p636>, consulté le 25 mai 2005).
30. Donald PR. Childhood tuberculosis: the hidden epidemic. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2004, 8(5):627–629 (<http://thesius.ingentaselect.com/vl=1406159/cl=55/nw=1/rpsv/ij/iatld/10273719/v8n5/s21/p627>, consulté le 25 mai 2005).
31. *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_98.1.pdf, consulté le 25 mai 2005).
32. *Making Pregnancy Safer in the European Region*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/pregnancy>, consulté le 25 mai 2005).
33. International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorder. *IDD problem statement*. Charlottesville, University of Virginia, 2004 (<http://www.people.virginia.edu/%7Ejtd/iccidd/aboutidd.htm#problem>, consulté le 25 mai 2005).
34. de Benoist B et al. *Iodine status worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://nutrition.tufts.edu/conferences/childhood/iodine/iodinewho.pdf>, consulté le 25 mai 2005).
35. Meltzer H et al. *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. Londres, Office of National Statistics, 2000.
36. Barlow J. *Systematic review of effectiveness of training programmes in improving behavioural problems in children aged 3–10 years*. Oxford, Department of Public Health. Health Services Research Unit, 1999.
37. Réseau des bases factuelles en santé. *Quelles sont les stratégies de prévention du suicide dont l'efficacité a pu être prouvée scientifiquement ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/suicideprev/20040712_2?language=French, consulté le 28 septembre 2005).
38. *Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe. Relever les défis, trouver des solutions*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/fdoc07.pdf>, consulté le 28 septembre 2005).
39. Royal College of Psychiatrists. *Prevention in psychiatry: report of the Public Policy Committee Working Party*. Londres, Royal College of Physicians, 2002.
40. Birchwood M et al. Early intervention in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:2–5.
41. Tamburlini G, von Ehrenstein O, Bertollini R, (sous la dir. de). *Children's health and environment: A review of evidence*. Copenhague, Agence européenne pour l'environnement, 2002 (Environmental Issue Report No. 29; <http://www.euro.who.int/document/e75518.pdf>, consulté le 25 mai 2005).
42. Masoli M et al. *Global burden of asthma – Summary*. Bethesda, MD, Global Initiative for Asthma, 2004 (http://207.159.65.33/wadsetup/boa_sum.pdf, consulté le 25 mai 2005).
43. Businco L et al. An ESPACI position paper. Hydrolysed cow's milk formulae. Allergenicity and use in treatment and prevention. *Pediatric Allergy and Immunology*, 1993, 4:101–111.

44. Hide DW et al. Allergen avoidance in infancy and allergy at 4 years of age. *Allergy*, 1996, 51:89–93.
45. *L'asthme bronchitique*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (Aide-mémoire n° 206 ; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs206/fr/>, consulté le 28 septembre 2005).
46. Künzli N et al. Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *Lancet*, 2000, 356(9232):795–801.
47. Krzyzanowski M, Kuna-Dibbert B, Schneider J, (sous la dir. de). *Health effects of transport-related air pollution*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050601_1, consulté le 29 septembre 2005).
48. Bruce N, Perez-Padilla R, Albalak R. Indoor air pollution in developing countries: a major environmental and public health challenge. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:1078–1092.
49. Robertson A et al. (sous la dir. de). *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (OMS, Publications régionales, Série européenne n° 96 ; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, consulté le 28 septembre 2005).
50. Kurscheid T, Lauterbach K. The cost implications of obesity for health care and society. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1998, 22(Suppl. 1):S3–S5.
51. Lobstein T. How much does obesity cost? *The Food Magazine*, 2004, 65.
52. *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques : rapport d'une consultation OMS/FAO d'experts*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (OMS Série de rapports techniques, n° 916 ; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf, consulté le 25 mai 2005).
53. *Living longer in good health. Also a question of healthy lifestyle. Netherlands Health-Care Prevention Policy*. La Haye, Ministère de la Santé, de la Protection sociale et du Sport, 2004 (International Publication Series Health, Welfare and Sport, No. 19; http://www.minvws.nl/images/Living%20longer%20in%20good%20health_tcm11-53021.pdf, consulté le 25 mai 2005).
54. *Politique nationale de nutrition pour la Slovénie 2005–2010. Résolution adoptée par l'Assemblée nationale de la République de Slovénie*. Ljubljana, Ministère de la Santé de la République de Slovénie, 2005.
55. *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad* [Stratégie pour la nutrition, l'activité physique et la prévention de l'obésité]. Madrid, Ministère de la Santé et de la Consommation, 2005. (<http://www.calidadalimentaria.com/uploads/noticias/maqueta%20NAOS.pdf>, consulté le 25 mai 2005).
56. *Choosing health. Making healthy choices easier*. Londres, H.M. Government, 2004 (http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor, consulté le 25 mai 2005).
57. Campbell K et al. Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, 2:CD001871.

58. Spencer N. *Poverty and child health*, 2^e éd. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2000.
59. Lumley J et al. Peri-conceptual supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2004, 1.
60. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. Luxembourg, Commission européenne, 2004 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf, consulté le 25 mai 2005).
61. Sikorski J et al. Support for breastfeeding mothers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, 1:CD001141.
62. *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1981 (http://www.who.int/nut/documents/code_french.PDF, consulté le 28 septembre 2005).
63. Jepson R. *The effectiveness of interventions to change health related behaviours: a review of reviews*. Glasgow, MRC Social and Public Health Sciences Unit, 2000 (Occasional Paper No. 3).
64. *Strategic Framework for the Prevention of HIV Infection in Infants in Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E84804.pdf>, consulté le 25 mai 2005).
65. *Déclaration de Dublin sur le partenariat pour combattre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale*. Dublin, Gouvernement irlandais, 2004 (http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25, consulté le 25 mai 2005).
66. Valent F et al. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet*, 2004, 363(9426):2032–2039.
67. Réseau des bases factuelles en santé. *Comment prévenir les traumatismes des enfants et des personnes âgées ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/injuries/20041016_1?language=French, consulté le 28 septembre 2005).
68. *Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83339.pdf>, consulté le 28 septembre 2005).
69. Licari L, Nemer L, Tamburlini G. *Children's health and environment. Developing action plans*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86888.pdf>, consulté le 12 octobre 2005).
70. Currie C et al. (sous la dir. de). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>, consulté le 25 mai 2005).
71. Réseau européen Écoles-santé [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ENHPS/Home?language=French>, consulté le 28 septembre 2005).
72. Gortmaker SL et al. Impact of school-based interdisciplinary interventions on diet and physical activity among urban primary school children: eat well and keep moving. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153:975–983.

73. Réseau des bases factuelles en santé. *Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour réduire le taux de grossesse d'adolescentes ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/hen/syntheses/short/20040423_6?language=French, consulté le 28 septembre 2005).
74. Bannon M, Carter Y, (sous la dir. de). *Protecting children from abuse and neglect in primary care*. Oxford, Oxford University Press, 2002.
75. Browne KD. Child protection. In: Rutter M, Taylor E, (sous la dir. de). *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*, 4^e édition. Londres, Blackwell, 2002.
76. Browne KD et al. *Early prediction and prevention of child abuse: a handbook*. Chichester, Wiley, 2002.
77. *Report of the consultation on child abuse prevention*. OMS, Genève, 29–31 mars 1999. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_PVI_99.1.pdf, consulté le 25 mai 2005).
78. *First Meeting on Strategies for Child Protection*. Padua, Italy, 29–31 October 1998. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (<http://www.euro.who.int/Document/E63395.pdf>, consulté le 25 mai 2005).
79. Krug EG et al. (sous la dir. de). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9242545619.pdf>, consulté le 28 septembre 2005).
80. *Improving maternal, infant and child health in the Russian Federation*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003.
81. *Commission on Social Determinants of Health*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/socialdeterminants/commission/20050705_1, consulté le 25 juillet 2005).
82. Bellamy C. *La situation des enfants dans le monde 2005. L'enfance en péril*. New York, UNICEF, 2004 (http://www.unicef.org/french/sowc05/sowc05_fr.pdf, consulté le 28 septembre 2005).
83. Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF. *Child poverty in rich countries 2005*. Florence, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Report Card No. 6; <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/repcard6e.pdf>, consulté le 25 mai 2005).
84. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 2005, 365(9464):1099–1104.
85. Réseau des bases factuelles en santé. *Quels sont les principaux facteurs qui influencent la mise en œuvre des programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé chez les enfants et les adolescents ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/KeyElementsHP/20050615_10?language=French, consulté le 28 septembre 2005).
86. Programme of Action for Children [site Web]. Tullamore, The Health Service Executive, 2004 (<http://www.hebe.ie/ProgrammesProjects/ProgrammeofActionforChildren>, consulté le 25 mai 2005).
87. Rigby M et al. The span in information from researching new tools to accessible presentation – Experience from child and adolescent health. In: Kirch W, ed. *Public health in Europe – 10 Years of EUPHA*. Berlin, Springer, 2003:275–292.

ANNEXE

**TABLEAUX
STATISTIQUES**

Note sur les estimations de la charge de morbidité et des risques dans les pays

Les tableaux 4 et 5 de l'annexe présentent les premières estimations par pays des causes de la charge de morbidité et du risque attribuable, exprimés à la fois en nombre de décès et en AVCI, pour la Région européenne de l'OMS. Le tableau 7 de l'annexe présente des estimations de la charge de morbidité en AVCI pour les enfants âgés de 0 à 14 ans. Ces estimations ont été produites en 2004 pour le présent rapport pour le projet Charge mondiale de morbidité du Programme mondial de l'OMS sur les bases factuelles pour la politique de santé.

Les estimations de la charge de morbidité précisent les résultats de l'étude de 2000 sur la charge mondiale de morbidité (1) tels qu'ils ont été publiés dans les rapports sur la santé dans le monde de 2003 et 2004 (2,3), et utilisent les informations supplémentaires les plus récentes dont l'OMS disposait en 2004.

Les estimations du risque attribuable complètent les analyses comparatives de l'évaluation des risques qui ont été réalisées pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2002* (4), mais utilisent des données actualisées relatives aux pays sur la charge résultant de quatre des facteurs de risque et sur l'exposition à ces derniers. Des changements généralement peu importants ont été apportés aux méthodes et aux résultats par rapport à ceux qui ont été utilisés pour le rapport de 2002 et publiés par Ezzati et al. (5).

Ces estimations antérieures doivent être interprétées comme les meilleures estimations de l'OMS et non comme les estimations officielles des États membres. On les a calculées en utilisant des catégories et des méthodes standard pour assurer une comparabilité entre pays. Elles ne sont pas nécessairement identiques aux estimations nationales officielles établies à l'aide de méthodes différentes, mais potentiellement tout aussi rigoureuses. Des documents et des tableaux récapitulatifs sur l'étude de la charge mondiale de morbidité (6) sont disponibles, de même que les outils logiciels et un manuel énonçant des principes directeurs pour la réalisation d'une étude nationale sur la charge de morbidité (7).

Références

1. Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english, consulté le 27 avril 2005).
2. *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – façonner l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/fr>, consulté le 27 avril 2005).
3. *Rapport sur la santé dans le monde 2004 – changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/fr>, consulté le 27 avril 2005).
4. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/fr>, consulté le 27 avril 2005).
5. Ezzati M et al. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004.
6. The Global Burden of Disease project: results for 2002 and earlier years, methods, documentation and publications. Manuals, resources and software for carrying out national burden of disease studies [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www.who.int/evidence/bod>, consulté le 25 mai 2005).
7. Mathers CD et al. (sous la dir. de). *National burden of disease studies. A practical guide. Edition 2.0*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_manual&language=english, consulté le 25 mai 2005).

Tableau 1. Population de la Région européenne de l'OMS, de 1990 à 2015 (projections)

États membres	Population totale (millions)			Croissance annuelle moyenne de la population (%)		Population urbaine (% du total)		Population de moins de 15 ans (% du total)		Population âgée de 65 ans et plus (% du total)		Taux de fécondité totale, 2000-2005
	1990	2003	2015	1990-2003	2003-2015	2002	2015	2003	2015	2003	2015	
Albanie	3,3	3,2	3,5	-0,3	0,8	43,2	51,2	27,3	2,9	7,3	0,1	2,3
Allemagne	79,4	82,5	80,6	0,3	-0,2	87,9	90,0	14,9	13,2	17,3	20,8	1,4
Andorre	-	-	-	-	-	91,9	91,1	-	-	-	-	-
Arménie	3,5	3,1	3,0	-1,1	-0,1	64,6	64,2	20,5	14,4	10,2	9,9	1,2
Autriche	7,7	8,1	8,1	0,4	0,0	65,8	67,2	16,2	12,4	16,0	19,5	1,3
Azerbaïdjan	7,2	8,2	9,0	1,1	0,7	50,2	51,3	27,0	23,5	7,5	5,9	2,1
Bélarus	10,2	9,9	9,3	-0,2	-0,5	70,5	75,2	16,8	14,1	14	14,3	1,2
Belgique	10,0	10,4	10,5	0,3	0,1	97,2	97,5	17	15,5	16,8	19,5	1,7
Bosnie-Herzégovine	4,5	4,1	4,2	-0,6	0,2	43,9	51,1	17,2	14,1	10,9	13,6	1,3
Bulgarie	8,7	7,8	7,2	-0,8	-0,7	69,4	74,0	14,4	12,6	16,4	18,0	1,1
Chypre	-	-	-	-	-	69,0	71,6	-	18,9	-	14,9	1,9
Croatie	4,8	4,4	4,3	-0,6	-0,3	58,6	64,6	16,2	16,5	15,8	17,8	1,7
Danemark	5,1	5,4	5,4	0,4	0,1	85,2	86,8	18,6	16,3	14,9	19,2	1,8
Espagne	38,8	41,1	41,5	0,4	0,1	76,4	78,1	15,0	13,2	17,1	19,2	1,2
Estonie	1,6	1,4	1,3	-1,1	-0,5	69,4	71,4	16,1	14,2	15,2	18,2	1,2
ERY de Macédoine ^a	1,9	2,0	2,2	0,6	0,5	59,4	62,0	21,5	20,0	10,7	12,2	1,9
Fédération de Russie	148,3	143,4	134,5	-0,3	-0,5	73,3	74,3	16,3	13,7	13,2	14,3	1,1
Finlande	5,0	5,2	5,3	0,3	0,1	61,0	62,1	17,6	15,8	15,3	20,3	1,7
France	56,7	59,8	61,8	0,4	0,3	76,1	79,0	18,6	17,8	16,1	18,5	1,9
Géorgie	5,5	5,1	4,7	-0,5	-0,7	52,2	51,6	18,4	15,2	14,3	14,9	1,4
Grèce	10,2	11,0	11,0	0,6	0,0	60,6	65,2	14,7	13,2	18,7	20,9	1,3
Hongrie	10,4	10,1	9,6	-0,2	-0,5	64,7	70,0	16,3	13,3	14,7	17,4	1,2
Irlande	3,5	4	4,4	1,0	0,8	59,6	63,6	21,3	20,3	11,2	13,4	1,9
Islande	-	-	-	-	-	92,7	94,1	-	18,7	-	13,5	2,0
Israël	4,7	6,7	7,9	2,8	1,4	91,6	92,4	27,4	24,8	9,7	11,4	2,7
Italie	56,7	57,6	55,1	0,1	-0,4	67,3	69,2	14,0	12,3	19,0	22,3	1,2
Kazakhstan	16,3	14,9	15,5	-0,7	0,3	55,8	58,2	24,5	21,4	8,1	8,4	2,0
Kirghizistan	4,4	5,1	5,8	1	1,1	34,0	35,4	31,7	26,4	6,1	5,9	2,6
Lettonie	2,7	2,3	2,1	-1,1	-0,7	66,3	66,3	15,1	13,0	15,5	18,3	1,1
Lituanie	3,7	3,5	3,3	-0,5	-0,4	66,8	67,5	17,7	16,0	14,2	16,4	1,3
Luxembourg	-	-	-	-	-	91,6	94,1	-	17,6	-	14,4	1,7
Malte	-	-	-	-	-	91,4	93,7	-	17,0	-	18,0	1,8
Monaco	-	-	-	-	-	100,0	100,0	-	-	-	-	-
Norvège	4,2	4,6	4,7	0,6	0,3	77,6	86,4	19,7	16,6	14,9	18,0	1,8
Ouzbékistan	20,5	25,6	30,1	1,7	1,3	36,8	37,0	33,3	26,2	4,9	5,0	2,4
Pays-Bas	15,0	16,2	16,6	0,6	0,2	65,4	71,4	18,3	16,4	14,0	17,4	1,7
Pologne	38,1	38,2	37,9	0,0	-0,1	61,8	64,0	17,6	14,6	12,5	14,8	1,3
Portugal	9,9	10,4	10,5	0,4	0,0	54,1	60,9	17,3	15,3	15,2	18,0	1,5
République de Moldova	4,4	4,2	4,1	-0,2	-0,2	45,9	50,0	20,4	16,5	11,1	10,9	1,4
République tchèque	10,4	10,2	9,9	-0,1	-0,2	74,2	75,7	15,5	13,2	13,9	18,6	1,2
Roumanie	23,2	21,7	21,1	-0,5	-0,3	54,5	56,4	16,6	15,4	13,9	14,8	1,3
Royaume-Uni	57,6	59,3	60	0,2	0,1	89,0	90,2	18,2	15,9	16	17,8	1,6
Saint-Marin	-	-	-	-	-	88,8	89,1	-	-	-	-	-
Serbie-et-Monténégro	10,5 ^b	8,1	10,7	0,1 ^c	2,3	51,8	55,5	19,6	16,9	14	14,9	1,7
Slovaquie	5,3	5,4	5,3	0,2	-0,1	57,2	60,8	18,2	15,4	11,4	13,6	1,3
Slovénie	2,0	2,0	2,0	0,0	-0,1	50,8	52,6	15,0	12,1	14,6	18,5	1,1
Suède	8,6	9,0	9,0	0,3	0,1	83,3	84,3	17,5	15,7	17,5	21,4	1,6
Suisse	6,7	7,4	7,6	0,7	0,2	67,6	68,7	16,6	12,6	15,6	22,0	1,4
Tadjikistan	5,3	6,3	7,2	1,3	1,1	25,0	24,4	36,5	28,5	4,6	4,6	3,1
Turkménistan	3,7	4,9	5,7	2,2	1,3	45,1	50,0	33,8	27,4	4,5	4,6	2,7
Turquie	56,2	70,7	81,2	1,8	1,2	65,8	71,9	28,3	25,0	5,9	6,7	2,4
Ukraine	51,9	48,4	44,7	-0,5	-0,7	67,2	68,9	16	13,2	15,1	16,1	1,2

^a Ex-République yougoslave de Macédoine.^b Inclut la population du Kosovo jusqu'en 2001.^c Les données portent sur la période 1990-2001.Sources : World development indicators 2005. Washington, DC, Banque mondiale, 2005 (<http://www.worldbank.org/data/wdi2005/> ; consulté le 25 mai 2005)

et Rapport mondial sur le développement humain 2004. La liberté culturelle dans un monde diversifié. New York, Programme des Nations

Unies pour le développement (<http://hdr.undp.org/reports/global/2004/francais/>, consulté le 25 mai 2005).

Tableau 2. Indicateurs de base de la santé publique de la Région européenne de l'OMS
Dépenses de santé, vaccination et problèmes de santé

États membres	Total des dépenses de santé, 2002		Dépenses de santé générales de l'État, 2002		Enfant d'un an vacciné (%), 2003		Tuberculose dans le cadre de DOTS	
	% du PIB	Par habitant (cours du dollar international)	% des dépenses de santé totales	% des dépenses totales de l'État	DTC3	Contre la rougeole	Cas détectés (%), 2003	Succès du traitement (%), 2002
Albanie	6,1	302	39	8	97	93	28	90
Allemagne	10,9	2817	79	18	89	92	97	69
Andorre	6,5	1908	71	27	99	96	75	100
Arménie	5,8	232	23	6	94	94	58	79
Autriche	7,7	2220	70	11	84	79	87 ^a	64 ^b
Azerbaïdjan	3,7	120	22	3	97	98	25	84
Bélarus	6,4	583	74	11	86	99	98	–
Belgique	9,1	2515	71	13	90	75	73	69
Bosnie-Herzégovine	9,2	322	50	9	87	84	76	95
Bulgarie	7,4	499	53	10	96	96	90	86
Chypre	7,0	883	41	7	98	86	102	75
Croatie	7,3	630	81	12	94	95	0	–
Danemark	8,8	2583	83	13	96	96	88	77
Espagne	7,6	1640	71	14	98	97	0	–
Estonie	5,1	604	76	11	94	95	85	67
ERY de Macédoine ^c	6,8	341	85	14	96	96	75	79
Fédération de Russie	6,2	535	56	10	98	96	13	67
Finlande	7,3	1943	76	11	98	97	0	–
France	9,7	2736	76	14	97	86	0	–
Géorgie	3,8	123	27	6	76	73	99	65
Grèce	9,5	1814	53	11	88	88	0	–
Hongrie	7,8	1078	70	10	99	99	88	55
Irlande	7,3	2367	75	16	85	78	0	–
Islande	9,9	2802	84	18	97	93	63	100
Israël	9,1	1890	66	11	97	95	83	80
Italie	8,5	2166	76	13	96	83	101	79
Kazakhstan	3,5	261	53	9	99	99	120	78
Kirghizistan	4,3	117	51	10	98	99	97	82
Lettonie	5,1	477	64	9	98	99	97	76
Lituanie	5,9	549	73	14	94	98	108	72
Luxembourg	6,2	3066	85	12	98	91	98	–
Malte	9,7	965	72	14	94	90	26	60
Monaco	11,0	4258	80	15	99	99	–	–
Norvège	9,6	3409	84	18	90	84	128	80
Ouzbékistan	5,5	143	46	7	98	99	34	80
Pays-Bas	8,8	2564	66	12	98	96	102	68
Pologne	6,1	657	72	10	99	97	81	86
Portugal	9,3	1702	71	14	99	96	86	82
République de Moldova	7,0	151	58	13	98	96	55	61
République tchèque	7,0	1118	91	15	97	99	92	73
Roumanie	6,3	469	66	13	97	97	45	76
Royaume-Uni	7,7	2160	83	16	91	80	0	–
Saint-Marin	7,7	3094	79	20	96	91	58	0
Serbie-et-Monténégro	8,1	305	63	11	89	87	51	91
Slovaquie	5,9	723	89	10	99	99	69	84
Slovénie	8,3	1547	75	15	92	94	75	85
Suède	9,2	2512	85	14	98	94	98	73
Suisse	11,2	3446	58	19	95	82	0	–
Tadjikistan	3,3	47	28	6	82	89	8	78
Turkménistan	4,3	182	71	12	98	97	56	77
Turquie	6,5	420	66	10	68	75	–	–
Ukraine	4,7	210	71	9	97	99	0	–

^a 2002.^b 2001.^c Ex-République yougoslave de Macédoine.

Espérance de vie et mortalité

Retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans (%), 1997–2003	Faible poids de naissance (%), 2000–2002	Espérance de vie à la naissance (années), 2003		Taux de mortalité des adultes (pour 1 000 habitants âgés de 15 à 60 ans), 2003		Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)		Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)		Couverture de l'enregistrement de décès (%), 2003 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Moins de 5 ans, 2003	Moins de 28 jours, 2000	Estimations de l'OMS, 2000	Données notifiées, 1995–2003	
35,1	3	69	75	167	92	21	12	55	20	94
–	7	76	82	115	59	5	3	9	5	100
–	–	78	84	107	41	5	4	–	–	46
12,9	7	65	72	240	108	33	17	55	34	78
–	7	76	82	115	59	6	3	5	3	100
13,3	11	62	68	220	120	91	36	94	29	72
–	5	63	75	370	130	10	5	36	20	98
–	8	75	82	125	66	5	3	10	7	100
9,7	4	69	76	190	89	17	11	31	–	88
–	10	69	76	216	91	15	8	32	16	100
–	–	76	81	99	47	6	4	47	7	83
–	6	71	78	173	70	7	5	10	13	99
–	5	75	80	121	73	5	4	7	12	100
–	6	76	83	116	46	5	3	5	4	100
–	4	65	77	319	114	8	6	38	19	100
6,9	5	69	75	202	86	12	9	13	10	90
–	6	58	72	480	182	16	9	65	37	97
–	4	75	82	134	57	4	2	5	5	100
–	7	76	84	132	59	5	3	17	9	100
11,7	6	67	75	195	76	45	25	32	51	64
–	8	76	81	118	48	6	4	10	4	90
–	9	68	77	257	111	9	6	11	7	100
–	6	76	81	100	60	6	4	4	4	98
–	4	78	82	81	53	3	2	0	15	91
–	8	78	82	92	51	6	4	13	5	100
–	6	78	84	93	47	5	3	5	3	98
9,7	8	56	67	419	187	73	32	210	54	79
24,8	7	59	68	339	160	68	31	110	51	71
–	5	66	76	306	120	13	7	61	22	100
–	4	66	78	302	106	9	5	19	13	100
–	8	76	82	115	63	4	4	28	11	100
–	6	76	81	84	49	6	5	–	15	100
–	–	78	85	110	47	4	3	–	–	–
–	5	77	82	96	58	4	3	10	6	98
21,1	7	63	69	226	142	69	27	24	33	80
–	–	76	81	93	66	6	4	16	8	100
–	6	71	79	202	81	8	6	10	5	100
–	8	74	81	150	63	6	3	8	6	100
–	5	63	71	303	152	32	16	36	30	83
–	7	72	79	166	74	5	2	9	7	100
10,1	9	68	75	239	107	20	9	58	32	100
–	8	76	81	103	64	6	4	11	5	100
–	–	78	84	73	32	4	2	–	–	>75
5,1	4	70	75	186	99	14	9	9	7	90
–	7	70	78	204	77	8	5	10	8	100
–	6	73	81	165	69	5	4	17	14	100
–	4	78	83	79	50	4	2	8	4	100
–	6	78	83	90	50	5	3	7	5	100
36,2	15	59	63	225	169	118	38	100	42	50
22,3	6	56	65	352	171	102	35	31	–	76
16	16	68	73	176	111	39	22	70	–	43
15,9	5	62	73	384	142	20	9	38	23	99

Note : l'OMS a calculé les chiffres pour en assurer la comparabilité ; il ne s'agit pas nécessairement des statistiques officielles des États membres qui peuvent utiliser d'autres méthodes rigoureuses.

Sources : Rapport sur la santé dans le monde 2005 – donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/fr>, consulté le 25 mai 2005) et World health statistics 2005. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/>, consulté le 30 mai 2005).

Tableau 3. Niveau et répartition du revenu dans la Région européenne de l'OMS

États membres	PIB par habitant (dollars des États-Unis PPA), 2002	Croissance annuelle moyenne du PIB (%)		Part du revenu ou de la consommation (%)				Mesures d'inégalité	
		1980-1990	1990-2003	10 % les plus pauvres	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	10 % les plus riches	Rapport de la part du revenu ou de la consommation des 10 % les plus riches à celle des 10 % les plus pauvres	Indice de Gini
Albanie	4 830	1,5	4,6	3,8	9,1	37,4	22,4	5,9	28,2
Allemagne	27 100	2,3	1,5	3,2	8,5	36,9	22,1	6,9	28,3
Andorre	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Arménie	3 120	—	1,5	2,6	6,7	45,1	29,7	11,5	37,9
Autriche	29 220	2,3	2,1	3,1	8,1	38,5	23,5	7,6	30,0
Azerbaïdjan	3 210	—	-1,5	3,1	7,4	44,5	29,5	9,7	36,5
Bélarus	5 520	—	0,6	3,5	8,4	39,1	24,1	6,9	30,4
Belgique	27 570	2,1	2,1	2,9	8,3	37,3	22,6	7,8	25,0
Bosnie-Herzégovine	—	—	—	3,9	9,5	35,8	21,4	5,4	26,2
Bulgarie	7 130	3,4	-0,2	2,4	6,7	38,9	23,7	9,9	31,9
Chypre	18 150	—	—	—	—	—	—	—	—
Croatie	10 240	—	1,7	3,4	8,3	39,6	24,5	7,3	29,0
Danemark	30 940	2,0	2,3	2,6	8,3	35,8	21,3	8,1	24,7
Espagne	21 460	3,1	2,8	2,8	7,5	40,3	25,2	9,0	32,5
Estonie	12 260	2,2	2,1	1,9	6,1	44,0	28,5	14,9	37,2
ERY de Macédoine ^a	6 470	—	-0,1	3,3	8,4	36,7	22,1	6,8	28,2
Fédération de Russie	8 230	—	-1,8	3,3	8,2	39,3	23,8	7,2	31,0
Finlande	26 190	3,3	2,8	4,0	9,6	36,7	22,6	5,6	26,9
France	26 920	2,4	1,9	2,8	7,2	40,2	25,1	9,1	32,7
Géorgie	2 260	0,4	-3,1	2,3	6,4	43,6	27,9	12,0	36,9
Grèce	18 720	0,9	2,7	2,9	7,1	43,6	28,5	10,0	35,4
Hongrie	13 400	1,3	2,4	4,0	9,5	36,5	22,2	5,6	26,9
Irlande	36 360	3,2	7,7	2,8	7,1	43,3	27,6	9,7	35,9
Islande	29 750	—	—	—	—	—	—	—	—
Israël	19 530	3,5	4,3	2,4	6,9	44,3	28,2	11,7	35,5
Italie	26 430	2,5	1,6	2,3	6,5	42,0	26,8	11,6	36,0
Kazakhstan	5 870	—	-0,6	3,2	7,8	40,0	24,4	7,6	32,3
Kirghizistan	1 620	—	-1,4	3,2	7,7	43,0	27,9	8,7	34,8
Lettonie	9 210	3,2	1,0	2,8	7,3	41,1	26,1	9,3	33,6
Lituanie	10 320	—	-0,1	3,2	7,9	40,0	24,9	7,9	31,9
Luxembourg	61 190	—	—	3,5	8,4	38,9	23,8	6,8	30,8
Malte	17 640	—	—	—	—	—	—	—	—
Monaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Norvège	36 600	3,0	3,5	3,9	9,6	37,2	23,4	6,1	25,8
Ouzbékistan	1 670	—	1,2	3,6	9,2	36,3	22,0	6,1	26,8
Pays-Bas	29 100	2,4	2,7	2,5	7,6	38,7	22,9	9,2	30,9
Pologne	10 560	—	4,2	3,1	7,6	41,9	26,7	8,6	34,1
Portugal	18 280	3,2	2,6	2,0	5,8	45,9	29,8	15,0	38,5
République de Moldova	1 470	2,8	-5,9	2,7	6,8	44,1	28,4	10,5	36,9
République tchèque	15 780	—	1,4	4,3	10,3	35,9	22,4	5,2	25,4
Roumanie	6 560	1,3	0,1	3,2	7,9	41,0	26,1	8,2	30,3
Royaume-Uni	26 150	3,2	2,7	2,1	6,1	44,0	28,5	13,8	36,0
Saint-Marin	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Serbie-et-Monténégro	—	—	1,4	—	—	—	—	—	—
Slovaquie	12 840	2,0	2,5	3,1	8,8	34,8	20,9	6,7	25,8
Slovénie	18 540	—	3,1	3,6	9,1	35,7	21,4	5,9	28,4
Suède	26 050	2,5	2,3	3,6	9,1	36,6	22,2	6,2	25,0
Suisse	30 010	2,0	1,2	2,6	6,9	40,3	25,2	9,9	33,1
Tadjikistan	980	2,0	-5,3	3,3	7,9	40,8	25,6	7,8	32,6
Turkménistan	4 250	—	0,9	2,6	6,1	47,5	31,7	12,3	40,8
Turquie	6 390	5,3	3,1	2,3	6,1	46,7	30,7	13,3	40,0
Ukraine	4 870	—	-5,3	3,7	8,8	37,8	23,2	6,4	29,0

^a Ex-République yougoslave de Macédoine.

Note : l'OMS a calculé les chiffres pour assurer la comparabilité ; il ne s'agit pas nécessairement des statistiques officielles des États membres qui peuvent utiliser d'autres méthodes rigoureuses.

Sources : *Rapport sur la santé dans le monde 2005 – donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/fr>, consulté le 25 mai 2005) et *World health statistics 2005*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/>, consulté le 30 mai 2005).

Tableau 4. Décès et AVCI attribuables aux dix principales causes dans la Région européenne de l'OMS, 2002

États membres	Mortalité				AVCI			
	Causes	Total des décès	% du total		Causes	Total des AVCI	% du total	
ALBANIE	Ensemble des causes	22 096	100,0		Ensemble des causes	502 753	100,0	
	1. Maladies cérébrovasculaires	4 169	18,9		1. Troubles dépressifs unipolaires	36 939	7,3	
	2. Cardiopathie ischémique	3 989	18,1		2. Cardiopathie ischémique	35 959	7,2	
	3. Infections des voies respiratoires inférieures	973	4,4		3. Maladies cérébrovasculaires	33 238	6,6	
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	933	4,2		4. Affections périnatales	21 520	4,3	
	5. Cancer de l'estomac	572	2,6		5. Infections des voies respiratoires inférieures	18 911	3,8	
	6. Cancer du foie	552	2,5		6. Arthrose	12 258	2,4	
	7. Affections périnatales	540	2,4		7. Chutes	10 198	2,0	
	8. Cardiopathie hypertensive	444	2,0		8. Carence en iode	9 376	1,9	
	9. Néphrite et néphrose	369	1,7		9. Déficit auditif à l'âge adulte	9 087	1,8	
	10. Maladie pulmonaire obstructive chronique	275	1,2		10. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	8 828	1,8	
ALLEMAGNE	Ensemble des causes	815 401	100,0		Ensemble des causes	10 414 377	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	172 717	21,2		1. Cardiopathie ischémique	871 228	8,4	
	2. Maladies cérébrovasculaires	79 326	9,7		2. Troubles dépressifs unipolaires	818 642	7,9	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	42 079	5,2		3. Troubles dus à l'abus d'alcool	521 875	5,0	
	4. Cancer colorectal	32 424	4,0		4. Maladies cérébrovasculaires	513 718	4,9	
	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	21 948	2,7		5. Déficit auditif à l'âge adulte	393 423	3,8	
	6. Diabète sucré	20 873	2,6		6. Maladie d'Alzheimer et autres démences	377 824	3,6	
	7. Infections des voies respiratoires inférieures	20 608	2,5		7. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	353 787	3,4	
	8. Cancer du sein	19 660	2,4		8. Maladie pulmonaire obstructive chronique	334 100	3,2	
	9. Cardiopathie hypertensive	18 302	2,2		9. Cirrhose du foie	264 492	2,5	
	10. Cirrhose du foie	17 979	2,2		10. Arthrose	251 575	2,4	
ANDORRE	Ensemble des causes	562	100,0		Ensemble des causes	8 546	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	67	12,0		1. Troubles dépressifs unipolaires	715	8,4	
	2. Maladies cérébrovasculaires	52	9,3		2. Troubles dus à l'abus d'alcool	449	5,3	
	3. Maladie d'Alzheimer et autres démences	35	6,2		3. Maladie d'Alzheimer et autres démences	378	4,4	
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	30	5,3		4. Cardiopathie ischémique	369	4,3	
	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	25	4,5		5. Maladies cérébrovasculaires	342	4,0	
	6. Cancer colorectal	22	3,9		6. Déficit auditif à l'âge adulte	303	3,6	
	7. Diabète sucré	14	2,5		7. Maladie pulmonaire obstructive chronique	286	3,3	
	8. Infections des voies respiratoires inférieures	13	2,3		8. Accidents de la circulation	276	3,2	
	9. Cancer du sein	11	2,0		9. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	250	2,9	
	10. Accidents de la circulation	10	1,9		10. Diabète sucré	224	2,6	
ARMÉNIE	Ensemble des causes	26 148	100,0		Ensemble des causes	516 208	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	8 515	32,6		1. Cardiopathie ischémique	65 285	12,6	
	2. Maladies cérébrovasculaires	4 212	16,1		2. Troubles dépressifs unipolaires	38 243	7,4	
	3. Diabète sucré	1 559	6,0		3. Maladies cérébrovasculaires	34 430	6,7	
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	998	3,8		4. Affections périnatales	20 268	3,9	
	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	782	3,0		5. Diabète sucré	18 936	3,7	
	6. Cardiopathies inflammatoires	580	2,2		6. Déficit auditif à l'âge adulte	15 853	3,1	
	7. Cardiopathie hypertensive	511	2,0		7. Anomalies congénitales	14 392	2,8	
	8. Cancer du sein	504	1,9		8. Troubles de la vue dus à l'âge	11 688	2,3	
	9. Cancer de l'estomac	502	1,9		9. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	10 070	2,0	
	10. Cirrhose du foie	496	1,9		10. Maladie pulmonaire obstructive chronique	8 920	1,7	

Source : données provenant de Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english, consulté le 25 mai 2005).

Tableau 4 (suite)

États membres	Mortalité				AVCI			
	Causes	Total des décès	% du total		Causes	Total des AVCI	% du total	
AUTRICHE	Ensemble des causes	70 450	100,0		Ensemble des causes	969 681	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	15 418	21,9		1. Troubles dépressifs unipolaires	95 118	9,8	
	2. Maladies cérébrovasculaires	7 559	10,7		2. Cardiopathie ischémique	79 989	8,2	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	3 170	4,5		3. Maladies cérébrovasculaires	49 230	5,1	
	4. Cancer colorectal	2 531	3,6		4. Troubles dus à l'abus d'alcool	48 850	5,0	
	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	2 122	3,0		5. Déficit auditif à l'âge adulte	36 543	3,8	
	6. Cirrhose du foie	1 758	2,5		6. Maladie d'Alzheimer et autres démences	34 102	3,5	
	7. Cancer du sein	1 633	2,3		7. Maladie pulmonaire obstructive chronique	30 652	3,2	
	8. Automutilations	1 476	2,1		8. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	26 882	2,8	
	9. Diabète sucré	1 428	2,0		9. Automutilations	26 204	2,7	
	10. Cardiopathie hypertensive	1 247	1,8		10. Cirrhose du foie	24 341	2,5	
AZERBAÏDJAN	Ensemble des causes	64 213	100,0		Ensemble des causes	1 545 013	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	22 302	34,7		1. Cardiopathie ischémique	180 052	11,7	
	2. Maladies cérébrovasculaires	6 540	10,2		2. Infections des voies respiratoires inférieures	156 395	10,1	
	3. Infections des voies respiratoires inférieures	5 260	8,2		3. Troubles dépressifs unipolaires	99 044	6,4	
	4. Cardiopathie hypertensive	2 212	3,4		4. Affections périnatales	68 795	4,5	
	5. Diabète sucré	1 666	2,6		5. Maladies cérébrovasculaires	60 065	3,9	
	6. Affections périnatales	1 648	2,6		6. Maladies diarrhéiques	36 545	2,4	
	7. Cirrhose du foie	1 532	2,4		7. Tuberculose	36 406	2,4	
	8. Tuberculose	1 485	2,3		8. Déficit auditif à l'âge adulte	35 630	2,3	
	9. Cardiopathies inflammatoires	1 464	2,3		9. Anémie	35 164	2,3	
	10. Cancer de l'estomac	1 343	2,1		10. Diabète sucré	34 711	2,2	
BÉLARUS	Ensemble des causes	143 574	100,0		Ensemble des causes	2 192 251	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	59 423	41,4		1. Cardiopathie ischémique	382 458	17,4	
	2. Maladies cérébrovasculaires	22 790	15,9		2. Maladies cérébrovasculaires	188 174	8,6	
	3. Maladie pulmonaire obstructive chronique	5 192	3,6		3. Troubles dépressifs unipolaires	107 552	4,9	
	4. Intoxications	3 956	2,8		4. Automutilations	78 206	3,6	
	5. Automutilations	3 796	2,6		5. Intoxications	75 063	3,4	
	6. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	3 707	2,6		6. Troubles dus à l'abus d'alcool	63 271	2,9	
	7. Cancer de l'estomac	3 146	2,2		7. Maladie pulmonaire obstructive chronique	62 291	2,8	
	8. Cancer colorectal	2 550	1,8		8. Infection à VIH et sida	55 818	2,5	
	9. Infection à VIH et sida	2 201	1,5		9. Accidents de la circulation	52 635	2,4	
	10. Noyades	1 712	1,2		10. Déficit auditif à l'âge adulte	52 491	2,4	
BELGIQUE	Ensemble des causes	102 947	100,0		Ensemble des causes	1 357 930	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	14 985	14,6		1. Troubles dépressifs unipolaires	131 685	9,7	
	2. Maladies cérébrovasculaires	9 234	9,0		2. Cardiopathie ischémique	88 271	6,5	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	7 191	7,0		3. Maladie pulmonaire obstructive chronique	66 096	4,9	
	4. Infections des voies respiratoires inférieures	5 043	4,9		4. Maladies cérébrovasculaires	62 978	4,6	
	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	4 989	4,8		5. Maladie d'Alzheimer et autres démences	56 459	4,2	
	6. Maladie d'Alzheimer et autres démences	4 193	4,1		6. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	55 114	4,1	
	7. Cancer colorectal	3 471	3,4		7. Troubles dus à l'abus d'alcool	47 778	3,5	
	8. Cancer du sein	2 586	2,5		8. Déficit auditif à l'âge adulte	46 041	3,4	
	9. Automutilations	2 148	2,1		9. Automutilations	42 090	3,1	
	10. Cancer de la prostate	2 104	2,0		10. Accidents de la circulation	36 582	2,7	

États membres	Mortalité				AVCI			
	Causes	Total des décès	% du total		Causes	Total des AVCI	% du total	
BOSNIE-HERZÉGOVINE	Ensemble des causes	34 894	100,0		Ensemble des causes	649 408	100,0	
	1. Maladies cérébrovasculaires	6 508	18,7		1. Maladies cérébrovasculaires	63 065	9,7	
	2. Cardiopathie ischémique	5 590	16,0		2. Troubles dépressifs unipolaires	51 184	7,9	
	3. Cardiopathies inflammatoires	3 404	9,8		3. Cardiopathie ischémique	50 385	7,8	
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 618	4,6		4. Cardiopathies inflammatoires	26 265	4,0	
	5. Diabète sucré	646	1,9		5. Arthrose	20 224	3,1	
	6. Cancer colorectal	587	1,7		6. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	17 241	2,7	
	7. Automutilations	572	1,6		7. Affections périnatales	16 876	2,6	
	8. Cancer du foie	545	1,6		8. Déficit auditif à l'âge adulte	15 671	2,4	
	9. Néphrite et néphrose	519	1,5		9. Automutilations	12 971	2,0	
	10. Cirrhose du foie	517	1,5		10. Troubles de la vue dus à l'âge	12 927	2,0	
BULGARIE	Ensemble des causes	106 748	100,0		Ensemble des causes	1 464 368	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	26 638	25,0		1. Cardiopathie ischémique	179 532	12,3	
	2. Maladies cérébrovasculaires	21 508	20,1		2. Maladies cérébrovasculaires	164 980	11,3	
	3. Cardiopathie hypertensive	4 709	4,4		3. Troubles dépressifs unipolaires	94 865	6,5	
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	3 052	2,9		4. Arthrose	40 511	2,8	
	5. Cancer colorectal	2 323	2,2		5. Diabète sucré	36 538	2,5	
	6. Diabète sucré	1 972	1,8		6. Déficit auditif à l'âge adulte	33 172	2,3	
	7. Cancer de l'estomac	1 783	1,7		7. Troubles dus à l'abus d'alcool	32 527	2,2	
	8. Infections des voies respiratoires inférieures	1 566	1,5		8. Cardiopathie hypertensive	32 470	2,2	
	9. Cirrhose du foie	1 494	1,4		9. Troubles de la vue dus à l'âge	32 027	2,2	
	10. Automutilations	1 347	1,3		10. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	31 686	2,2	
CHYPRE	Ensemble des causes	7 494	100,0		Ensemble des causes	108 491	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	1 358	18,1		1. Troubles dépressifs unipolaires	7 476	6,9	
	2. Maladies cérébrovasculaires	795	10,6		2. Cardiopathie ischémique	7 400	6,8	
	3. Infections des voies respiratoires inférieures	497	6,6		3. Troubles de la vue dus à l'âge	7 224	6,7	
	4. Accidents de la circulation	214	2,9		4. Accidents de la circulation	5 931	5,5	
	5. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	182	2,4		5. Déficit auditif à l'âge adulte	5 480	5,1	
	6. Cancer du sein	126	1,7		6. Cataractes	4 536	4,2	
	7. Cancer colorectal	107	1,4		7. Diabète sucré	4 283	3,9	
	8. Néphrite et néphrose	99	1,3		8. Maladies cérébrovasculaires	3 609	3,3	
	9. Cancer de la vessie	76	1,0		9. Infections des voies respiratoires inférieures	2 936	2,7	
	10. Cancer de l'estomac	74	1,0		10. Schizophrénie	2 017	1,9	
CROATIE	Ensemble des causes	50 446	100,0		Ensemble des causes	709 409	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	11 653	23,1		1. Maladies cérébrovasculaires	77 915	11,0	
	2. Maladies cérébrovasculaires	8 653	17,2		2. Cardiopathie ischémique	73 783	10,4	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	2 729	5,4		3. Troubles dépressifs unipolaires	52 908	7,5	
	4. Cancer colorectal	1 620	3,2		4. Troubles dus à l'abus d'alcool	33 345	4,7	
	5. Cirrhose du foie	1 392	2,8		5. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	24 818	3,5	
	6. Cancer de l'estomac	1 045	2,1		6. Déficit auditif à l'âge adulte	19 980	2,8	
	7. Cancer du sein	957	1,9		7. Cirrhose du foie	19 749	2,8	
	8. Automutilations	885	1,8		8. Maladie d'Alzheimer et autres démences	18 178	2,6	
	9. Infections des voies respiratoires inférieures	869	1,7		9. Accidents de la circulation	15 660	2,2	
	10. Cardiopathie hypertensive	865	1,7		10. Maladie pulmonaire obstructive chronique	15 405	2,2	

Tableau 4 (suite)

États membres	Mortalité				AVCI			
	Causes	Total des décès	% du total		Causes	Total des AVCI	% du total	
DANEMARK	Ensemble des causes	57 418	100,0		Ensemble des causes	750 197	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	10 013	17,4		1. Troubles dépressifs unipolaires	61 059	8,1	
	2. Maladies cérébrovasculaires	4 871	8,5		2. Maladie pulmonaire obstructive chronique	57 489	7,7	
	3. Maladie pulmonaire obstructive chronique	4 039	7,0		3. Cardiopathie ischémique	46 019	6,1	
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	3 380	5,9		4. Maladies cérébrovasculaires	35 294	4,7	
	5. Cancer colorectal	2 480	4,3		5. Troubles dus à l'abus d'alcool	35 276	4,7	
	6. Chutes	1 637	2,9		6. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	25 904	3,5	
	7. Maladie d'Alzheimer et autres démences	1 591	2,8		7. Maladie d'Alzheimer et autres démences	25 119	3,3	
	8. Cancer du sein	1 496	2,6		8. Déficit auditif à l'âge adulte	23 447	3,1	
	9. Diabète sucré	1 493	2,6		9. Cancer colorectal	17 723	2,4	
	10. Infections des voies respiratoires inférieures	1 476	2,6		10. Diabète sucré	15 452	2,1	
ESPAGNE	Ensemble des causes	355 695	100,0		Ensemble des causes	4 951 588	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	45 018	12,7		1. Troubles dépressifs unipolaires	274 925	5,6	
	2. Maladies cérébrovasculaires	34 880	9,8		2. Cardiopathie ischémique	254 464	5,1	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	18 298	5,1		3. Troubles dus à l'abus d'alcool	227 749	4,6	
	4. Maladie d'Alzheimer et autres démences	17 341	4,9		4. Maladies cérébrovasculaires	220 220	4,4	
	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	17 148	4,8		5. Maladie d'Alzheimer et autres démences	216 950	4,4	
	6. Cancer colorectal	13 127	3,7		6. Déficit auditif à l'âge adulte	179 798	3,6	
	7. Diabète sucré	9 965	2,8		7. Maladie pulmonaire obstructive chronique	165 829	3,3	
	8. Infections des voies respiratoires inférieures	9 805	2,8		8. Accidents de la circulation	165 584	3,3	
	9. Cancer de l'estomac	6 569	1,8		9. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	154 604	3,1	
	10. Accidents de la circulation	6 489	1,8		10. Troubles dus à la toxicomanie	145 699	2,9	
ESTONIE	Ensemble des causes	18 246	100,0		Ensemble des causes	264 152	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	6 235	34,2		1. Cardiopathie ischémique	33 180	12,6	
	2. Maladies cérébrovasculaires	2 964	16,2		2. Maladies cérébrovasculaires	18 850	7,1	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	664	3,6		3. Troubles dépressifs unipolaires	14 195	5,4	
	4. Intoxications	431	2,4		4. Intoxications	8 267	3,1	
	5. Automutilations	384	2,1		5. Troubles dus à l'abus d'alcool	7 918	3,0	
	6. Cancer colorectal	381	2,1		6. Automutilations	7 639	2,9	
	7. Cardiopathie hypertensive	350	1,9		7. Déficit auditif à l'âge adulte	7 338	2,8	
	8. Cancer de l'estomac	340	1,9		8. Accidents de la circulation	6 612	2,5	
	9. Infections des voies respiratoires inférieures	334	1,8		9. Violence	6 302	2,4	
	10. Cardiopathies inflammatoires	313	1,7		10. Arthrose	6 175	2,3	
EX-RÉPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACÉDOINE	Ensemble des causes	18 972	100,0		Ensemble des causes	326 031	100,0	
	1. Maladies cérébrovasculaires	3 772	19,9		1. Maladies cérébrovasculaires	30 091	9,2	
	2. Cardiopathies inflammatoires	3 219	17,0		2. Conflit armé	26 142	8,0	
	3. Cardiopathie ischémique	2 544	13,4		3. Troubles dépressifs unipolaires	24 263	7,4	
	4. Conflit armé	803	4,2		4. Cardiopathie ischémique	22 280	6,8	
	5. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	674	3,6		5. Cardiopathies inflammatoires	17 853	5,5	
	6. Diabète sucré	615	3,2		6. Affections périnatales	10 232	3,1	
	7. Cardiopathie hypertensive	475	2,5		7. Arthrose	9 167	2,8	
	8. Cancer de l'estomac	392	2,1		8. Déficit auditif à l'âge adulte	7 171	2,2	
	9. Cancer colorectal	369	1,9		9. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	7 150	2,2	
	10. Maladie pulmonaire obstructive chronique	309	1,6		10. Diabète sucré	6 610	2,0	

États membres	Mortalité				AVCI			
	Causes	Total des décès	% du total		Causes	Total des AVCI	% du total	
FÉDÉRATION DE RUSSIE	Ensemble des causes	2 405 721	100,0		Ensemble des causes	39 409 946	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	711 571	29,6		1. Cardiopathie ischémique	5 472 308	13,9	
	2. Maladies cérébrovasculaires	533 675	22,2		2. Maladies cérébrovasculaires	3 930 367	10,0	
	3. Intoxications	66 930	2,8		3. Troubles dépressifs unipolaires	1 574 695	4,0	
	4. Automutilations	59 015	2,5		4. Violence	1 459 927	3,7	
	5. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	58 899	2,4		5. Automutilations	1 297 152	3,3	
	6. Violence	47 461	2,0		6. Accidents de la circulation	1 292 752	3,3	
	7. Accidents de la circulation	44 580	1,9		7. Intoxications	1 272 366	3,2	
	8. Cancer de l'estomac	44 557	1,9		8. Troubles dus à l'abus d'alcool	1 258 936	3,2	
	9. Cancer colorectal	38 141	1,6		9. Déficit auditif à l'âge adulte	765 988	1,9	
	10. Cirrhose du foie	37 426	1,6		10. Tuberculose	700 997	1,8	
FINLANDE	Ensemble des causes	48 461	100,0		Ensemble des causes	667 725	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	12 488	25,7		1. Troubles dépressifs unipolaires	72 348	10,8	
	2. Maladies cérébrovasculaires	4 875	10,0		2. Cardiopathie ischémique	62 918	9,4	
	3. Maladie d'Alzheimer et autres démences	3 682	7,6		3. Maladies cérébrovasculaires	35 795	5,4	
	4. Infections des voies respiratoires inférieures	2 375	4,9		4. Maladie d'Alzheimer et autres démences	30 261	4,5	
	5. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 934	4,0		5. Troubles dus à l'abus d'alcool	26 466	4,0	
	6. Automutilations	1 215	2,5		6. Automutilations	25 330	3,8	
	7. Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 095	2,3		7. Déficit auditif à l'âge adulte	22 888	3,4	
	8. Cancer colorectal	1 073	2,2		8. Arthrose	14 899	2,2	
	9. Chutes	1 055	2,2		9. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	13 986	2,1	
	10. Cancer du sein	933	1,9		10. Maladie pulmonaire obstructive chronique	13 976	2,1	
FRANCE	Ensemble des causes	499 040	100,0		Ensemble des causes	7 406 472	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	45 501	9,1		1. Troubles dépressifs unipolaires	761 929	10,3	
	2. Maladies cérébrovasculaires	37 246	7,5		2. Troubles dus à l'abus d'alcool	398 770	5,4	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	26 069	5,2		3. Maladie d'Alzheimer et autres démences	288 825	3,9	
	4. Infections des voies respiratoires inférieures	19 404	3,9		4. Maladies cérébrovasculaires	259 266	3,5	
	5. Cancer colorectal	17 499	3,5		5. Déficit auditif à l'âge adulte	253 702	3,4	
	6. Maladie d'Alzheimer et autres démences	16 739	3,4		6. Cardiopathie ischémique	248 323	3,4	
	7. Maladie pulmonaire obstructive chronique	16 138	3,2		7. Accidents de la circulation	245 691	3,3	
	8. Cancer du sein	12 535	2,5		8. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	243 306	3,3	
	9. Diabète sucré	11 378	2,3		9. Maladie pulmonaire obstructive chronique	205 199	2,8	
	10. Chutes	10 055	2,0		10. Automutilations	174 870	2,4	
GÉORGIE	Ensemble des causes	61 349	100,0		Ensemble des causes	892 192	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	26 035	42,4		1. Cardiopathie ischémique	163 411	18,3	
	2. Maladies cérébrovasculaires	15 680	25,6		2. Maladies cérébrovasculaires	122 449	13,7	
	3. Cirrhose du foie	1 641	2,7		3. Troubles dépressifs unipolaires	61 490	6,9	
	4. Diabète sucré	1 202	2,0		4. Affections périnatales	37 345	4,2	
	5. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 193	1,9		5. Arthrose	24 362	2,7	
	6. Affections périnatales	950	1,5		6. Troubles dus à la toxicomanie	21 844	2,4	
	7. Cancer du sein	879	1,4		7. Cirrhose du foie	21 203	2,4	
	8. Infections des voies respiratoires inférieures	872	1,4		8. Déficit auditif à l'âge adulte	19 467	2,2	
	9. Cancer de l'estomac	828	1,3		9. Diabète sucré	17 864	2,0	
	10. Tuberculose	729	1,2		10. Troubles de la vue dus à l'âge	17 793	2,0	

Tableau 4 (suite)

États membres	Mortalité			AVCI		
	Causes	Total des décès	% du total	Causes	Total des AVCI	% du total
GRÈCE	Ensemble des causes	113 981	100,0	Ensemble des causes	1 393 137	100,0
	1. Maladies cérébrovasculaires	22 694	19,9	1. Maladies cérébrovasculaires	130 517	9,4
	2. Cardiopathie ischémique	16 825	14,8	2. Cardiopathie ischémique	111 885	8,0
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	6 274	5,5	3. Troubles dépressifs unipolaires	72 775	5,2
	4. Cancer colorectal	2 948	2,6	4. Accidents de la circulation	51 404	3,7
	5. Infection des voies respiratoires supérieures	2 375	2,1	5. Déficit auditif à l'âge adulte	50 397	3,6
	6. Accidents de la circulation	2 152	1,9	6. Maladie d'Alzheimer et autres démences	50 146	3,6
	7. Cancer du foie	2 038	1,8	7. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	48 553	3,5
	8. Cancer du sein	1 999	1,8	8. Troubles dus à l'abus d'alcool	48 424	3,5
	9. Cancer de l'estomac	1 831	1,6	9. Diabète sucré	38 437	2,8
	10. Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 784	1,6	10. Arthrose	32 509	2,3
HONGRIE	Ensemble des causes	122 161	100,0	Ensemble des causes	1 778 886	100,0
	1. Cardiopathie ischémique	29 420	24,1	1. Cardiopathie ischémique	186 226	10,5
	2. Maladies cérébrovasculaires	16 757	13,7	2. Maladies cérébrovasculaires	121 473	6,8
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	7 569	6,2	3. Troubles dépressifs unipolaires	104 867	5,9
	4. Cirrhose du foie	5 652	4,6	4. Cirrhose du foie	93 358	5,2
	5. Cancer colorectal	4 596	3,8	5. Troubles dus à l'abus d'alcool	82 576	4,6
	6. Cardiopathie hypertensive	3 816	3,1	6. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	76 036	4,3
	7. Chutes	2 853	2,3	7. Déficit auditif à l'âge adulte	54 648	3,1
	8. Automutilations	2 795	2,3	8. Maladie pulmonaire obstructive chronique	48 778	2,7
	9. Maladie pulmonaire obstructive chronique	2 786	2,3	9. Automutilations	48 137	2,7
	10. Cancer du sein	2 202	1,8	10. Arthrose	46 469	2,6
IRLANDE	Ensemble des causes	31 236	100,0	Ensemble des causes	487 635	100,0
	1. Cardiopathie ischémique	6 527	20,9	1. Troubles dépressifs unipolaires	40 534	8,3
	2. Infections des voies respiratoires inférieures	2 667	8,5	2. Cardiopathie ischémique	37 464	7,7
	3. Maladies cérébrovasculaires	2 650	8,5	3. Troubles dus à l'abus d'alcool	26 143	5,4
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 596	5,1	4. Maladies cérébrovasculaires	19 947	4,1
	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 558	5,0	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	18 711	3,8
	6. Cancer colorectal	1 014	3,2	6. Déficit auditif à l'âge adulte	14 363	2,9
	7. Cancer du sein	742	2,4	7. Maladie d'Alzheimer et autres démences	12 862	2,6
	8. Cancer de la prostate	601	1,9	8. Accidents de la circulation	12 510	2,6
	9. Lymphomes, myélome multiple	491	1,6	9. Asthme	12 199	2,5
	10. Automutilations	458	1,5	10. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	11 995	2,5
ISLANDE	Ensemble des causes	1 905	100,0	Ensemble des causes	28 340	100,0
	1. Cardiopathie ischémique	416	21,8	1. Troubles dépressifs unipolaires	2 900	10,2
	2. Maladies cérébrovasculaires	189	9,9	2. Cardiopathie ischémique	1 940	6,8
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	115	6,0	3. Maladies cérébrovasculaires	1 192	4,2
	4. Maladie d'Alzheimer et autres démences	101	5,3	4. Maladie d'Alzheimer et autres démences	1 117	3,9
	5. Infections des voies respiratoires inférieures	89	4,7	5. Déficit auditif à l'âge adulte	1 069	3,8
	6. Maladie pulmonaire obstructive chronique	71	3,7	6. Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 054	3,7
	7. Cancer colorectal	59	3,1	7. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	954	3,4
	8. Cancer du sein	48	2,5	8. Automutilations	830	2,9
	9. Cancer de la prostate	46	2,4	9. Troubles dus à l'abus d'alcool	778	2,7
	10. Cancer du pancréas	39	2,0	10. Accidents de la circulation	688	2,4

États membres	Mortalité				AVCI			
	Causes	Total des décès	% du total		Causes	Total des AVCI	% du total	
ISRAËL	Ensemble des causes	35 355	100,0		Ensemble des causes	658 655	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	5 705	16,1		1. Troubles dépressifs unipolaires	82 393	12,5	
	2. Diabète sucré	2 813	8,0		2. Cardiopathie ischémique	29 866	4,5	
	3. Maladies cérébrovasculaires	2 233	6,3		3. Diabète sucré	22 344	3,4	
	4. Cancer colorectal	1 537	4,3		4. Déficit auditif à l'âge adulte	20 415	3,1	
	5. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 239	3,5		5. Maladie d'Alzheimer et autres démences	18 480	2,8	
	6. Cancer du sein	1 172	3,3		6. Affections périnatales	17 569	2,7	
	7. Maladie pulmonaire obstructive chronique	968	2,7		7. Maladies cérébrovasculaires	17 345	2,6	
	8. Néphrite et néphrose	956	2,7		8. Anomalies congénitales	16 640	2,5	
	9. Infections des voies respiratoires inférieures	835	2,4		9. Troubles endocriniens	15 978	2,4	
	10. Lymphomes, myélome multiple	804	2,3		10. Troubles dus à la toxicomanie	15 071	2,3	
ITALIE	Ensemble des causes	570 710	100,0		Ensemble des causes	6 789 291	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	92 928	16,3		1. Troubles dépressifs unipolaires	464 873	6,8	
	2. Maladies cérébrovasculaires	69 075	12,1		2. Cardiopathie ischémique	450 953	6,6	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	32 114	5,6		3. Maladies cérébrovasculaires	385 564	5,7	
	4. Cardiopathie hypertensive	20 566	3,6		4. Maladie d'Alzheimer et autres démences	304 193	4,5	
	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	20 042	3,5		5. Déficit auditif à l'âge adulte	272 459	4,0	
	6. Diabète sucré	19 335	3,4		6. Diabète sucré	253 447	3,7	
	7. Cancer colorectal	17 875	3,1		7. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	238 299	3,5	
	8. Infections des voies respiratoires inférieures	14 604	2,6		8. Troubles dus à l'abus d'alcool	227 530	3,4	
	9. Maladie d'Alzheimer et autres démences	13 627	2,4		9. Accidents de la circulation	182 555	2,7	
	10. Cancer du sein	11 625	2,0		10. Arthrose	177 068	2,6	
KAZAKHSTAN	Ensemble des causes	184 078	100,0		Ensemble des causes	3 752 121	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	51 948	28,2		1. Cardiopathie ischémique	409 227	10,9	
	2. Maladies cérébrovasculaires	26 874	14,6		2. Maladies cérébrovasculaires	248 561	6,6	
	3. Intoxications	9 023	4,9		3. Intoxications	186 699	5,0	
	4. Automutilations	5 746	3,1		4. Troubles dépressifs unipolaires	163 543	4,4	
	5. Cardiopathie hypertensive	5 639	3,1		5. Automutilations	137 970	3,7	
	6. Maladie pulmonaire obstructive chronique	5 218	2,8		6. Affections périnatales	119 481	3,2	
	7. Tuberculose	4 828	2,6		7. Tuberculose	118 961	3,2	
	8. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	4 420	2,4		8. Infections des voies respiratoires inférieures	109 198	2,9	
	9. Infections des voies respiratoires inférieures	4 379	2,4		9. Violence	104 789	2,8	
	10. Cirrhose du foie	4 358	2,4		10. Maladie pulmonaire obstructive chronique	97 422	2,6	
KIRGHIZISTAN	Ensemble des causes	45 256	100,0		Ensemble des causes	1 141 177	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	10 850	24,0		1. Affections périnatales	92 799	8,1	
	2. Maladies cérébrovasculaires	8 366	18,5		2. Maladies cérébrovasculaires	84 183	7,4	
	3. Maladie pulmonaire obstructive chronique	2 873	6,3		3. Cardiopathie ischémique	84 092	7,4	
	4. Affections périnatales	2 158	4,8		4. Infections des voies respiratoires inférieures	63 417	5,6	
	5. Infections des voies respiratoires inférieures	2 116	4,7		5. Troubles dépressifs unipolaires	57 911	5,1	
	6. Cirrhose du foie	1 788	3,9		6. Maladie pulmonaire obstructive chronique	47 784	4,2	
	7. Tuberculose	1 047	2,3		7. Anomalies congénitales	31 682	2,8	
	8. Cancer de l'estomac	781	1,7		8. Cirrhose du foie	31 659	2,8	
	9. Néphrite et néphrose	768	1,7		9. Tuberculose	26 126	2,3	
	10. Automutilations	750	1,7		10. Maladies diarrhéiques	25 942	2,3	

Tableau 4 (suite)

États membres	Mortalité				AVCI			
	Causes	Total des décès	% du total		Causes	Total des AVCI	% du total	
LETTONIE	Ensemble des causes	33 451	100,0		Ensemble des causes	482 223	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	9 928	29,7		1. Cardiopathie ischémique	60 445	12,5	
	2. Maladies cérébrovasculaires	7 278	21,8		2. Maladies cérébrovasculaires	45 102	9,4	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 145	3,4		3. Troubles dépressifs unipolaires	24 848	5,2	
	4. Automutilations	709	2,1		4. Troubles dus à l'abus d'alcool	20 747	4,3	
	5. Cancer colorectal	678	2,0		5. Accidents de la circulation	15 991	3,3	
	6. Cardiopathies inflammatoires	665	2,0		6. Cardiopathies inflammatoires	13 916	2,9	
	7. Cancer de l'estomac	652	1,9		7. Automutilations	13 328	2,8	
	8. Accidents de la circulation	583	1,7		8. Déficit auditif à l'âge adulte	12 823	2,7	
	9. Chutes	450	1,3		9. Arthrose	10 804	2,2	
	10. Cancer du sein	437	1,3		10. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	10 139	2,1	
LITUANIE	Ensemble des causes	41 060	100,0		Ensemble des causes	625 222	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	14 662	35,7		1. Cardiopathie ischémique	77 874	12,5	
	2. Maladies cérébrovasculaires	5 089	12,4		2. Troubles dépressifs unipolaires	36 789	5,9	
	3. Automutilations	1 577	3,8		3. Maladies cérébrovasculaires	34 155	5,5	
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 467	3,6		4. Automutilations	30 657	4,9	
	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	963	2,3		5. Accidents de la circulation	19 637	3,1	
	6. Cancer colorectal	953	2,3		6. Troubles dus à l'abus d'alcool	18 200	2,9	
	7. Cancer de l'estomac	828	2,0		7. Déficit auditif à l'âge adulte	18 067	2,9	
	8. Accidents de la circulation	709	1,7		8. Arthrose	15 323	2,5	
	9. Intoxications	670	1,6		9. Violence	14 094	2,3	
	10. Cirrhose du foie	666	1,6		10. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	12 675	2,0	
LUXEMBOURG	Ensemble des causes	3 410	100,0		Ensemble des causes	55 069	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	455	13,3		1. Troubles dépressifs unipolaires	5 255	9,5	
	2. Maladies cérébrovasculaires	390	11,4		2. Troubles dus à l'abus d'alcool	3 324	6,0	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	183	5,4		3. Maladies cérébrovasculaires	2 971	5,4	
	4. Cancer colorectal	128	3,7		4. Cardiopathie ischémique	2 778	5,0	
	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	109	3,2		5. Déficit auditif à l'âge adulte	1 915	3,5	
	6. Infections des voies respiratoires inférieures	104	3,0		6. Accidents de la circulation	1 800	3,3	
	7. Cancer du sein	91	2,7		7. Maladie d'Alzheimer et autres démences	1 779	3,2	
	8. Maladie d'Alzheimer et autres démences	89	2,6		8. Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 765	3,2	
	9. Cirrhose du foie	75	2,2		9. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 563	2,8	
	10. Automutilations	72	2,1		10. Automutilations	1 296	2,4	
MALTE	Ensemble des causes	2 962	100,0		Ensemble des causes	43 508	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	773	26,1		1. Cardiopathie ischémique	4 502	10,3	
	2. Maladies cérébrovasculaires	316	10,7		2. Troubles dépressifs unipolaires	3 182	7,3	
	3. Infections des voies respiratoires inférieures	230	7,8		3. Maladies cérébrovasculaires	2 368	5,4	
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	133	4,5		4. Diabète sucré	1 875	4,3	
	5. Cancer colorectal	98	3,3		5. Déficit auditif à l'âge adulte	1 607	3,7	
	6. Diabète sucré	92	3,1		6. Maladie d'Alzheimer et autres démences	1 362	3,1	
	7. Cancer du sein	89	3,0		7. Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 338	3,1	
	8. Maladie pulmonaire obstructive chronique	73	2,5		8. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 106	2,5	
	9. Maladies cutanées	54	1,8		9. Troubles dus à l'abus d'alcool	1 050	2,4	
	10. Néphrite et néphrose	50	1,7		10. Arthrose	1 024	2,4	

États membres	Mortalité				AVCI			
	Causes	Total des décès	% du total		Causes	Total des AVCI	% du total	
MONACO	Ensemble des causes	261	100,0		Ensemble des causes	3 876	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	27	10,4		1. Troubles dépressifs unipolaires	337	8,7	
	2. Maladies cérébrovasculaires	22	8,4		2. Troubles dus à l'abus d'alcool	213	5,5	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	14	5,2		3. Déficit auditif à l'âge adulte	145	3,7	
	4. Infections des voies respiratoires inférieures	11	4,3		4. Maladies cérébrovasculaires	142	3,7	
	5. Cancer colorectal	9	3,3		5. Cardiopathie ischémique	139	3,6	
	6. Maladie pulmonaire obstructive chronique	8	3,1		6. Maladie d'Alzheimer et autres démences	138	3,6	
	7. Troubles endocriniens	6	2,4		7. Maladie pulmonaire obstructive chronique	117	3,0	
	8. Cancer du sein	6	2,3		8. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	115	3,0	
	9. Chutes	5	2,0		9. Accidents de la circulation	107	2,8	
	10. Diabète sucré	5	1,9		10. Troubles endocriniens	104	2,7	
NORVÈGE	Ensemble des causes	45 207	100,0		Ensemble des causes	520 406	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	8 886	19,7		1. Troubles dépressifs unipolaires	46 167	8,9	
	2. Maladies cérébrovasculaires	4 817	10,7		2. Cardiopathie ischémique	39 668	7,6	
	3. Infections des voies respiratoires inférieures	2 749	6,1		3. Maladies cérébrovasculaires	25 324	4,9	
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 885	4,2		4. Maladie pulmonaire obstructive chronique	23 033	4,4	
	5. Cancer colorectal	1 868	4,1		5. Maladie d'Alzheimer et autres démences	21 191	4,1	
	6. Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 684	3,7		6. Déficit auditif à l'âge adulte	18 755	3,6	
	7. Cancer de la prostate	1 281	2,8		7. Troubles dus à l'abus d'alcool	15 226	2,9	
	8. Maladie d'Alzheimer et autres démences	1 087	2,4		8. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	14 948	2,9	
	9. Chutes	943	2,1		9. Troubles dus à la toxicomanie	13 063	2,5	
	10. Cancer du sein	892	2,0		10. Cancer colorectal	12 637	2,4	
OUBÉKISTAN	Ensemble des causes	171 512	100,0		Ensemble des causes	4 300 427	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	55 693	32,5		1. Cardiopathie ischémique	379 347	8,8	
	2. Maladies cérébrovasculaires	23 436	13,7		2. Infections des voies respiratoires inférieures	339 614	7,9	
	3. Infections des voies respiratoires inférieures	10 922	6,4		3. Troubles dépressifs unipolaires	294 066	6,8	
	4. Cardiopathie hypertensive	9 004	5,2		4. Affections périnatales	207 600	4,8	
	5. Cirrhose du foie	6 695	3,9		5. Maladies cérébrovasculaires	183 670	4,3	
	6. Affections périnatales	4 854	2,8		6. Cirrhose du foie	132 821	3,1	
	7. Cardiopathies inflammatoires	4 479	2,6		7. Tuberculose	107 645	2,5	
	8. Tuberculose	4 384	2,6		8. Anomalies congénitales	92 923	2,2	
	9. Maladie pulmonaire obstructive chronique	3 400	2,0		9. Déficit auditif à l'âge adulte	92 032	2,1	
	10. Diabète sucré	2 955	1,7		10. Anémie	86 482	2,0	
PAYS-BAS	Ensemble des causes	139 374	100,0		Ensemble des causes	1 868 545	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	19 045	13,7		1. Troubles dépressifs unipolaires	145 864	7,8	
	2. Maladies cérébrovasculaires	12 459	8,9		2. Cardiopathie ischémique	116 880	6,3	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	9 054	6,5		3. Maladie pulmonaire obstructive chronique	97 583	5,2	
	4. Infections des voies respiratoires inférieures	8 016	5,8		4. Maladies cérébrovasculaires	86 157	4,6	
	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	7 226	5,2		5. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	72 975	3,9	
	6. Maladie d'Alzheimer et autres démences	5 847	4,2		6. Maladie d'Alzheimer et autres démences	70 892	3,8	
	7. Cancer colorectal	5 133	3,7		7. Déficit auditif à l'âge adulte	69 337	3,7	
	8. Cancer du sein	3 956	2,8		8. Troubles dus à l'abus d'alcool	68 738	3,7	
	9. Diabète sucré	3 582	2,6		9. Arthrose	43 099	2,3	
	10. Cancer de la prostate	2 914	2,1		10. Cancer du sein	42 988	2,3	

Tableau 4 (suite)

États membres	Mortalité				AVCI			
	Causes	Total des décès	% du total		Causes	Total des AVCI	% du total	
POLOGNE	Ensemble des causes	351 944	100,0		Ensemble des causes	5 832 411	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	77 151	21,9		1. Cardiopathie ischémique	533 090	9,1	
	2. Maladies cérébrovasculaires	43 032	12,2		2. Troubles dépressifs unipolaires	467 645	8,0	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	22 831	6,5		3. Maladies cérébrovasculaires	337 626	5,8	
	4. Cancer colorectal	11 186	3,2		4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	214 605	3,7	
	5. Cancer de l'estomac	7 039	2,0		5. Arthrose	182 809	3,1	
	6. Infections des voies respiratoires inférieures	6 818	1,9		6. Troubles dus à l'abus d'alcool	178 498	3,1	
	7. Automutilations	6 692	1,9		7. Accidents de la circulation	152 199	2,6	
	8. Accidents de la circulation	6 012	1,7		8. Déficit auditif à l'âge adulte	142 890	2,4	
	9. Cancer du sein	5 948	1,7		9. Automutilations	137 566	2,4	
	10. Maladie pulmonaire obstructive chronique	5 941	1,7		10. Troubles de la vue dus à l'âge	127 710	2,2	
PORTUGAL	Ensemble des causes	94 312	100,0		Ensemble des causes	1 415 476	100,0	
	1. Maladies cérébrovasculaires	20 069	1.		1. Maladies cérébrovasculaires	145 965	10,3	
	2. Cardiopathie ischémique	10 927	2.		2. Troubles dépressifs unipolaires	76 723	5,4	
	3. Infections des voies respiratoires inférieures	5 384	3.		3. Cardiopathie ischémique	69 821	4,9	
	4. Diabète sucré	3 402	4.		4. Troubles dus à l'abus d'alcool	60 323	4,3	
	5. Cancer colorectal	3 241	5.		5. Déficit auditif à l'âge adulte	43 514	3,1	
	6. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	3 154	6.		6. Accidents de la circulation	43 328	3,1	
	7. Cancer de l'estomac	2 952	7.		7. Maladie d'Alzheimer et autres démences	43 191	3,1	
	8. Maladie pulmonaire obstructive chronique	2 569	8.		8. Maladie pulmonaire obstructive chronique	42 410	3,0	
	9. Cancer de la prostate	1 911	9.		9. Diabète sucré	41 896	3,0	
	10. Cirrhose du foie	1 896	10.		10. Infection à VIH et sida	36 983	2,6	
RÉPUBLIQUE DE MOLDOVE	Ensemble des causes	48 206	100,0		Ensemble des causes	883 014	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	18 559	38,5		1. Cardiopathie ischémique	110 615	12,5	
	2. Maladies cérébrovasculaires	7 848	16,3		2. Maladies cérébrovasculaires	72 774	8,2	
	3. Cirrhose du foie	3 809	7,9		3. Troubles dus à l'abus d'alcool	61 483	7,0	
	4. Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 671	3,5		4. Cirrhose du foie	53 605	6,1	
	5. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	950	2,0		5. Troubles dépressifs unipolaires	46 127	5,2	
	6. Infections des voies respiratoires inférieures	845	1,8		6. Maladie pulmonaire obstructive chronique	22 884	2,6	
	7. Automutilations	782	1,6		7. Anomalies congénitales	20 936	2,4	
	8. Tuberculose	694	1,4		8. Accidents de la circulation	20 004	2,3	
	9. Cancer colorectal	686	1,4		9. Déficit auditif à l'âge adulte	19 937	2,3	
	10. Accidents de la circulation	670	1,4		10. Infections des voies respiratoires inférieures	17 593	2,0	
RÉPUBLIQUE TCHÈQUE	Ensemble des causes	103 313	100,0		Ensemble des causes	1 474 275	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	25 899	25,1		1. Cardiopathie ischémique	163 488	11,1	
	2. Maladies cérébrovasculaires	15 663	15,2		2. Maladies cérébrovasculaires	115 113	7,8	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	5 736	5,6		3. Troubles dépressifs unipolaires	104 052	7,1	
	4. Cancer colorectal	4 607	4,5		4. Troubles dus à l'abus d'alcool	63 520	4,3	
	5. Infections des voies respiratoires inférieures	2 291	2,2		5. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	51 746	3,5	
	6. Cancer du sein	1 931	1,9		6. Déficit auditif à l'âge adulte	44 139	3,0	
	7. Cirrhose du foie	1 812	1,8		7. Cancer colorectal	40 399	2,7	
	8. Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 774	1,7		8. Maladie d'Alzheimer et autres démences	38 864	2,6	
	9. Chutes	1 758	1,7		9. Maladie pulmonaire obstructive chronique	36 750	2,5	
	10. Automutilations	1 665	1,6		10. Automutilations	31 758	2,2	

États membres	Mortalité				AVCI			
	Causes	Total des décès	% du total		Causes	Total des AVCI	% du total	
ROUMANIE	Ensemble des causes	258 675	100,0		Ensemble des causes	4 106 104	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	60 718	23,5		1. Maladies cérébrovasculaires	416 656	10,1	
	2. Maladies cérébrovasculaires	52 272	20,2		2. Cardiopathie ischémique	403 640	9,8	
	3. Cardiopathie hypertensive	16 858	6,5		3. Troubles dépressifs unipolaires	268 936	6,5	
	4. Cirrhose du foie	10 996	4,3		4. Cirrhose du foie	159 426	3,9	
	5. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	8 904	3,4		5. Troubles dus à l'abus d'alcool	125 986	3,1	
	6. Infections des voies respiratoires inférieures	6 367	2,5		6. Arthrose	107 647	2,6	
	7. Maladie pulmonaire obstructive chronique	5 743	2,2		7. Infections des voies respiratoires inférieures	104 787	2,6	
	8. Cancer colorectal	4 612	1,8		8. Cardiopathie hypertensive	103 018	2,5	
	9. Cancer de l'estomac	4 394	1,7		9. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	91 790	2,2	
	10. Cancer du sein	3 392	1,3		10. Déficit auditif à l'âge adulte	86 627	2,1	
ROYAUME-UNI	Ensemble des causes	599 344	100,0		Ensemble des causes	7 555 040	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	120 530	20,1		1. Cardiopathie ischémique	653 004	8,6	
	2. Infections des voies respiratoires inférieures	65 395	10,9		2. Troubles dépressifs unipolaires	586 613	7,8	
	3. Maladies cérébrovasculaires	59 322	9,9		3. Maladie pulmonaire obstructive chronique	366 584	4,9	
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	33 314	5,6		4. Maladies cérébrovasculaires	365 846	4,8	
	5. Maladie pulmonaire obstructive chronique	28 421	4,7		5. Troubles dus à l'abus d'alcool	277 584	3,7	
	6. Cancer colorectal	19 350	3,2		6. Maladie d'Alzheimer et autres démences	276 347	3,7	
	7. Cancer du sein	14 989	2,5		7. Déficit auditif à l'âge adulte	252 668	3,3	
	8. Maladie d'Alzheimer et autres démences	13 162	2,2		8. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	229 789	3,0	
	9. Cancer de la prostate	10 995	1,8		9. Infections des voies respiratoires inférieures	226 081	3,0	
	10. Lymphomes, myélome multiple	8 431	1,4		10. Troubles dus à la toxicomanie	162 131	2,1	
SAINT-MARIN	Ensemble des causes	260	100,0		Ensemble des causes	3 042	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	40	15,4		1. Troubles dépressifs unipolaires	245	8,1	
	2. Maladies cérébrovasculaires	26	9,9		2. Cardiopathie ischémique	219	7,2	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	18	6,8		3. Maladies cérébrovasculaires	158	5,2	
	4. Cancer de l'estomac	12	4,4		4. Déficit auditif à l'âge adulte	130	4,3	
	5. Infections des voies respiratoires inférieures	9	3,3		5. Maladie d'Alzheimer et autres démences	129	4,2	
	6. Lymphomes, myélome multiple	8	3,2		6. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	116	3,8	
	7. Cancer colorectal	6	2,4		7. Troubles dus à l'abus d'alcool	107	3,5	
	8. Cancer de la prostate	5	1,9		8. Arthrose	84	2,8	
	9. Cardiopathies inflammatoires	5	1,9		9. Accidents de la circulation	81	2,7	
	10. Cancer du sein	4	1,6		10. Diabète sucré	78	2,6	
SERBIE-ET-MONTÉNÉGO	Ensemble des causes	120 948	100,0		Ensemble des causes	1 823 369	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	23 610	19,5		1. Maladies cérébrovasculaires	182 445	10,0	
	2. Maladies cérébrovasculaires	21 756	18,0		2. Cardiopathie ischémique	173 717	9,5	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	4 986	4,1		3. Troubles dépressifs unipolaires	123 248	6,8	
	4. Cardiopathies inflammatoires	4 903	4,1		4. Troubles dus à l'abus d'alcool	64 796	3,6	
	5. Diabète sucré	3 239	2,7		5. Autres maladies du système génito-urinaire	63 507	3,5	
	6. Maladie pulmonaire obstructive chronique	2 730	2,3		6. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	50 952	2,8	
	7. Cancer colorectal	2 576	2,1		7. Arthrose	49 912	2,7	
	8. Cancer du sein	1 870	1,5		8. Affections périnatales	41 560	2,3	
	9. Cirrhose du foie	1 818	1,5		9. Déficit auditif à l'âge adulte	40 272	2,2	
	10. Autres maladies du système génito-urinaire	1 810	1,5		10. Diabète sucré	38 588	2,1	

Tableau 4 (suite)

États membres	Mortalité				AVCI			
	Causes	Total des décès	% du total		Causes	Total des AVCI	% du total	
SLOVAQUIE	Ensemble des causes	49 852	100,0		Ensemble des causes	834 289	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	14 609	29,3		1. Cardiopathie ischémique	83 412	10,0	
	2. Maladies cérébrovasculaires	4 445	8,9		2. Troubles dépressifs unipolaires	65 871	7,9	
	3. Cardiopathie hypertensive	3 281	6,6		3. Troubles dus à l'abus d'alcool	33 199	4,0	
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	2 112	4,2		4. Maladies cérébrovasculaires	31 508	3,8	
	5. Cancer colorectal	1 801	3,6		5. Arthrose	25 284	3,0	
	6. Infections des voies respiratoires inférieures	1 409	2,8		6. Cardiopathie hypertensive	22 720	2,7	
	7. Cirrhose du foie	1 313	2,6		7. Cirrhose du foie	22 621	2,7	
	8. Cancer du sein	852	1,7		8. Déficit auditif à l'âge adulte	19 526	2,3	
	9. Cancer de l'estomac	810	1,6		9. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	19 263	2,3	
	10. Diabète sucré	783	1,6		10. Troubles de la vue dus à l'âge	16 923	2,0	
SLOVÉNIE	Ensemble des causes	18 192	100,0		Ensemble des causes	282 355	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	2 803	15,4		1. Troubles dépressifs unipolaires	26 947	9,5	
	2. Maladies cérébrovasculaires	2 003	11,0		2. Cardiopathie ischémique	17 813	6,3	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	982	5,4		3. Maladies cérébrovasculaires	17 284	6,1	
	4. Cardiopathies inflammatoires	793	4,4		4. Troubles dus à l'abus d'alcool	12 595	4,5	
	5. Cirrhose du foie	786	4,3		5. Cirrhose du foie	12 094	4,3	
	6. Cancer colorectal	651	3,6		6. Automutilations	10 458	3,7	
	7. Maladie pulmonaire obstructive chronique	608	3,3		7. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	9 154	3,2	
	8. Automutilations	586	3,2		8. Déficit auditif à l'âge adulte	8 854	3,1	
	9. Infections des voies respiratoires inférieures	575	3,2		9. Accidents de la circulation	8 247	2,9	
	10. Diabète sucré	564	3,1		10. Maladie pulmonaire obstructive chronique	7 919	2,8	
SUÈDE	Ensemble des causes	91 085	100,0		Ensemble des causes	977 415	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	20 122	22,1		1. Troubles dépressifs unipolaires	95 031	9,7	
	2. Maladies cérébrovasculaires	9 984	11,0		2. Cardiopathie ischémique	86 116	8,8	
	3. Maladie d'Alzheimer et autres démences	5 024	5,5		3. Maladies cérébrovasculaires	52 520	5,4	
	4. Infections des voies respiratoires inférieures	3 114	3,4		4. Maladie d'Alzheimer et autres démences	52 277	5,3	
	5. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	2 954	3,2		5. Déficit auditif à l'âge adulte	39 099	4,0	
	6. Cancer de la prostate	2 742	3,0		6. Troubles dus à l'abus d'alcool	35 028	3,6	
	7. Cancer colorectal	2 702	3,0		7. Maladie pulmonaire obstructive chronique	28 598	2,9	
	8. Maladie pulmonaire obstructive chronique	2 341	2,6		8. Arthrose	25 508	2,6	
	9. Diabète sucré	1 994	2,2		9. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	22 603	2,3	
	10. Cancer du sein	1 637	1,8		10. Automutilations	20 218	2,1	
SUISSE	Ensemble des causes	60 919	100,0		Ensemble des causes	798 617	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	10 746	17,6		1. Troubles dépressifs unipolaires	82 410	10,3	
	2. Maladies cérébrovasculaires	4 508	7,4		2. Cardiopathie ischémique	49 624	6,2	
	3. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	2 893	4,7		3. Maladie d'Alzheimer et autres démences	37 445	4,7	
	4. Maladie d'Alzheimer et autres démences	2 867	4,7		4. Troubles dus à l'abus d'alcool	36 543	4,6	
	5. Infections des voies respiratoires inférieures	2 518	4,1		5. Déficit auditif à l'âge adulte	33 189	4,2	
	6. Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 980	3,2		6. Maladies cérébrovasculaires	26 201	3,3	
	7. Diabète sucré	1 855	3,0		7. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	24 504	3,1	
	8. Cancer colorectal	1 801	3,0		8. Maladie pulmonaire obstructive chronique	22 679	2,8	
	9. Cancer de la prostate	1 514	2,5		9. Automutilations	22 172	2,8	
	10. Cardiopathie hypertensive	1 374	2,3		10. Arthrose	21 426	2,7	

États membres	Mortalité				AVCI			
	Causes	Total des décès	% du total		Causes	Total des AVCI	% du total	
TADJIKISTAN	Ensemble des causes	54 286	100,0		Ensemble des causes	1 374 273	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	11 447	21,1		1. Affections périnatales	132 906	9,7	
	2. Cardiopathie hypertensive	6 276	11,6		2. Infections des voies respiratoires inférieures	125 475	9,1	
	3. Infections des voies respiratoires inférieures	5 474	10,1		3. Cardiopathie ischémique	83 634	6,1	
	4. Affections périnatales	3 088	5,7		4. Troubles dépressifs unipolaires	68 596	5,0	
	5. Maladies cérébrovasculaires	3 048	5,6		5. Maladies diarrhéiques	68 332	5,0	
	6. Maladies diarrhéiques	2 032	3,7		6. Cardiopathie hypertensive	47 926	3,5	
	7. Cirrhose du foie	1 303	2,4		7. Méningite	37 258	2,7	
	8. Tuberculose	1 155	2,1		8. Tuberculose	28 984	2,1	
	9. Méningite	1 096	2,0		9. Maladie pulmonaire obstructive chronique	25 759	1,9	
	10. Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 028	1,9		10. Maladies cérébrovasculaires	25 174	1,8	
TURKMÉNISTAN	Ensemble des causes	41 735	100,0		Ensemble des causes	1 070 033	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	11 671	28,0		1. Infections des voies respiratoires inférieures	114 409	10,7	
	2. Cardiopathie hypertensive	5 068	12,1		2. Cardiopathie ischémique	102 191	9,6	
	3. Infections des voies respiratoires inférieures	3 720	8,9		3. Troubles dépressifs unipolaires	55 051	5,1	
	4. Maladies cérébrovasculaires	2 182	5,2		4. Cardiopathie hypertensive	51 101	4,8	
	5. Tuberculose	1 491	3,6		5. Affections périnatales	40 553	3,8	
	6. Cirrhose du foie	1 421	3,4		6. Maladies diarrhéiques	38 911	3,6	
	7. Maladies diarrhéiques	1 097	2,6		7. Tuberculose	36 958	3,5	
	8. Affections périnatales	910	2,2		8. Cirrhose du foie	28 496	2,7	
	9. Automutilations	599	1,4		9. Maladies cérébrovasculaires	22 071	2,1	
	10. Diabète sucré	552	1,3		10. Anomalies congénitales	17 493	1,6	
TURQUIE	Ensemble des causes	436 920	100,0		Ensemble des causes	11 449 790	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	102 552	23,5		1. Cardiopathie ischémique	842 438	7,4	
	2. Maladies cérébrovasculaires	62 782	14,4		2. Troubles dépressifs unipolaires	818 907	7,2	
	3. Affections périnatales	19 513	4,5		3. Affections périnatales	767 718	6,7	
	4. Maladie pulmonaire obstructive chronique	18 221	4,2		4. Maladies cérébrovasculaires	730 232	6,4	
	5. Infections des voies respiratoires inférieures	12 891	3,0		5. Infections des voies respiratoires inférieures	383 673	3,4	
	6. Cardiopathie hypertensive	11 680	2,7		6. Maladie pulmonaire obstructive chronique	317 991	2,8	
	7. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	10 121	2,3		7. Anomalies congénitales	310 417	2,7	
	8. Méningite	7 642	1,7		8. Arthrose	252 122	2,2	
	9. Maladies diarrhéiques	6 942	1,6		9. Méningite	249 240	2,2	
	10. Anomalies congénitales	6 679	1,5		10. Maladies diarrhéiques	235 894	2,1	
UKRAINE	Ensemble des causes	782 993	100,0		Ensemble des causes	11 340 794	100,0	
	1. Cardiopathie ischémique	335 610	42,9		1. Cardiopathie ischémique	2 067 811	18,2	
	2. Maladies cérébrovasculaires	126 117	16,1		2. Maladies cérébrovasculaires	958 442	8,5	
	3. Maladie pulmonaire obstructive chronique	25 304	3,2		3. Troubles dépressifs unipolaires	525 321	4,6	
	4. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	18 953	2,4		4. Infection à VIH et sida	354 531	3,1	
	5. Automutilations	17 520	2,2		5. Automutilations	339 304	3,0	
	6. Intoxications	16 577	2,1		6. Maladie pulmonaire obstructive chronique	321 391	2,8	
	7. Cancer de l'estomac	12 629	1,6		7. Intoxications	312 298	2,8	
	8. Cirrhose du foie	12 459	1,6		8. Déficit auditif à l'âge adulte	266 302	2,3	
	9. Cancer colorectal	12 413	1,6		9. Violence	241 668	2,1	
	10. Infection à VIH et sida	12 223	1,6		10. Cirrhose du foie	224 442	2,0	

Tableau 5. Parts du total des décès et des AVCI attribuables aux 10 principaux facteurs de risque dans la Région européenne de l'OMS, 2002

États membres	Décès		AVCI	
	Facteur de risque	% du total	Facteur de risque	% du total
ALBANIE	1. Hypertension artérielle	22,0	1. Tabagisme	9,2
	2. Tabagisme	21,6	2. Hypertension artérielle	7,5
	3. Hypercholestérolémie	11,0	3. Alcool	6,5
	4. IMC élevé	10,0	4. IMC élevé	5,2
	5. Consommation insuffisante de fruits et légumes	6,3	5. Hypercholestérolémie	4,4
	6. Alcool	5,7	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,5
	7. Sédentarité	5,3	7. Sédentarité	2,2
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	1,7	8. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	1,5
	9. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	1,3	9. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	1,3
	10. Plomb	1,1	10. Plomb	1,3
ALLEMAGNE	1. Hypertension artérielle	25,9	1. Tabagisme	13,7
	2. Tabagisme	18,3	2. Hypertension artérielle	11,2
	3. Hypercholestérolémie	15,1	3. Alcool	7,5
	4. IMC élevé	9,9	4. Hypercholestérolémie	7,2
	5. Sédentarité	5,9	5. IMC élevé	7,1
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	4,1	6. Sédentarité	3,2
	7. Pratiques sexuelles dangereuses	0,7	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,2
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	0,6	8. Drogues illicites	1,7
	9. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,4	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8
	10. Drogues illicites	0,4	10. Carence en fer	0,5
ANDORRE	1. Tabagisme	16,6	1. Tabagisme	11,2
	2. Hypertension artérielle	14,5	2. Alcool	8,6
	3. IMC élevé	7,5	3. IMC élevé	5,8
	4. Sédentarité	4,0	4. Hypertension artérielle	5,5
	5. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,8	5. Sédentarité	2,2
	6. Alcool	1,2	6. Drogues illicites	2,2
	7. Pratiques sexuelles dangereuses	0,9	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,5
	8. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,7	8. Pratiques sexuelles dangereuses	1,4
	9. Drogues illicites	0,6	9. Carence en fer	0,6
	10. Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,5
ARMÉNIE	1. Hypertension artérielle	22,9	1. Tabagisme	12,3
	2. Tabagisme	19,6	2. IMC élevé	9,9
	3. IMC élevé	18,5	3. Hypertension artérielle	8,5
	4. Hypercholestérolémie	17,5	4. Hypercholestérolémie	7,8
	5. Sédentarité	9,2	5. Alcool	4,6
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	9,0	6. Sédentarité	4,2
	7. Alcool	4,8	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	4,0
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	2,2	8. Pratiques sexuelles dangereuses	2,0
	9. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	1,6	9. Carence en fer	1,9
	10. Plomb	1,3	10. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	1,2
AUTRICHE	1. Hypertension artérielle	22,8	1. Tabagisme	11,0
	2. Tabagisme	15,8	2. Alcool	9,2
	3. Hypercholestérolémie	14,3	3. Hypertension artérielle	8,9
	4. IMC élevé	9,6	4. IMC élevé	6,7
	5. Sédentarité	6,0	5. Hypercholestérolémie	6,6
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	4,2	6. Sédentarité	3,0
	7. Alcool	2,2	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,2
	8. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8	8. Drogues illicites	1,8
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,0
	10. Drogues illicites	0,4	10. Abus sexuels sur les enfants	0,5

Source : données provenant de Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english, consulté le 25 mai 2005).

États membres	Décès		AVCI	
	Facteur de risque	% du total	Facteur de risque	% du total
AZERBAÏDJAN	1. Hypertension artérielle	21,6	1. IMC élevé	7,8
	2. Hypercholestérolémie	17,8	2. Tabagisme	6,9
	3. IMC élevé	15,8	3. Hypercholestérolémie	6,8
	4. Tabagisme	9,9	4. Hypertension artérielle	6,7
	5. Consommation insuffisante de fruits et légumes	9,0	5. Alcool	3,8
	6. Sédentarité	8,5	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,5
	7. Alcool	5,1	7. Sédentarité	3,4
	8. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	2,5	8. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	3,3
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	2,0	9. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	2,7
	10. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	1,7	10. Carence en fer	2,5
BÉLARUS	1. Hypertension artérielle	35,3	1. Hypertension artérielle	16,7
	2. Hypercholestérolémie	29,2	2. Alcool	14,3
	3. Tabagisme	15,4	3. Hypercholestérolémie	14,1
	4. Consommation insuffisante de fruits et légumes	15,4	4. Tabagisme	11,6
	5. IMC élevé	13,4	5. IMC élevé	9,6
	6. Sédentarité	10,9	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	7,9
	7. Alcool	10,1	7. Sédentarité	5,5
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	1,4	8. Drogues illicites	2,2
	9. Drogues illicites	1,3	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,4
	10. Plomb	1,1	10. Plomb	1,1
BELGIQUE	1. Tabagisme	23,3	1. Tabagisme	15,8
	2. Hypertension artérielle	13,4	2. Alcool	6,6
	3. Hypercholestérolémie	11,2	3. Hypercholestérolémie	6,1
	4. IMC élevé	7,3	4. Hypertension artérielle	6,1
	5. Sédentarité	4,5	5. IMC élevé	5,9
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,3	6. Sédentarité	2,6
	7. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,7	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,9
	8. Pratiques sexuelles dangereuses	0,7	8. Drogues illicites	1,6
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8
	10. Cancérogènes professionnels	0,5	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,7
BOSNIE-HERZÉGOVINE	1. Hypertension artérielle	28,5	1. Tabagisme	14,7
	2. Tabagisme	21,1	2. Hypertension artérielle	13,3
	3. Hypercholestérolémie	10,6	3. IMC élevé	7,4
	4. IMC élevé	10,3	4. Hypercholestérolémie	6,0
	5. Consommation insuffisante de fruits et légumes	5,8	5. Alcool	5,8
	6. Sédentarité	5,3	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,2
	7. Alcool	4,0	7. Sédentarité	3,0
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	1,9	8. Plomb	1,2
	9. Plomb	1,1	9. Drogues illicites	1,2
	10. Drogues illicites	0,5	10. Pollution de l'air extérieur en ville	0,8
BULGARIE	1. Hypertension artérielle	40,0	1. Hypertension artérielle	20,4
	2. Hypercholestérolémie	14,3	2. Tabagisme	12,4
	3. IMC élevé	14,2	3. IMC élevé	10,9
	4. Tabagisme	13,5	4. Hypercholestérolémie	8,4
	5. Consommation insuffisante de fruits et légumes	7,4	5. Alcool	7,9
	6. Sédentarité	7,1	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	4,3
	7. Alcool	6,5	7. Sédentarité	4,3
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	2,0	8. Drogues illicites	1,8
	9. Plomb	1,3	9. Plomb	1,3
	10. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8	10. Pratiques sexuelles dangereuses	1,2

Tableau 5 (suite)

États membres	Décès		AVCI	
	Facteur de risque	% du total	Facteur de risque	% du total
CHYPRE	1. Hypertension artérielle	23,6	1. Hypertension artérielle	8,0
	2. Hypercholestérolémie	9,8	2. Tabagisme	5,6
	3. Tabagisme	9,7	3. IMC élevé	5,2
	4. Consommation insuffisante de fruits et légumes	4,8	4. Hypercholestérolémie	3,9
	5. Sédentarité	4,4	5. Sédentarité	2,4
	6. IMC élevé	4,3	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,1
	7. Pollution de l'air extérieur en ville	1,2	7. Carence en fer	1,5
	8. Alcool	0,9	8. Plomb	1,2
	9. Carence en fer	0,4	9. Alcool	1,1
	10. Pratiques sexuelles dangereuses	0,4	10. Pratiques sexuelles dangereuses	1,0
CROATIE	1. Hypertension artérielle	26,4	1. Tabagisme	15,8
	2. Tabagisme	21,3	2. Hypertension artérielle	13,8
	3. Hypercholestérolémie	18,3	3. Hypercholestérolémie	10,7
	4. IMC élevé	11,9	4. Alcool	9,7
	5. Sédentarité	6,9	5. IMC élevé	9,2
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	5,2	6. Sédentarité	4,1
	7. Alcool	4,1	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,2
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	0,6	8. Drogues illicites	1,6
	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,6	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8
	10. Cancérogènes professionnels	0,4	10. Abus sexuels sur les enfants	0,4
DANEMARK	1. Tabagisme	25,7	1. Tabagisme	17,7
	2. Hypertension artérielle	11,8	2. Alcool	7,2
	3. Hypercholestérolémie	11,5	3. IMC élevé	6,3
	4. IMC élevé	8,4	4. Hypercholestérolémie	5,4
	5. Sédentarité	5,1	5. Hypertension artérielle	5,0
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,4	6. Sédentarité	2,7
	7. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,8	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,8
	8. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8	8. Drogues illicites	1,6
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,0
	10. Drogues illicites	0,4	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,8
ESPAGNE	1. Tabagisme	16,8	1. Tabagisme	12,3
	2. Hypertension artérielle	15,6	2. Alcool	7,6
	3. Hypercholestérolémie	8,9	3. IMC élevé	6,4
	4. IMC élevé	7,9	4. Hypertension artérielle	5,8
	5. Sédentarité	4,2	5. Hypercholestérolémie	4,5
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,0	6. Drogues illicites	3,9
	7. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8	7. Sédentarité	2,5
	8. Alcool	0,8	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,7
	9. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,7	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,4
	10. Drogues illicites	0,6	10. Carence en fer	0,6
ESTONIE	1. Hypertension artérielle	28,3	1. Alcool	15,4
	2. Hypercholestérolémie	23,7	2. Hypertension artérielle	12,5
	3. Tabagisme	17,4	3. Tabagisme	11,9
	4. Consommation insuffisante de fruits et légumes	12,6	4. Hypercholestérolémie	10,1
	5. IMC élevé	11,4	5. IMC élevé	7,5
	6. Alcool	10,9	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	5,9
	7. Sédentarité	9,1	7. Sédentarité	4,1
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	1,2	8. Drogues illicites	1,3
	9. Plomb	0,8	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,2
	10. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8	10. Plomb	0,9

États membres	Décès		AVCI	
	Facteur de risque	% du total	Facteur de risque	% du total
EX-RÉPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACÉDOINE	1. Hypertension artérielle	23,6	1. Tabagisme	11,1
	2. Tabagisme	15,9	2. Hypertension artérielle	10,8
	3. IMC élevé	11,8	3. IMC élevé	7,6
	4. Hypercholestérolémie	9,4	4. Alcool	5,4
	5. Consommation insuffisante de fruits et légumes	5,3	5. Hypercholestérolémie	5,4
	6. Sédentarité	5,1	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,0
	7. Alcool	3,9	7. Sédentarité	2,9
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	2,1	8. Pratiques sexuelles dangereuses	1,2
	9. Plomb	1,0	9. Plomb	1,2
	10. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	0,7	10. Drogues illicites	1,0
FÉDÉRATION DE RUSSIE	1. Hypertension artérielle	35,5	1. Alcool	16,5
	2. Hypercholestérolémie	23,0	2. Hypertension artérielle	16,3
	3. Tabagisme	17,1	3. Tabagisme	13,4
	4. Consommation insuffisante de fruits et légumes	12,9	4. Hypercholestérolémie	12,3
	5. IMC élevé	12,5	5. IMC élevé	8,5
	6. Alcool	11,9	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	7,0
	7. Sédentarité	9,0	7. Sédentarité	4,6
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	1,2	8. Drogues illicites	2,2
	9. Plomb	1,2	9. Plomb	1,1
	10. Drogues illicites	0,9	10. Pratiques sexuelles dangereuses	1,0
FINLANDE	1. Hypertension artérielle	22,0	1. Hypertension artérielle	9,3
	2. Hypercholestérolémie	17,3	2. Hypercholestérolémie	7,9
	3. Tabagisme	13,9	3. Tabagisme	7,7
	4. IMC élevé	8,9	4. Alcool	6,9
	5. Sédentarité	6,3	5. IMC élevé	6,7
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	4,5	6. Sédentarité	3,2
	7. Pollution de l'air extérieur en ville	0,6	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,3
	8. Drogues illicites	0,5	8. Drogues illicites	1,4
	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,5	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,7
	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,4	10. Abus sexuels sur les enfants	0,5
FRANCE	1. Tabagisme	16,2	1. Tabagisme	12,4
	2. Hypertension artérielle	12,8	2. Alcool	10,7
	3. IMC élevé	6,5	3. Hypertension artérielle	4,9
	4. Hypercholestérolémie	6,4	4. IMC élevé	4,7
	5. Alcool	4,6	5. Hypercholestérolémie	3,1
	6. Sédentarité	3,3	6. Sédentarité	1,8
	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,3	7. Drogues illicites	1,5
	8. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,3
	9. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,5	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,0
	10. Drogues illicites	0,4	10. Carence en fer	0,5
GÉORGIE	1. Hypertension artérielle	48,8	1. Hypertension artérielle	23,5
	2. Hypercholestérolémie	22,9	2. Hypercholestérolémie	11,9
	3. IMC élevé	17,3	3. IMC élevé	11,9
	4. Consommation insuffisante de fruits et légumes	11,1	4. Tabagisme	9,2
	5. Sédentarité	10,6	5. Consommation insuffisante de fruits et légumes	5,8
	6. Tabagisme	9,3	6. Alcool	5,8
	7. Alcool	4,6	7. Sédentarité	5,6
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	2,6	8. Drogues illicites	2,6
	9. Plomb	1,5	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,6
	10. Pratiques sexuelles dangereuses	0,7	10. Plomb	1,6

Tableau 5 (suite)

États membres	Décès		AVCI	
	Facteur de risque	% du total	Facteur de risque	% du total
GRÈCE	1. Hypertension artérielle	25,0	1. Tabagisme	12,9
	2. Tabagisme	19,3	2. Hypertension artérielle	11,8
	3. Hypercholestérolémie	11,6	3. IMC élevé	8,5
	4. IMC élevé	8,3	4. Hypercholestérolémie	7,6
	5. Sédentarité	5,0	5. Alcool	4,3
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,9	6. Sédentarité	3,5
	7. Pollution de l'air extérieur en ville	0,6	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,6
	8. Pratiques sexuelles dangereuses	0,5	8. Drogues illicites	1,7
	9. Cancérogènes professionnels	0,4	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8
	10. Drogues illicites	0,3	10. Carence en fer	0,5
HONGRIE	1. Tabagisme	26,3	1. Tabagisme	20,9
	2. Hypertension artérielle	26,0	2. Alcool	15,5
	3. Hypercholestérolémie	17,2	3. Hypertension artérielle	12,2
	4. Alcool	11,4	4. Hypercholestérolémie	8,9
	5. IMC élevé	11,1	5. IMC élevé	7,8
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	10,3	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	5,7
	7. Sédentarité	7,5	7. Sédentarité	3,9
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	1,1	8. Pratiques sexuelles dangereuses	1,0
	9. Cancérogènes professionnels	0,9	9. Plomb	0,9
	10. Plomb	0,8	10. Contaminations par injection dans les lieux de soins	0,8
IRLANDE	1. Tabagisme	23,2	1. Tabagisme	11,8
	2. Hypertension artérielle	18,0	2. Alcool	7,9
	3. Hypercholestérolémie	14,4	3. Hypertension artérielle	7,2
	4. IMC élevé	8,4	4. Hypercholestérolémie	6,4
	5. Sédentarité	5,6	5. IMC élevé	5,5
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	4,1	6. Sédentarité	2,8
	7. Drogues illicites	0,6	7. Drogues illicites	2,6
	8. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,6	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,0
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	0,6	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,7
	10. Pratiques sexuelles dangereuses	0,5	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,6
ISLANDE	1. Tabagisme	20,8	1. Tabagisme	12,6
	2. Hypercholestérolémie	15,2	2. Hypercholestérolémie	5,9
	3. Hypertension artérielle	15,0	3. IMC élevé	5,4
	4. IMC élevé	8,0	4. Hypertension artérielle	5,2
	5. Sédentarité	5,6	5. Alcool	4,8
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	4,1	6. Sédentarité	2,5
	7. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8	7. Drogues illicites	2,1
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	0,6	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,9
	9. Drogues illicites	0,5	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,1
	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,4	10. Carence en fer	0,7
ISRAËL	1. IMC élevé	12,5	1. Tabagisme	6,1
	2. Hypertension artérielle	11,8	2. IMC élevé	6,0
	3. Tabagisme	11,8	3. Hypertension artérielle	3,8
	4. Hypercholestérolémie	8,2	4. Alcool	3,0
	5. Sédentarité	5,5	5. Hypercholestérolémie	2,9
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,1	6. Drogues illicites	2,7
	7. Pratiques sexuelles dangereuses	0,6	7. Sédentarité	2,2
	8. Drogues illicites	0,4	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,2
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	0,4	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8
	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,4	10. Carence en fer	0,7

États membres	Décès		AVCI	
	Facteur de risque	% du total	Facteur de risque	% du total
ITALIE	1. Hypertension artérielle	21,7	1. Tabagisme	12,0
	2. Tabagisme	18,8	2. Hypertension artérielle	8,9
	3. Hypercholestérolémie	11,1	3. IMC élevé	8,4
	4. IMC élevé	10,0	4. Alcool	5,9
	5. Sédentarité	5,0	5. Hypercholestérolémie	5,7
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,5	6. Sédentarité	3,1
	7. Pratiques sexuelles dangereuses	0,6	7. Drogues illicites	2,2
	8. Alcool	0,6	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,0
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	0,6	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,1
	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,5	10. Carence en fer	0,6
KAZAKHSTAN	1. Hypertension artérielle	29,3	1. Tabagisme	13,4
	2. Hypercholestérolémie	21,5	2. Alcool	12,8
	3. Tabagisme	19,1	3. Hypertension artérielle	12,3
	4. IMC élevé	12,5	4. Hypercholestérolémie	9,6
	5. Consommation insuffisante de fruits et légumes	11,8	5. IMC élevé	7,4
	6. Alcool	10,9	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	5,5
	7. Sédentarité	8,0	7. Sédentarité	3,5
	8. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	1,5	8. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	1,7
	9. Plomb	1,2	9. Drogues illicites	1,4
	10. Pollution de l'air extérieur en ville	1,1	10. Plomb	1,2
KIRGHIZISTAN	1. Hypertension artérielle	19,5	1. Tabagisme	6,6
	2. Hypercholestérolémie	14,1	2. Alcool	6,4
	3. IMC élevé	11,4	3. Hypertension artérielle	6,1
	4. Tabagisme	10,7	4. IMC élevé	5,4
	5. Consommation insuffisante de fruits et légumes	7,0	5. Hypercholestérolémie	5,3
	6. Alcool	6,9	6. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	4,6
	7. Sédentarité	6,4	7. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	3,2
	8. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	5,2	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,6
	9. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	2,1	9. Sédentarité	2,4
	10. Pollution de l'air extérieur en ville	1,9	10. Approvisionnement en eau, assainissement et hygiène déficients	2,0
LETONIE	1. Hypertension artérielle	31,7	1. Alcool	15,4
	2. Hypercholestérolémie	23,0	2. Hypertension artérielle	14,0
	3. Tabagisme	16,5	3. Tabagisme	12,0
	4. Consommation insuffisante de fruits et légumes	12,4	4. Hypercholestérolémie	11,0
	5. IMC élevé	11,1	5. IMC élevé	7,8
	6. Alcool	10,8	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	6,4
	7. Sédentarité	8,9	7. Sédentarité	4,4
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	1,2	8. Drogues illicites	1,9
	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,0	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,3
	10. Plomb	0,9	10. Plomb	0,9
LITUANIE	1. Hypertension artérielle	33,0	1. Alcool	14,9
	2. Hypercholestérolémie	23,2	2. Hypertension artérielle	13,0
	3. Tabagisme	17,8	3. Tabagisme	11,5
	4. Consommation insuffisante de fruits et légumes	12,0	4. Hypercholestérolémie	9,2
	5. Alcool	10,7	5. IMC élevé	6,9
	6. IMC élevé	10,5	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	5,4
	7. Sédentarité	9,1	7. Sédentarité	3,9
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	1,2	8. Pratiques sexuelles dangereuses	1,3
	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,1	9. Plomb	0,9
	10. Plomb	0,8	10. Drogues illicites	0,9

Tableau 5 (suite)

États membres	Décès		AVCI	
	Facteur de risque	% du total	Facteur de risque	% du total
LUXEMBOURG	1. Tabagisme	17,7	1. Tabagisme	11,3
	2. Hypertension artérielle	15,2	2. Alcool	10,8
	3. Hypercholestérolémie	10,7	3. Hypertension artérielle	6,0
	4. IMC élevé	7,9	4. IMC élevé	5,6
	5. Sédentarité	4,5	5. Hypercholestérolémie	5,1
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,2	6. Sédentarité	2,3
	7. Alcool	3,1	7. Drogues illicites	2,2
	8. Pratiques sexuelles dangereuses	0,6	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,6
	9. Drogues illicites	0,5	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8
	10. Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	10. Carence en fer	0,6
MALTE	1. Hypertension artérielle	25,0	1. Hypertension artérielle	11,0
	2. Hypercholestérolémie	19,9	2. IMC élevé	9,8
	3. Tabagisme	15,4	3. Tabagisme	9,7
	4. IMC élevé	11,7	4. Hypercholestérolémie	9,4
	5. Sédentarité	7,2	5. Sédentarité	4,1
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	4,9	6. Alcool	3,0
	7. Pratiques sexuelles dangereuses	0,6	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,5
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	0,6	8. Pratiques sexuelles dangereuses	0,9
	9. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,4	9. Drogues illicites	0,9
	10. Cancérogènes professionnels	0,3	10. Carence en fer	0,6
MONACO	1. Tabagisme	15,8	1. Tabagisme	10,4
	2. Hypertension artérielle	14,2	2. Alcool	9,3
	3. Hypercholestérolémie	8,0	3. IMC élevé	5,6
	4. IMC élevé	6,4	4. Hypertension artérielle	5,2
	5. Sédentarité	3,5	5. Hypercholestérolémie	3,5
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,5	6. Sédentarité	2,0
	7. Alcool	2,3	7. Pratiques sexuelles dangereuses	1,3
	8. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,3
	9. Drogues illicites	0,4	9. Drogues illicites	1,1
	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,4	10. Carence en fer	0,6
NORVÈGE	1. Hypertension artérielle	18,8	1. Tabagisme	11,8
	2. Tabagisme	15,4	2. Hypertension artérielle	7,8
	3. Hypercholestérolémie	14,9	3. Hypercholestérolémie	7,0
	4. IMC élevé	7,7	4. IMC élevé	6,1
	5. Sédentarité	5,3	5. Alcool	4,2
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,6	6. Drogues illicites	3,1
	7. Drogues illicites	1,0	7. Sédentarité	2,9
	8. Pratiques sexuelles dangereuses	0,6	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,9
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8
	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,5	10. Carence en fer	0,6
OUBÉKISTAN	1. Hypertension artérielle	20,0	1. IMC élevé	6,4
	2. Hypercholestérolémie	16,7	2. Hypertension artérielle	6,1
	3. IMC élevé	15,0	3. Hypercholestérolémie	5,4
	4. Consommation insuffisante de fruits et légumes	8,1	4. Alcool	4,7
	5. Sédentarité	7,7	5. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	3,9
	6. Alcool	5,3	6. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	3,7
	7. Tabagisme	4,1	7. Tabagisme	3,1
	8. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	3,3	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,6
	9. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	2,3	9. Sédentarité	2,5
	10. Pollution de l'air extérieur en ville	2,1	10. Carence en fer	2,3

États membres	Décès		AVCI	
	Facteur de risque	% du total	Facteur de risque	% du total
PAYS-BAS	1. Tabagisme	23,7	1. Tabagisme	16,7
	2. Hypertension artérielle	17,4	2. Hypertension artérielle	7,8
	3. Hypercholestérolémie	8,1	3. IMC élevé	6,1
	4. IMC élevé	7,8	4. Alcool	5,0
	5. Sédentarité	4,5	5. Hypercholestérolémie	4,7
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,2	6. Sédentarité	2,7
	7. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,7	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,9
	8. Pratiques sexuelles dangereuses	0,6	8. Drogues illicites	1,8
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,9
	10. Cancérogènes professionnels	0,4	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,6
POLOGNE	1. Tabagisme	25,3	1. Tabagisme	16,6
	2. Hypertension artérielle	25,0	2. Hypertension artérielle	10,4
	3. Hypercholestérolémie	13,8	3. Alcool	9,2
	4. IMC élevé	10,6	4. IMC élevé	7,1
	5. Alcool	6,7	5. Hypercholestérolémie	6,9
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	6,6	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,3
	7. Sédentarité	6,1	7. Sédentarité	3,1
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	1,7	8. Pratiques sexuelles dangereuses	1,3
	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,1	9. Drogues illicites	1,2
	10. Plomb	0,9	10. Plomb	1,0
PORTUGAL	1. Hypertension artérielle	23,0	1. Hypertension artérielle	10,5
	2. Tabagisme	12,1	2. Tabagisme	10,4
	3. Hypercholestérolémie	10,7	3. Alcool	8,5
	4. IMC élevé	10,2	4. IMC élevé	7,9
	5. Sédentarité	5,0	5. Hypercholestérolémie	6,1
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,6	6. Drogues illicites	3,3
	7. Alcool	3,1	7. Sédentarité	2,9
	8. Pratiques sexuelles dangereuses	1,6	8. Pratiques sexuelles dangereuses	2,5
	9. Drogues illicites	0,9	9. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,1
	10. Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	10. Carence en fer	0,5
RÉPUBLIQUE DE MOLDOVA	1. Hypertension artérielle	33,3	1. Alcool	20,8
	2. Hypercholestérolémie	27,3	2. Hypertension artérielle	13,1
	3. Alcool	17,4	3. Hypercholestérolémie	10,6
	4. Consommation insuffisante de fruits et légumes	14,1	4. Tabagisme	9,7
	5. IMC élevé	13,1	5. IMC élevé	7,6
	6. Tabagisme	12,5	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	5,9
	7. Sédentarité	10,3	7. Sédentarité	4,2
	8. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	1,8	8. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	1,6
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	1,3	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,2
	10. Contaminations par injection dans les lieux de soins	1,2	10. Plomb	1,0
RÉPUBLIQUE TCHÈQUE	1. Hypertension artérielle	26,8	1. Tabagisme	15,5
	2. Tabagisme	21,8	2. Hypertension artérielle	12,8
	3. Hypercholestérolémie	18,3	3. Hypercholestérolémie	9,8
	4. IMC élevé	11,4	4. IMC élevé	8,4
	5. Sédentarité	7,3	5. Alcool	6,2
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	5,2	6. Sédentarité	4,1
	7. Pratiques sexuelles dangereuses	0,9	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,0
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	0,6	8. Pratiques sexuelles dangereuses	1,2
	9. Cancérogènes professionnels	0,4	9. Drogues illicites	0,9
	10. Drogues illicites	0,3	10. Carence en fer	0,5

Tableau 5 (suite)

États membres	Décès		AVCI	
	Facteur de risque	% du total	Facteur de risque	% du total
ROUMANIE	1. Hypertension artérielle	31,8	1. Hypertension artérielle	13,8
	2. Tabagisme	16,3	2. Tabagisme	13,1
	3. Hypercholestérolémie	14,4	3. Alcool	12,4
	4. IMC élevé	13,9	4. IMC élevé	9,2
	5. Alcool	12,4	5. Hypercholestérolémie	7,5
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	7,1	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,7
	7. Sédentarité	6,6	7. Sédentarité	3,5
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	2,1	8. Pratiques sexuelles dangereuses	1,6
	9. Plomb	1,3	9. Plomb	1,2
	10. Pratiques sexuelles dangereuses	1,2	10. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	0,9
ROYAUME-UNI	1. Tabagisme	24,3	1. Tabagisme	14,2
	2. Hypertension artérielle	19,4	2. Hypertension artérielle	8,6
	3. Hypercholestérolémie	13,3	3. Hypercholestérolémie	6,9
	4. IMC élevé	8,0	4. IMC élevé	6,3
	5. Sédentarité	5,5	5. Alcool	5,2
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	4,0	6. Sédentarité	3,1
	7. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,6	7. Drogues illicites	2,6
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	0,6	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,2
	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,6	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8
	10. Drogues illicites	0,4	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,6
SAINT-MARIN	1. Hypertension artérielle	22,2	1. Tabagisme	11,0
	2. Tabagisme	22,0	2. Hypertension artérielle	9,8
	3. Hypercholestérolémie	11,2	3. IMC élevé	6,8
	4. IMC élevé	5,8	4. Hypercholestérolémie	6,4
	5. Sédentarité	4,2	5. Alcool	4,7
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,6	6. Sédentarité	2,9
	7. Pratiques sexuelles dangereuses	0,7	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,2
	8. Cancérogènes professionnels	0,5	8. Pratiques sexuelles dangereuses	1,0
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	9. Carence en fer	0,6
	10. Plomb	0,1	10. Drogues illicites	0,4
SERBIE-ET-MONTÉNÉGR	1. Hypertension artérielle	34,2	1. Hypertension artérielle	16,8
	2. Tabagisme	19,7	2. Tabagisme	15,3
	3. IMC élevé	12,1	3. IMC élevé	8,6
	4. Hypercholestérolémie	11,7	4. Alcool	7,2
	5. Consommation insuffisante de fruits et légumes	6,4	5. Hypercholestérolémie	6,8
	6. Sédentarité	6,2	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,7
	7. Alcool	4,1	7. Sédentarité	3,6
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	1,9	8. Plomb	1,2
	9. Plomb	1,1	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,2
	10. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	1,1	10. Drogues illicites	1,1
SLOVAQUIE	1. Hypertension artérielle	29,7	1. Alcool	13,2
	2. Tabagisme	19,2	2. Tabagisme	12,2
	3. Hypercholestérolémie	14,3	3. Hypertension artérielle	11,4
	4. IMC élevé	14,0	4. IMC élevé	8,0
	5. Alcool	11,5	5. Hypercholestérolémie	5,7
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	7,4	6. Sédentarité	3,1
	7. Sédentarité	7,2	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,1
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	1,9	8. Drogues illicites	1,7
	9. Plomb	1,0	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,1
	10. Pratiques sexuelles dangereuses	0,9	10. Plomb	1,0

États membres	Décès		AVCI	
	Facteur de risque	% du total	Facteur de risque	% du total
SLOVÉNIE	1. Tabagisme	19,7	1. Tabagisme	13,7
	2. Hypertension artérielle	17,8	2. Alcool	11,4
	3. Hypercholestérolémie	12,1	3. Hypertension artérielle	8,2
	4. IMC élevé	10,0	4. IMC élevé	6,8
	5. Alcool	6,5	5. Hypercholestérolémie	6,3
	6. Sédentarité	5,1	6. Sédentarité	2,8
	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,6	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,1
	8. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8	8. Drogues illicites	1,1
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8
	10. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,5	10. Abus sexuels sur les enfants	0,5
SUÈDE	1. Hypertension artérielle	25,2	1. Hypertension artérielle	10,5
	2. Hypercholestérolémie	14,5	2. Tabagisme	8,0
	3. Tabagisme	10,8	3. Hypercholestérolémie	7,1
	4. IMC élevé	8,4	4. IMC élevé	6,8
	5. Sédentarité	5,7	5. Alcool	4,2
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,8	6. Sédentarité	3,2
	7. Pratiques sexuelles dangereuses	0,6	7. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,1
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	8. Drogues illicites	1,2
	9. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,3	9. Pratiques sexuelles dangereuses	0,8
	10. Drogues illicites	0,3	10. Carence en fer	0,6
SUISSE	1. Hypertension artérielle	25,2	1. Tabagisme	10,7
	2. Hypercholestérolémie	14,5	2. Alcool	7,2
	3. Tabagisme	10,8	3. Hypertension artérielle	6,3
	4. IMC élevé	8,4	4. IMC élevé	6,0
	5. Sédentarité	5,7	5. Hypercholestérolémie	4,9
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	3,8	6. Drogues illicites	2,7
	7. Pratiques sexuelles dangereuses	0,6	7. Sédentarité	2,4
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	0,5	8. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,7
	9. Particules en suspension dans l'air sur le lieu de travail	0,3	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,0
	10. Drogues illicites	0,3	10. Abus sexuels sur les enfants	0,6
TADJIKISTAN	1. Hypertension artérielle	21,4	1. Hypertension artérielle	5,8
	2. IMC élevé	13,7	2. IMC élevé	5,4
	3. Hypercholestérolémie	10,5	3. Alcool	4,8
	4. Alcool	6,1	4. Approvisionnement en eau, assainissement et hygiène déficients	4,3
	5. Consommation insuffisante de fruits et légumes	5,3	5. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	4,2
	6. Sédentarité	4,9	6. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	4,0
	7. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	3,4	7. Hypercholestérolémie	3,5
	8. Approvisionnement en eau, assainissement et hygiène déficients	3,2	8. Tabagisme	2,3
	9. Tabagisme	3,0	9. Carence en fer	2,1
	10. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	2,5	10. Consommation insuffisante de fruits et légumes	1,8
TURKMÉNISTAN	1. Hypertension artérielle	22,8	1. IMC élevé	7,4
	2. IMC élevé	16,5	2. Hypertension artérielle	7,1
	3. Hypercholestérolémie	14,1	3. Alcool	6,0
	4. Alcool	7,7	4. Hypercholestérolémie	5,5
	5. Tabagisme	6,9	5. Tabagisme	5,1
	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	6,8	6. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	4,4
	7. Sédentarité	6,4	7. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	3,6
	8. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	3,1	8. Approvisionnement en eau, assainissement et hygiène déficients	3,1
	9. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	2,9	9. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,7
	10. Approvisionnement en eau, assainissement et hygiène déficients	2,3	10. Sédentarité	2,5

Tableau 5 (suite)

États membres	Décès		AVCI	
	Facteur de risque	% du total	Facteur de risque	% du total
TURQUIE	1. Hypertension artérielle	20,7	1. Tabagisme	7,0
	2. Tabagisme	11,8	2. Hypertension artérielle	6,1
	3. IMC élevé	11,6	3. IMC élevé	5,8
	4. Hypercholestérolémie	10,5	4. Alcool	4,3
	5. Consommation insuffisante de fruits et légumes	6,7	5. Hypercholestérolémie	4,2
	6. Sédentarité	6,2	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	2,5
	7. Alcool	4,3	7. Sédentarité	2,4
	8. Pollution de l'air extérieur en ville	1,8	8. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	2,1
	9. Insuffisance pondérale des enfants et des mères	1,4	9. Approvisionnement en eau, assainissement et hygiène déficients	1,8
	10. Approvisionnement en eau, assainissement et hygiène déficients	1,4	10. Plomb	1,3
UKRAINE	1. Hypertension artérielle	36,3	1. Hypertension artérielle	16,6
	2. Hypercholestérolémie	29,9	2. Hypercholestérolémie	14,4
	3. Consommation insuffisante de fruits et légumes	15,5	3. Tabagisme	12,8
	4. Tabagisme	14,8	4. Alcool	12,3
	5. IMC élevé	13,2	5. IMC élevé	9,0
	6. Sédentarité	11,2	6. Consommation insuffisante de fruits et légumes	8,0
	7. Alcool	9,2	7. Sédentarité	5,6
	8. Drogues illicites	1,4	8. Drogues illicites	3,0
	9. Pollution de l'air extérieur en ville	1,4	9. Pratiques sexuelles dangereuses	1,6
	10. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	1,3	10. Fumée due à l'utilisation de combustibles solides	1,1

Tableau 6. Indicateurs de base de l'état de santé des enfants et des déterminants de la santé des enfants dans la Région européenne de l'OMS, 2002 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles^a
État de santé

États membres	Mortalité due à toutes les causes chez les enfants (années)				Mortalité due à certaines causes chez les enfants âgés de 1 à 19 ans				Morbidité			
	0-1	1-4	5-14	1-19	Maladies infectieuses	Anomalies congénitales	Cancer	Accidents	Incidence de:			Prévalence de l'asthme à 13 et 14 ans (%)
									Rougeole à tous les âges (moyenne annuelle 1998-2002)	Diabète insulino-dépendant, enfants âgés de 0 à 14 ans	Cancer, enfants âgés de 0 à 14 ans	
Albanie	1157,7	114,3	39,5	62,5	1,9	1,4	4,3	16,3	20,5	3,6	–	2,6
Allemagne	421,2	25,3	12,3	23,1	0,8	1,7	3,0	8,2	–	12,2	128,7	13,8
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–	3,8	12,8	–	–
Arménie	1285,2	52,6	16,3	31,8	1,8	3,1	5,7	8,0	1,2	–	–	–
Autriche	411,8	19,6	11,3	23,5	0,5	2,1	2,4	9,3	–	9,5	–	11,6
Azerbaïdjan	1286,3	248,0	45,3	94,6	7,4	1,5	7,0	11,6	22,6	1,2	–	–
Bélarus	911,5	62,2	28,3	49,8	1,8	3,9	4,3	24,0	1,5	5,7	154,4	–
Belgique	560,1	25,9	14,9	26,5	0,9	1,1	4,2	11,0	–	11,8	–	12,0
Bosnie-Herzégovine	1525,1	42,2	27,4	41,8	0,4	2,1	3,7	9,2	20,6	3,5	–	–
Bulgarie	1349,4	67,2	26,4	40,9	1,1	2,9	4,5	11,7	0,4	8,8	102,7	–
Chypre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10,5	–	–
Croatie	698,0	29,1	12,4	25,8	0,6	2,6	4,6	10,1	3,1	6,6	–	–
Danemark	413,7	21,7	17,6	25,9	0,8	3,9	3,7	10,1	0,3	19,4	149,7	–
Espagne	450,7	26,1	16,3	26,1	1,3	2,0	3,7	11,5	0,5	12,8	137,9	10,3
Estonie	580,9	49,0	27,3	48,3	0,2	2,4	6,3	22,7	0,6	11,4	126,2	10,8
ERY de Macédoine ^b	1370,7	46,7	21,9	32,6	1,5	0,7	3,8	10,4	2,2	3,6	–	–
Fédération de Russie	1375,3	85,5	43,6	75,7	2,5	4,8	5,5	33,3	2,9	7,2	–	4,4
Finlande	296,5	16,1	12,1	21,9	0,4	0,7	3,3	9,2	0,0	37,4	154,7	16,0
France	441,8	24,7	14,3	26,0	0,5	1,2	3,0	11,5	41,3	8,3	135,6	13,5
Géorgie	1187,7	38,5	20,7	35,7	1,6	0,0	2,4	3,8	3,0	8,1	–	3,6
Grèce	618,2	27,0	15,3	29,1	0,7	3,1	4,4	15,4	0,4	9,1	–	3,7
Hongrie	728,5	36,3	18,9	28,3	0,7	3,0	4,4	9,4	0,1	9,6	119,6	–
Irlande	600,9	35,8	14,2	29,1	0,8	2,2	3,0	10,9	12,8	16,3	133,2	29,1
Islande	238,6	0,0	20,2	22,0	1,2	0,0	5,6	7,0	0,0	13,9	129,2	–
Israël	587,0	35,2	16,0	24,2	0,6	1,7	3,0	7,1	0,3	5,9	–	–
Italie	451,0	18,9	13,7	21,9	0,3	1,4	4,3	8,2	9,4	9,5	158,0	8,9
Kazakhstan	1715,5	127,4	46,8	80,8	3,8	5,0	5,6	27,2	4,9	1,2	–	–
Kirghizistan	2175,8	197,5	43,3	86,4	8,5	4,0	3,2	21,0	12,4	1,2	–	–
Lettonie	992,8	84,2	31,8	56,7	2,4	4,8	5,1	29,3	0,0	7,1	–	8,4
Lituanie	778,6	52,8	27,0	48,1	0,9	3,6	5,3	21,2	1,0	7,8	127,7	–
Luxembourg	390,7	30,8	12,7	28,0	1,0	1,0	2,0	13,1	0,4	11,9	–	–
Malte	588,7	28,4	11,0	20,3	1,0	2,7	6,4	4,9	0,8	–	148,7	16,0
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	396,9	21,2	9,4	22,8	0,8	2,0	2,2	7,7	0,1	22,5	139,5	–
Ouzbékistan	1837,5	206,0	43,8	89,4	5,8	2,1	4,2	21,3	1,8	1,2	–	9,2
Pays-Bas	518,0	28,1	13,4	23,4	0,9	1,4	3,6	7,2	4,3	13,0	137,5	–
Pologne	754,5	31,3	18,7	29,4	0,7	2,4	4,5	10,8	1,3	6,7	106,5	8,1
Portugal	565,0	42,6	22,8	38,4	2,1	2,1	4,3	8,3	0,5	11,5	139,4	9,5
République de Moldova	1472,8	77,2	38,4	54,8	2,0	5,1	7,2	23,7	32,9	5,0	–	–
République tchèque	419,8	28,0	15,1	26,4	0,5	1,5	3,2	11,2	0,1	9,8	124,9	–
Roumanie	1747,4	82,6	44,6	54,8	5,7	3,9	6,7	19,9	8,8	5,0	101,8	3,0
Royaume-Uni	571,2	27,2	13,0	23,8	1,3	1,7	3,3	6,3	0,2	18,9	121,0	32,2
Saint-Marin	0,0	0,0	0,0	38,0	0,0	0,0	19,0	19,0	0,9	9,5	–	–
Serbie-et-Monténégro	1336,2	61,0	23,3	37,7	2,7	3,1	3,8	7,6	2,5	8,1	119,4	–
Slovaquie	627,2	43,9	22,8	33,1	0,5	2,1	5,1	13,1	2,0	9,2	131,5	–
Slovénie	383,6	26,3	13,7	27,0	0,6	3,3	3,6	9,3	0,1	8,5	119,1	–
Suède	367,4	18,9	10,2	17,3	0,2	1,5	3,3	5,9	0,2	28,0	154,3	12,9
Suisse	492,6	22,1	13,9	22,2	0,8	1,8	3,0	8,0	11,6	7,9	146,9	–
Tadjikistan	1419,7	187,1	41,3	80,1	14,6	2,1	2,3	12,6	14,5	1,2	–	–
Turkménistan	3085,0	533,0	64,2	183,6	24,5	2,6	5,1	34,2	7,0	1,2	–	–
Turquie	–	–	–	–	–	–	–	–	29,9	3,2	115,6	–
Ukraine	1110,6	79,7	36,9	58,5	2,1	5,2	6,4	23,0	13,0	8,1	–	–

^a Les chiffres ont été établis par l'OMS afin d'assurer leur comparabilité. Tous les taux sont pour 100 000 personnes faisant partie de la population pertinente, sauf indication contraire.

^b Ex-République yougoslave de Macédoine.

Tableau 6 (suite)

Déterminants de la santé

États membres	Santé et bien-être (en %)				Déterminants socioéconomiques			
	Grande satisfaction retirée de la vie à l'âge de 15 ans	Pauvreté relative, 0-17 ans	Situation socioéconomique inférieure, 11-15 ans	Vie dans une famille monoparentale, 11-15 ans	Espérance de vie scolaire	Nourrissons âgés de 6 mois au moins partiellement allaités au sein (%)	Bon soutien parental à l'âge de 15 ans (%)	Exposition des enfants de moins de 5 ans à la fumée de tabac au foyer (%)
Albanie	–	–	–	–	10,9	87,0	–	–
Allemagne	85,7	10,2	16,4	12,8	15,3	–	75,3	–
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–
Arménie	–	–	–	–	8,5	63,0	–	–
Autriche	86,8	10,2	16,8	12,5	14,8	–	72,8	–
Azerbaïdjan	–	–	–	–	10,5	30,4	–	–
Bélarus	–	–	–	–	12,2	50,5	–	–
Belgique	84,6	7,7	19,1	11,7	16,0	–	68,4	–
Bosnie-Herzégovine	–	–	–	–	–	–	–	68,6
Bulgarie	–	–	–	–	12,7	–	–	–
Chypre	–	–	–	–	13,0	–	–	–
Croatie	72,4	–	43,5	7,4	11,9	17,1	82,4	–
Danemark	88,1	2,4	13,5	16,5	15,0	–	72,0	–
Espagne	84,8	13,3	22,4	9,1	15,5	40,0	79,0	–
Estonie	69,6	–	40,1	17,7	14,4	42,1	71,2	59,2
ERY de Macédoine ^b	86,9	–	42,7	6,7	–	40,3	90,4	–
Fédération de Russie	72,1	–	58,3	16,9	–	32,6	79,7	62,9
Finlande	89,3	2,8	17,8	14,6	16,7	51,0	78,6	–
France	81,0	7,5	16,1	11,0	15,4	–	78,9	–
Géorgie	–	–	–	–	6,4	44,2	–	73,0
Grèce	88,6	12,4	28,7	7,5	14,9	–	72,6	–
Hongrie	79,9	8,8	38,7	13,4	13,6	48,3	86,4	–
Irlande	83,2	15,7	20,7	10,3	14,9	–	73,5	–
Islande	–	–	–	–	16,0	67,2	–	–
Israël	84,8	–	27,5	9,3	14,8	41,0	77,7	–
Italie	81,8	16,6	26,0	7,0	14,9	37,8	73,0	–
Kazakhstan	–	–	–	–	11,7	71,5	–	–
Kirghizistan	–	–	–	–	–	79,1	–	–
Lettonie	74,7	–	55,9	18,6	13,3	26,4	75,9	63,6
Lituanie	71,4	–	53,1	13,5	14,2	26,6	69,9	62,9
Luxembourg	–	9,1	–	–	13,1	–	–	–
Malte	78,0	–	43,1	4,8	14,0	–	74,5	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	78,8	3,4	5,8	16,2	16,9	80,0	75,0	–
Ouzbékistan	–	–	–	–	–	95,5	–	–
Pays-Bas	92,5	9,8	9,0	10,7	16,0	25,0	87,1	–
Pologne	72,3	12,7	43,1	10,2	14,7	–	86,4	67,2
Portugal	73,8	15,6	28,9	9,8	–	–	79,1	–
République de Moldova	–	–	–	–	9,7	81,0	–	–
République tchèque	83,0	6,8	40,2	13,4	13,6	31,7	74,6	54,0
Roumanie	–	–	–	–	11,7	38,9	–	–
Royaume-Uni	81,4	15,4	15,7	16,8	16,3	21,0	79,4	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–
Serbie-et-Monténégro	–	–	–	–	10,3	32,0	–	65,0
Slovaquie	–	–	–	–	13,1	36,8	–	54,5
Slovénie	82,0	–	20,5	8,7	15,0	–	88,7	47,7
Suède	80,3	4,2	9,2	16,8	15,9	72,4	81,9	–
Suisse	88,7	6,8	13,1	12,5	15,1	–	77,5	–
Tadjikistan	–	–	–	–	9,9	72,3	–	–
Turkménistan	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquie	–	–	–	–	9,5	71,4	–	–
Ukraine	–	–	–	–	11,4	41,4	–	58,9

^b Ex-République yougoslave de Macédoine.^c Estimations obtenues par régression et d'autres méthodes similaires d'estimation.

Déterminants familiaux				Déterminants liés au mode de vie chez les enfants âgés de 15 ans (%)				Déterminants des soins de santé			
Agressions : incidence annuelle estimée des fractures, 0–14 ans	Santé assez bonne ou mauvaise à l'âge de 15 ans (%)	Taux de suicide, 0–14 ans	AVCI pour 1 000 enfants, 0–14 ans	Tabagisme	Consommation d'alcool	Consommation de cannabis	Surcharge pondérale	Mortalité néonatale précoce pour 1 000 naissances vivantes, 2000	Enfants d'un an vaccinés hépatite B (B3) (%)	Santé bucco-dentaire (DCAO) à l'âge de 12 ans	Survie à la leucémie (%), 0–14 ans
–	–	0,8	129,8	–	–	–	–	9 ^c	97	3,0	–
450,0	17,2	0,3	40,1	27,5	39,3	18,3	11,1	2	81	1,2	88,0
–	–	–	47,9	–	–	–	–	3 ^c	84	–	–
–	–	0,1	108,8	–	–	–	–	13	93	–	–
400,0	18,2	0,3	39,7	22,1	34,5	11,6	10,8	2	44	1,0	–
–	–	0,2	196,1	–	–	–	–	27 ^c	98	–	–
–	–	0,7	73,9	–	–	–	–	3	99	2,7	54,0
–	20,0	–	47,0	18,6	35,3	22,5	10,6	2	50	1,6	–
–	–	–	86,7	–	–	–	–	9	–	6,1	–
–	–	0,6	73,6	–	–	–	–	5	96	4,4	50,0
–	–	–	65,8	–	–	–	–	3 ^c	88	–	–
–	29,0	0,0	57,5	16,9	29,6	13,9	10,4	4	–	3,5	–
90,0	17,5	0,3	49,7	14,8	46,5	21,2	11,7	3	–	0,9	64,0
–	13,8	0,2	42,7	20,1	28,3	30,8	15,2	2	83	1,1	59,0
–	21,7	1,7	64,3	17,3	23,7	14,3	6,9	4	–	2,4	50,0
–	13,3	0,2	78,0	9,8	18,2	3,1	10,1	7	–	3,0	–
–	36,7	1,3	100,5	15,8	21,6	8,3	4,8	7	94	–	–
300,0	14,2	0,3	44,4	22,7	16,8	7,4	13,2	2	–	1,2	53,0
–	–	0,4	48,9	19,8	16,8	27,4	11,0	2	29	1,9	69,0
–	–	0,1	84,8	–	–	–	–	19 ^c	49	–	–
–	12,2	0,2	44,3	9,9	27,5	4,1	15,6	3	88	2,2	–
–	19,3	0,4	59,3	19,1	24,4	11,8	11,6	5	–	–	54,0
–	18,5	0,2	58,8	15,8	17,4	18,5	11,9	3	–	1,2	79,0
80,0	–	0,0	39,0	13,6	–	–	–	2	–	1,5	84,0
230,0	13,4	0,3	57,6	9,7	18,1	6,7	10,3	3	98	1,7	90,0
–	18,5	0,2	42,6	16,1	37,1	20,1	13,0	2	97	–	64,0
–	–	1,8	134,4	–	–	–	–	29	99	–	–
–	–	1,0	217,2	–	–	–	–	26	99	–	–
–	34,7	0,7	70,8	17,6	16,7	7,6	6,1	5	98	3,5	50,0
–	35,8	0,6	73,4	19,1	–	6,1	4,1	3	95	2,4	33,0
–	–	0,0	48,2	–	–	–	–	3	49	0,7	–
70,0	24,7	0,0	46,6	8,5	47,3	5,9	22,4	4	70	–	64,0
–	–	–	58,8	–	–	–	–	2 ^c	99	–	–
–	23,9	0,0	42,7	17,8	19,7	–	12,0	2	–	1,5	58,0
–	–	0,7	132,9	–	–	–	–	21	99	0,9	–
–	22,5	0,2	48,1	19,2	51,4	21,6	8,9	3	–	0,8	71,0
30,0	18,9	0,5	55,7	16,3	19,2	14,8	6,6	4	97	3,8	62,0
–	22,9	0,4	51,8	16,5	15,5	19,4	11,7	3	94	3,0	57,0
–	–	0,5	113,7	–	–	–	–	16	99	–	–
–	12,1	0,3	40,4	21,6	28,9	26,9	9,2	2	86	2,5	72,2
–	–	1,0	99,9	–	–	–	–	6	98	7,3	28,0
430,0	26,5	0,1	49,4	17,7	51,4	33,8	14,5	3	–	0,9	78,4
–	–	0,0	36,8	–	–	–	–	2 ^c	96	–	–
–	–	0,4	74,6	–	–	–	–	7	–	3,3	–
240,0	–	0,2	58,7	–	–	–	–	4	99	4,3	49,0
260,0	17,2	0,3	45,6	22,9	34,3	24,4	12,9	3	–	1,8	70,0
310,0	17,6	0,3	35,9	9,8	20,1	4,7	15,2	2	–	1,1	88,7
–	10,4	0,3	44,1	17,1	33,5	37,9	9,1	3	–	0,9	64,0
–	–	0,2	223,8	–	–	–	–	29 ^c	57	–	–
–	–	1,0	200,4	–	–	–	–	26	97	–	–
–	–	–	158,7	–	–	–	–	19	68	–	–
–	–	0,7	95,9	–	–	–	–	9	77	–	–

Source : données provenant d'un grand nombre de publications et de bases de données de l'OMS et d'autres institutions spécialisées des Nations Unies et de *Diabetes atlas*, 2^e éd. Bruxelles, Fédération internationale du diabète, 2003 (<http://www.eatlas.idf.org>, consulté le 25 mai 2005).

Tableau 7. Charge de morbidité due à sept grandes affections chez les enfants âgés de 0 à 14 ans (AVCI pour 1 000) dans la Région européenne de l'OMS, 2002

États membres	1. Morbidity néonatale	2. Infections respiratoires	3. Importantes anomalies congénitales	4. Troubles neuro-psychia- triques	5. Carence en iode	6. Trauma- tismes non intentionnels	7. Asthme	Total, colonnes 1-7	Ensem- ble des causes
Albanie	12,5	15,9	4,4	6,0	10,2	4,4	1,8	55,1	129,8
Allemagne	4,8	0,2	3,3	6,8	0,1	1,8	3,1	20,1	40,1
Andorre	5,7	0,5	5,6	6,2	0,0	2,7	3,3	23,8	47,9
Arménie	23,4	8,0	13,4	6,2	0,6	3,7	2,5	57,7	108,8
Autriche	4,3	0,2	2,8	7,5	0,0	1,1	2,7	18,6	39,7
Azerbaïdjan	22,6	56,4	4,9	6,4	1,6	2,6	2,8	97,3	196,1
Bélarus	3,6	1,2	8,5	6,6	5,5	7,6	1,2	34,1	73,9
Belgique	3,7	0,3	4,6	7,9	0,0	1,5	3,0	21,0	47,0
Bosnie-Herzégovine	17,9	1,5	3,1	6,2	5,4	2,0	2,1	38,3	86,7
Bulgarie	5,6	5,1	4,4	6,1	6,1	3,7	2,0	33,1	73,6
Chypre	6,8	4,7	2,5	5,1	0,0	3,9	2,5	25,5	65,8
Croatie	9,0	0,6	6,2	7,3	0,1	2,9	3,6	29,7	57,5
Danemark	5,2	0,2	5,5	7,4	0,1	2,8	3,7	24,9	49,7
Espagne	4,0	0,3	4,5	5,4	0,1	1,5	2,8	18,4	42,7
Estonie	4,6	0,4	6,1	6,5	1,7	5,5	3,1	27,8	64,3
ERY de Macédoine ^a	19,2	2,0	4,1	6,0	0,0	2,2	2,2	35,7	78,0
Fédération de Russie	7,8	2,1	8,4	6,4	10,9	7,6	1,2	44,3	100,5
Finlande	1,8	0,4	4,1	8,3	0,0	2,9	4,4	21,9	44,4
France	4,2	0,3	4,3	7,6	0,0	3,3	3,3	23,0	48,9
Géorgie	32,4	7,1	1,7	6,0	4,3	1,4	2,3	55,1	84,8
Grèce	6,8	0,6	4,9	5,5	0,1	2,9	2,0	22,9	44,3
Hongrie	7,2	0,6	6,5	6,6	2,0	3,5	1,3	27,6	59,3
Irlande	5,9	0,7	7,2	6,7	0,1	1,3	5,9	27,7	58,8
Islande	4,6	0,4	3,8	6,8	0,0	1,8	2,4	19,8	39,0
Israël	7,7	0,4	6,2	7,8	0,0	1,2	3,5	26,8	57,6
Italie	6,3	0,3	4,1	6,1	0,1	1,1	2,7	20,7	42,6
Kazakhstan	16,8	20,6	10,9	3,7	5,6	3,0	1,2	61,7	134,4
Kirghizistan	41,6	42,3	14,1	3,5	1,7	9,5	2,7	115,5	217,2
Lettonie	6,7	0,8	7,8	6,6	1,6	8,5	2,1	34,1	70,8
Lituanie	2,0	1,4	7,4	6,6	8,9	6,8	1,3	34,4	73,4
Luxembourg	7,4	0,1	2,5	7,5	0,0	3,1	3,7	24,3	48,2
Malte	6,3	0,2	4,1	6,0	0,0	1,9	4,2	22,7	46,6
Monaco	4,3	0,2	5,9	8,4	0,0	1,5	4,6	24,9	58,8
Norvège	2,5	0,3	4,2	7,0	0,0	1,2	3,7	18,8	42,7
Ouzbékistan	19,4	32,8	5,2	6,2	1,2	6,6	2,7	74,1	132,9
Pays-Bas	4,9	0,4	4,6	6,4	0,0	1,0	4,7	22,0	48,1
Pologne	5,3	0,6	3,9	6,0	1,0	4,7	2,7	24,2	55,7
Portugal	5,3	0,7	4,1	5,8	0,1	1,9	3,9	21,8	51,8
République de Moldova	11,9	9,2	13,3	6,5	10,0	9,2	1,2	61,3	113,7
République tchèque	3,8	0,9	2,2	6,8	0,0	2,8	3,5	20,0	40,4
Roumanie	8,4	13,7	7,6	5,9	2,1	5,7	1,0	44,4	99,9
Royaume-Uni	7,2	0,6	3,9	6,8	0,0	1,7	5,8	26,1	49,4
Saint-Marin	2,1	0,0	2,7	5,8	0,0	0,9	3,3	14,8	36,8
Serbie-et-Monténégro	14,9	3,9	4,3	6,0	0,9	1,8	2,1	33,9	74,6
Slovaquie	5,1	1,5	3,3	6,1	1,5	2,8	2,1	22,4	58,7
Slovénie	3,0	0,4	3,8	7,7	0,1	2,7	3,4	21,1	45,6
Suède	1,5	0,2	4,0	7,5	0,0	0,8	3,1	17,1	35,9
Suisse	3,6	0,2	5,0	7,4	0,0	2,3	3,1	21,7	44,1
Tadjikistan	40,2	38,1	5,4	3,4	1,7	5,3	2,7	96,9	223,8
Turkménistan	18,6	59,1	5,0	3,6	0,2	8,1	2,9	97,5	200,4
Turquie	31,1	15,1	9,5	3,5	8,0	3,0	2,5	72,6	158,7
Ukraine	8,1	1,5	9,4	6,6	12,2	6,9	1,2	46,0	95,9
Région européenne	11,8	7,4	6,3	6,0	3,8	3,3	1,9	40,4	89,6

^a Ex-République yougoslave de Macédoine.

Note 1 = faible poids de naissance, asphyxie à la naissance et traumatisme lors de la naissance ; 2 = infections des voies respiratoires inférieures et supérieures ; 3 = anomalies cardiaques congénitales, trizomie 21 et spina bifida ; 4 = troubles dépressifs unipolaires, schizophrénie et migraine ; 6 = chutes, accidents de la circulation et noyades.

Source : données provenant de Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english, consulté le 25 mai 2005).

Définitions des indicateurs repris dans les tableaux

Agressions : incidence annuelle estimée des fractures

Nombre annuel d'hospitalisations pour 100 000 enfants âgés de 0 à 14 ans pour les fractures suivantes : fractures de l'humérus ; fractures multiples de la clavicule, de l'omoplate et de l'humérus ; fractures de l'épaule et de la partie supérieure du bras ; fractures de l'avant-bras (radius et cubitus) ; fractures du fémur (toutes les parties du fémur) ; fractures de la partie inférieure de la jambe (tibia et péroné), y compris la cheville ; traumatismes multiples qui comprennent des fractures des os susmentionnés.

Source : Rigby M, Köhler L (sous la dir. de). *Child health indicators of life and development (CHILD). Report to the European Commission*. Luxembourg, Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, 2002 (http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/download_object.asp?atoom=15443&VolgNr=1, consulté le 15 juin 2005).

Bon soutien parental

Pourcentage des enfants âgés de 15 ans qui estiment qu'il est facile de parler à leur mère.

Source : Currie C et al. (sous la dir. de). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4 ; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 25 mai 2005).

Consommation d'alcool

Pourcentage des enfants âgés de 15 ans qui indiquent qu'ils boivent de l'alcool (bière, vin ou spiritueux) chaque semaine.

Source : Currie C et al. (sous la dir. de). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4 ; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 25 mai 2005).

Consommation de cannabis

Pourcentage d'enfants âgés de 15 ans qui signalent qu'ils ont consommé du cannabis à un moment quelconque et en ont consommé pendant les 12 derniers mois.

Source : Currie C et al. (sous la dir. de). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4 ; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 25 mai 2005).

Couverture de l'enregistrement des décès

Pourcentage du nombre total estimé de décès qui sont dénombrés par le système d'état civil.

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2005. Indicateurs [base de données en ligne].
Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#registereddeathcoverage>, consulté le 15 juin 2005).

Dépenses de santé

Le **PIB** (produit intérieur brut) est la valeur des biens et services fournis dans un pays par les résidents et les non-résidents, quelle que soit leur répartition entre intérêts nationaux et étrangers. Il correspond au total des dépenses (consommation et investissement) des agents privés et des pouvoirs publics de l'économie au cours de l'année de référence.

Les **dépenses des administrations publiques** comprennent l'ensemble des décaissements directs et indirects, y compris le capital, des administrations publiques à tous les niveaux, des organismes de sécurité sociale et des organismes autonomes, et les autres fonds extrabudgétaires.

Les **dollars internationaux** sont obtenus par division des monnaies locales par une estimation de leur parité de pouvoir d'achat (PPA) par rapport au dollar des États-Unis. Cette mesure réduit les incidences des différences de niveau de prix entre les pays.

Les **dépenses totales de santé** constituent la somme des dépenses des administrations publiques en matière de santé et des dépenses privées concernant la santé au cours d'une année déterminée (en dollars internationaux).

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2005. Indicateurs [base de données en ligne].
Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#totexpnhealthaspercentofgdp>, consulté le 15 juin 2005).

Enfants d'un an vaccinés contre la rougeole

Pourcentage des enfants âgés de un an qui ont reçu au moins une dose d'un vaccin antirougeoleux au cours d'une année donnée. Pour les pays qui recommandent que la première dose de vaccin antirougeoleux soit administrée aux enfants âgés de plus de 12 mois, cet indicateur correspond à la proportion d'enfants âgés de moins de 24 mois qui ont reçu une dose de vaccin antirougeoleux.

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2005. Indicateurs [base de données en ligne].
Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#measles>, consulté le 15 juin 2005).

Enfants d'un an vaccinés DTC3

Pourcentage d'enfants d'un an qui ont reçu trois doses du vaccin combiné anatoxine diphtérique, anatoxine tétanique et rougeole au cours d'une année donnée.

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2005. Indicateurs [base de données en ligne].
Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#dtp3>, consulté le 15 juin 2005).

Enfants d'un an vaccinés hépatite B (B3)

Pourcentage d'enfants d'un an qui ont reçu trois doses du vaccin contre l'hépatite B (B3) au cours d'une année donnée.

Source : World health statistics 2005. Indicators [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#hepb>, consulté le 15 juin 2005).

Enfants vivant dans une pauvreté relative

Enfants qui vivent dans des ménages dont le revenu est inférieur à 50 % du revenu médian national.

Source : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF. *Child poverty in rich countries 2005*. Florence, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Report Card No. 6 ; <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/repcard6e.pdf>, consulté le 25 mai 2005).

Espérance de vie à la naissance

Nombre moyen d'années de vie d'un nouveau-né si les taux de mortalité actuels se maintiennent.

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2005. Indicateurs [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#lifeexpectancy>, consulté le 15 juin 2005).

Espérance de vie scolaire

Nombre total d'années d'instruction qu'un enfant d'un certain âge peut s'attendre à recevoir, en supposant que la probabilité de son admission à l'école à un âge donné est égale au présent taux d'admission à cet âge-là.

Source : Institut de statistique de l'UNESCO [site Web]. Montréal, Institut de statistique de l'UNESCO, 2005 (http://www.uis.unesco.org/fr/stats/statistics/indicators/i_pages/indspec/tecspe_sle.htm, consulté le 15 juin 2005).

Exposition à la fumée de tabac au foyer

Pourcentage des enfants âgés de 0 à 4 ans qui vivent dans des ménages dans lesquels au moins une personne fume.

Source : Rigby M, Köhler L, (sous la dir. de). *Child health indicators of life and development (CHILD). Report to the European Commission*. Luxembourg, Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, 2002 (http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/download_object.asp?atoom=15443&VolgNr=1, consulté le 15 juin 2005).

Faible poids de naissance

Pourcentage d'enfants nés vivants qui pèsent moins de 2 500 g à la naissance pendant une période donnée.

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2005. Indicateurs [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#lowbirthweight>, consulté le 15 juin 2005).

Famille monoparentale

Pourcentage d'enfants âgés de 11 à 15 ans qui signalent qu'ils vivent dans une famille monoparentale, la résidence principale étant retenue comme référence.

Source : Currie C et al. (sous la dir. de). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4 ; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 25 mai 2005).

Grande satisfaction retirée de la vie

Pourcentage des enfants âgés de 15 ans qui se situent eux-mêmes au-dessus du milieu d'une échelle de satisfaction retirée de la vie (score de 6 ou plus sur une échelle à 10 points, l'échelle Cantril).

Source : Currie C et al. (sous la dir. de). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4 ; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 25 mai 2005).

Incidence de la rougeole (moyenne annuelle)

Nombre de nouveaux cas de rougeole au cours d'une année (dans tous les groupes d'âge) qui sont notifiés par un pays à l'OMS, divisé par la population totale du pays. Comme le nombre de cas par an fluctue considérablement, c'est le nombre moyen de cas pour 100 000 habitants par an pour 1998–2002 qui est présenté.

Source : données établies par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour ce rapport.

Incidence du diabète insulino-dépendant

Nombre annuel estimé de nouveaux cas diagnostiqués du diabète de type 1 apparaissant au cours de l'enfance (nécessitant de l'insuline pour la survie) pour 100 000 enfants âgés de 0 à 14 ans.

Source : *Diabetes atlas*, 2^e édition. Bruxelles, Fédération internationale du diabète, 2003.

Indice de Gini

L'indice de Gini rend compte de la mesure dans laquelle la répartition du revenu (ou de la consommation) entre les individus ou les ménages d'un pays s'écarte d'une distribution parfaitement égale. Une valeur de 0 représente l'égalité parfaite et une valeur de 100 l'inégalité parfaite.

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2005. Indicateurs [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#totexponhealthaspercentofgdp>, consulté le 15 juin 2005). 1

Morbidité néonatale précoce

Nombre de décès d'enfants nés vivants au cours de la première semaine de vie pour 1 000 naissances vivantes.

Source : Annexe statistique. Notes explicatives. In : *Rapport sur la santé dans le monde 2005 – donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (http://www.who.int/whr/2005/10_annexes_notes_fr.pdf, consulté le 15 juin 2005).

Prévalence de l'asthme

Pourcentage d'enfants âgés de 13 et de 14 ans qui signalent des symptômes d'asthme au cours des 12 mois précédents.

Source : Tamburlini G, von Ehrenstein O, Bertollini R (sous la dir. de). *Children's health and environment: a review of evidence*. Copenhague, Agence européenne de l'environnement, 2002:44–47 (Environmental Issue Report No. 29; <http://www.euro.who.int/document/e75518.pdf>, consulté le 25 mai 2005).

Retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans

Pourcentage des enfants âgés de moins de 5 ans qui ont un rapport stature/âge inférieur au point correspondant à -2 écarts-types de la médiane de référence United States National Center for Health Statistics/OMS.

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2005. Indicateurs [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#childrenstunted>, consulté le 15 juin 2005).

Santé assez bonne ou mauvaise

Pourcentage des enfants de 15 ans qui estiment que leur santé est assez bonne ou mauvaise.

Source : Currie C et al. (sous la dir. de). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4 ; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 25 mai 2005).

Santé bucco-dentaire (DCMO)

Nombre de dents cariées, absentes ou obturées à l'âge de 12 ans (indice DCMO-12).

Source : Base de données de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/hfadbf>, consulté le 2 mai 2005).

Statut socioéconomique inférieur

Pourcentage d'enfants de 11 à 15 ans qui signalent un bas niveau économique de la famille selon un score composite sur l'échelle de richesse de la famille, qui repose sur la propriété d'une voiture familiale, l'occupation de chambres à coucher, les vacances familiales et la propriété d'un ordinateur.

Source : Currie C et al. (sous la dir. de). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4 ; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 25 mai 2005).

Surcharge pondérale

Pourcentage des enfants de 15 ans présentant une surcharge pondérale (pré-obèses et obèses) sur la base de données sur leur poids et leur stature communiquées par eux-mêmes et de seuils internationaux qui correspondent à des indices de masse corporelle (IMC) de 25,0 à 29,0 pour la surcharge pondérale et d'au moins 30,0 pour l'obésité. $IMC = \text{poids (kg)} / \text{stature (m}^2\text{)}$.

Source : Currie C et al. (sous la dir. de). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4 ; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 25 mai 2005).

Survie à la leucémie

Estimations nationales de survie cumulative observée à cinq ans.

Source : Automated Childhood Cancer Information System (ACCIS) [base de données en ligne]. Lyon, Centre international de recherche sur le cancer, 2003 (<http://www-dep.iarc.fr/accis/data.htm>, consulté le 15 juin 2005).

Tabagisme

Pourcentage des enfants âgés de 15 ans qui signalent qu'ils fument chaque jour.

Source : Currie C et al. (sous la dir. de). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4 ; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 25 mai 2005).

Taux de fécondité total

Nombre d'enfants qui seraient nés par femme en supposant l'absence de mortalité féminine au cours de la période de procréation et en retenant les taux de fécondité par âge d'un pays et d'une période de référence déterminés.

Source : Base de données commune des Nations Unies [base de données en ligne]. New York, Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies, 2005 (http://first.sipri.org/www/first_un_life.html, consulté le 15 juin 2005).

Taux de morbidité des adultes

Probabilité de décès (pour 1 000 personnes) entre les âges de 15 et 60 ans.

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2005. Indicateurs [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#adultmortality>, consulté le 15 juin 2005).

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Probabilité de mourir (pour 1 000 naissances vivantes) avant l'âge de 5 ans au cours d'une période déterminée, en fonction des taux de mortalité par âge de cette période.

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2005. Indicateurs [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#under5mortality>, consulté le 15 juin 2005).

Taux de mortalité maternelle

Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période.

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2005. Indicateurs [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#maternalmortality>, consulté le 15 juin 2005).

Tuberculose selon DOTS

La **détection des cas** correspond au diagnostic et à la notification de cas de tuberculose chez des patients.

Les **cas détectés selon DOTS** correspondent au pourcentage du nombre total de cas de tuberculose à frottis d'expectoration positif dont il est estimé qu'ils se produisent dans l'ensemble du pays au cours d'une année donnée et qui sont diagnostiqués (correctement ou incorrectement) et notifiés dans le cadre de la stratégie DOTS à l'autorité sanitaire nationale.

La **détection selon DOTS** implique que tous les éléments de la stratégie DOTS recommandée sur le plan international pour la lutte contre la tuberculose sont en place là où les cas sont détectés chez des patients : volonté politique, approvisionnement ininterrompu en médicaments, diagnostic par examen au microscope de frottis d'expectoration, traitement médicamenteux normalisé de brève durée, observation directe du traitement et suivi des résultats du traitement pour 100 % des tuberculeux.

Le **taux de détection de cas selon DOTS** est le rapport entre le nombre de nouveaux cas à frottis d'expectoration positif notifiés par les programmes DOTS et le nombre total de nouveaux cas à frottis d'expectoration positif estimés pour cette année et le pays en cause. Le taux de détection de cas et le taux de détection de cas selon DOTS sont identiques lorsque la couverture par la stratégie DOTS atteint 100 %.

Le nombre de cas notifiés est généralement inférieur au nombre de cas nouveaux estimés en raison d'une couverture incomplète par les services de santé, d'un sous-diagnostic ou de déficiences dans l'enregistrement et la notification. Le taux de détection calculé peut cependant dépasser 100 % si la détection de cas a été intense dans une zone qui a un arriéré de cas chroniques, s'il y a eu surnotification (double comptage, par exemple) ou surdiagnostic, ou si les estimations de l'incidence sont trop faibles. Si le nombre attendu de cas par an est très bas, le taux de détection de cas peut varier considérablement d'une année à l'autre, en fonction

du hasard. Chaque fois que cet indice se rapproche de 100 % ou dépasse 100 %, l'OMS s'efforce de procéder à une enquête pour déterminer laquelle de ces explications est la bonne.

Le **succès du traitement** est le pourcentage d'un groupe de cas de tuberculose enregistrés selon la stratégie DOTS au cours d'une période donnée pour lesquels le traitement a été achevé avec succès, qu'il y ait démonstration bactériologique du succès (« guéri ») ou non (« traitement achevé »). Pour les nouveaux cas à frottis d'expectoration positif, il existe un objectif de 85 % de succès du traitement qui repose sur une hypothèse concernant ce qui peut raisonnablement être obtenu en supposant que la proportion minimale de résultats défavorables (décès, échec ou abandon) s'élève à environ 15 %.

Sources : Statistiques sanitaires mondiales 2005. Indicateurs [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#dotsdetected> et <http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#dotstreated>, consulté le 15 juin 2005) et Methods. Monitoring progress towards the Millennium Development Goals. In: *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2005/methods/en/index.html, consulté le 15 juin 2005).

Les gouvernements et les décideurs de la Région européenne de l'OMS savent que la santé est une ressource essentielle pour le développement économique et social. Ils ont tout lieu de se féliciter de l'amélioration globale de la santé dans la Région, mais il subsiste encore, entre les pays de ses parties occidentale et orientale et entre les groupes socioéconomiques dans les pays, des disparités croissantes qu'il est crucial de réduire. Le *Rapport sur la santé en Europe 2005* montre que cet objectif peut être atteint. Il résume les grands problèmes de santé publique auxquels la Région doit faire face et qui touchent en particulier les enfants, et indique les moyens d'y remédier. Il contribue ainsi à diffuser les informations fiables dont il faut disposer pour prendre des décisions judicieuses dans le domaine de la santé publique.

Le rapport fait la synthèse d'informations factuelles et d'analyses provenant de l'OMS et d'autres sources. Il montre que les maladies non transmissibles sont la principale cause de la charge de morbidité dans la Région et que les maladies transmissibles représentent une charge supplémentaire pour les pays de la partie orientale, en raison de la pauvreté et de l'insuffisance du financement des services de santé. Il fait valoir qu'en ayant recours à des interventions globales bien connues pour s'attaquer aux principaux facteurs de risque (tabagisme, consommation d'alcool, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, surcharge pondérale, consommation insuffisante de fruits et de légumes, et sédentarité), il serait possible de prévenir dans une large mesure les problèmes de santé les plus préoccupants : cardiopathie ischémique, troubles dépressifs unipolaires, maladies cérébrovasculaires, troubles dus à un abus d'alcool, maladies pulmonaires chroniques, cancer du poumon et traumatismes résultant d'accidents de la circulation. Il met ainsi en évidence la nécessité d'agir.

Le *Rapport sur la santé en Europe 2005* porte plus particulièrement sur la santé des enfants, car celle-ci détermine la santé pendant toute l'existence et au cours de la génération suivante. Il souligne que les problèmes de santé des enfants et des adultes ne sont pas les mêmes, et qu'il existe d'importantes différences dans les causes et les taux de mortalité et de morbidité chez les enfants dans la Région. Il met ainsi en évidence la nécessité de politiques complémentaires ciblant les adultes et les enfants, et la complexité de la tâche dont les pays doivent s'acquitter pour améliorer la santé des enfants. Le rapport reconnaît que chaque pays doit suivre sa propre voie, mais montre que la pauvreté et l'inégalité socioéconomique sont les principales menaces qui pèsent sur la santé des enfants ; il demande l'accomplissement d'efforts accrus en matière de protection et de promotion de la santé ; et il dresse, à partir d'informations factuelles, une liste des caractéristiques des politiques et des programmes les plus efficaces. Investir dans la santé des enfants, c'est investir dans l'avenir.

Organisation mondiale de la santé Bureau régional de l'Europe

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17. Fax : +45 39 17 18 18
Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int

ISBN 92-890-2376-7



9 789289 023764

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

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

États membres

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