

L'intérêt des comparaisons internationales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Principes de la présentation des fiches

Pour chaque indicateur la présentation est la suivante :

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

Les sources de données

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

Difficultés rencontrées et limites

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

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

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

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

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

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

Eléments de synthèse

Contexte démographique et social

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

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

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

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

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

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

État de santé de la population

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