DEUTSCH-FRANZÖSISCH-
SCHWEIZERISCHE
OBERRHEINKONFERENZ

CONFERENCE
FRANCO-GERMANO-SUISSE
DU RHIN SUPERIEUR

La santé dans la Vallée du Rhin Supérieur : Comparaisons transfrontalières

Gesundheit im Oberrheintal : Ein Vergleich über die Grenzen

RheinlandPfalz

sozial AKTIV für Rheinland-Pfalz

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Familie und Gesundheit

ORSAL

OBSERVATOIRE
REGIONAL
DE LA SANTE
D'ALSACE

LGA
Landes Gesundheits Amt
Baden-Württemberg

INTERREG II

Elaboration

Bearbeitung

Landesgesundheitsamt Baden-Wurttemberg

Frau Daniela KRAEMER

Ministerium fur Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz

Dr Klaus KERN

Observatoire Régional de la Santé d'Alsace

M. Dominique FERNANDEZ
Herr Wolfgang BLAM
Mme Céline GOFFIC
M. Philippe ENDERLIN
Mme Sylvie CLAUSS
Mme Estelle BILLMAN
M. Frédéric IMBERT

Table des matières

Introduction 3
Chapitre 1 : Contexte géographique, démographique et socio-économique 5
Chapitre 2 : Etat de santé 19
Chapitre 3 : Offre et Consommation de Soins 57
Chapitre 4 : La mère et l'enfant 99
Conclusion 187
Annexe 1 : Espace de la Conférence du Rhin Supérieur 203
Annexe 2 : Comparabilité des données de mortalité 207
Annexe 3 : Statistiques de mortalité en Allemagne 213
Annexe 4 : Mortalité dans la Vallée du Rhin Supérieur 219

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 3
Kapitel 1 : Geografische, demografische und sozio-ökonomische Rahmenbedingungen 5
Kapitel 2 : Gesundheitszustand 19
Kapitel 3 : Strukturen der gesundheitlichen Versorgung und ihre Inanspruchnahme 57
Kapitel 4 : Mutter und Kind 99
Schlussfolgerung 187
Anhang 1 : Mandatsgebiet der Oberrheinkonferenz 203
Anhang 2 : Zur Vergleichbarkeit von Todesursachen 207
Anhang 3 : Todesursachenstatistik in Deutschland 213
Anhang 4 : Sterblichkeit im Oberrheintal 219

Introduction
Einleitung

L'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace (ORSAL) et le Landesgesundheitsamt du Baden-Württemberg (LGA) poursuivent le même objectif dans deux régions voisines : améliorer la connaissance de l'état de santé de la population dans le but d'apporter des éléments pertinents à la réflexion des décideurs du champ sanitaire et social.

Gemeinsame Zielsetzung des Observatoire Régional de la Santé d'Alsace (ORSAL) und des Landesgesundheitsamts (LGA) Baden-Württemberg ist die Verbesserung der Informations-basis über den Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Region für gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungsträger.

L'ORSAL et le LGA ont respectivement réalisé un „Tableau de Bord sur la Santé en Alsace" et un „Gesundheitsrahmenbericht". Ces documents présentent une analyse des données régionales d'offre de soins et d'état de santé de la population. Des comparaisons trans-frontalières n'étaient jusqu'à présent pas réalisables.

Im „Tableau de Bord sur la Santé en Alsace" und im „Gesundheits-rahmenbericht" haben das ORSAL bzw. das LGA jeweils regionale Daten zur gesundheitlichen Lage und Versorgung analysiert und mit nationalen Kennwerten verglichen. Grenzüberschreitende Vergleiche waren bisher nicht möglich.

Les deux équipes ont eu en 1998 pour projet de rapprocher leurs expériences et d'élaborer un „Tableau de bord sur la santé dans la Vallée du Rhin Supérieur", adaptation de leurs documents régionaux. Cet outil transfrontalier devait permettre de comparer la situation de part et d'autre de notre frontière sur les trois thèmes suivants:

- la situation démographique et sociale,
- l'état de santé des populations,
- l'offre de soins hospitalière et libérale.

1998 planten das ORSAL und das LGA auf der Basis ihrer Erfahrungen und in Anlehnung an ihre regionalen Berichte einen „Gesundheitsbericht für das Oberrheintal" zu erarbeiten. Damit sollte der grenzüberschreitende Vergleich von Gesundheits- und sozialen Indikatoren in den drei folgenden Themenbereichen er-möglicht werden :

- soziodemografische Grundlagen,
- gesundheitliche Lage der Bevölkerung,
- ambulante und stationäre Versorgungsangebote.

Lors de sa réunion du 14 octobre 1998, le groupe de travail « Santé » de la Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur, s'est saisi du projet du LGA et de l'ORSAL et l'a

Die Arbeitsgruppe „Gesundheit" der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz hat in ihrer Sitzung vom 14.10.98 den Projektvorschlag von ORSAL und LGA aufgegriffen und an die Oberrheinkonferenz mit dem Wunsch

transmis à la Conférence du Rhin Supérieur avec le souhait de construire en coopération avec les partenaires du LGA et de l'ORSAL un projet dans le cadre du programme Interreg II pour les régions Centre Sud et PAMINA. La conférence a donné son aval à cette proposition lors de sa réunion plénière du 23 novembre 1998.

Les zones géographiques étudiées et appartenant à l'espace de la Conférence du Rhin Supérieur sont les suivantes :

- L'Alsace
- Les neuf « Kreise » du Land Bade-Wurtemberg, de l'espace de la Conférence du Rhin Supérieur en 1996,
- Les trois « Kreise » et une partie d'un « Kreis » formant le Palatinat du Sud, de l'espace de la conférence du Rhin Supérieur.

Ce projet est financé par :

- **Interreg II Centre Sud**
- **Interreg II Pamina**
- **Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg**
- **Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit Rheinland-Pfalz**
- **La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Alsace**
- **L'Union régionale des caisses d'Assurance maladie**
- **Le Conseil général du Bas-Rhin**
- **Le Conseil général du Haut-Rhin**

weitergegeben, gemeinsam mit Vertretern von ORSAL und LGA ein Projekt im Rahmen des INTERREG-Programms für die Förderregionen Mitte-Süd und PAMINA auszuarbeiten. Dem hat das 17. Plenum der Oberrheinkonferenz am 23.11.98 zugestimmt.

Folgende Gebiete der Oberrhein-konferenz gehören zum Berichtsgebiet:

- Das Elsass
- Die neun Kreise des Landes Baden-Württemberg, die 1996 zum Mandatsgebiet der Oberrhein-konferenz gehörten.
- Die drei Kreise und ein Teil eines Kreises, die die Südpfalz bilden, und die ebenfalls zum Mandatsgebiet der Oberrheinkonferenz zählen.

Das Projekt wurde finanziert durch:

- **Interreg II Mitte-Süd**
- **Interreg II Pamina**
- **Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg**
- **Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit Rheinland-Pfalz**
- **La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Alsace**
- **L'Union régionale des caisses d'Assurance maladie**
- **Le Conseil général du Bas-Rhin**
- **Le Conseil général du Haut-Rhin**

CHAPITRE 1

Contexte géographique, démographique et socio-économique

KAPITEL 1

Geografische, demografische und sozio-ökonomische Rahmenbedingungen

Contexte géographique, démographique et socio-économique ... 9

Contexte géographique ... 9

Contexte démographique ... 11

Contexte économique et social ... 15

PRODUCTION ECONOMIQUE ... 15

LES EMPLOIS ... 16

LE CHOMAGE DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR ... 17

Geografische, demografische und sozio-ökonomische Rahmenbedingungen ... 9

Geografische Rahmenbedingungen ... 9

Demografische Rahmenbedingungen ... 11

Wirtschaftliche und soziale Rahmenbedingungen ... 15

WIRTSCHAFTLICHE PRODUKTION ... 15

ERWERBSTÄTIGE ... 16

ARBEITSLOSIGKEIT IM OBERRHEINTAL ... 17

Contexte géographique, démographique et socio-économique

Geografische, demografische, und sozio-ökonomische Rahmenbedingungen

Contexte géographique

Le territoire sur lequel porte cette étude correspond à la partie franco-allemande de l'espace de la Conférence du Rhin Supérieur (cf. annexe 1), avant son élargissement du 21 septembre 2000 c'est à dire :

- en France : l'Alsace dans son ensemble (13 arrondissements couvrant 8 280 km^2),
- dans le Bade-Wurtemberg : la zone occidentale du Land, composée de 9 Kreise couvrant 7 016 km^2,
- en Rhénanie-Palatinat : le Palatinat du Sud correspondant à la partie sud-est du Land (3 Kreise entiers et une partie du Kreis de Südwestpfalz, couvrant 1 512 km²).

La zone d'étude ainsi définie est peuplée de 4 201 000 habitants au début de l'année 1999. Elle se caractérise par une densité de population particulièrement forte (252 habitants au km²) et une prépondérance de l'espace urbain. Les zones de densité maximale sont situées dans le Bade : la densité moyenne y est de 309 habitants au km². L'Alsace et le sud du Palatinat apparaissent moins denses en comparaison (respectivement 209 et 196 habitants par km² en moyenne). A titre de comparaison on peut rappeler qu'en 1999, la densité moyenne de la métropole française était presque deux fois inférieure à celle de l'Alsace (107 habitants par km²). La densité moyenne sur le

Geografische Rahmenbedingungen

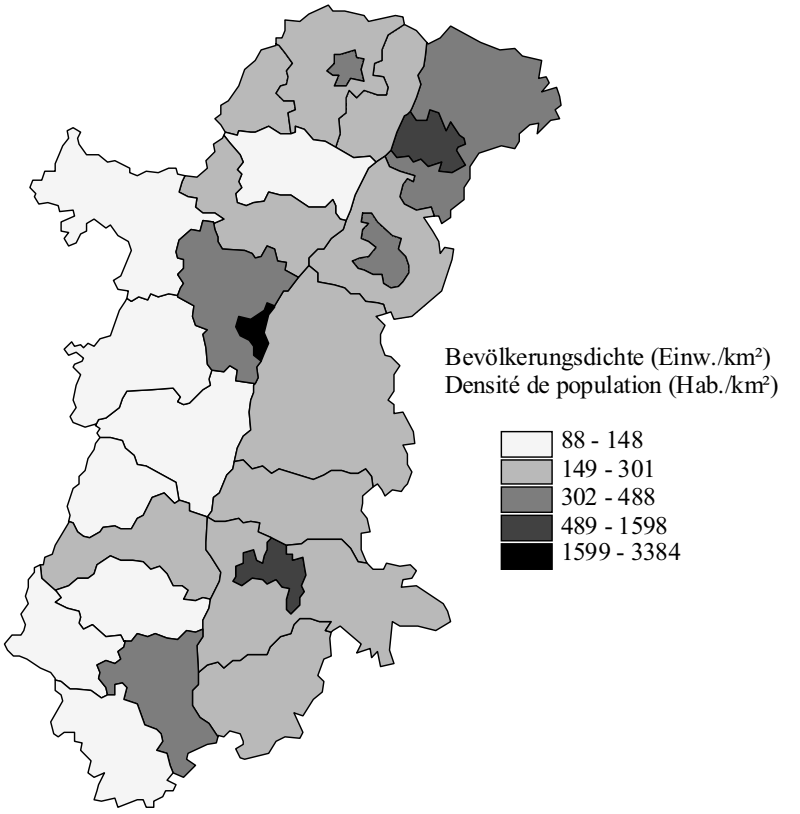
Das Gebiet, auf das sich dieser Bericht bezieht, entspricht den deutschen und französischen Anteilen des Gebiets der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz (s. Anhang 1) vor seiner Erweiterung am 21. September 2000. Das bedeutet im einzelnen:

- für Frankreich: das gesamte Elsass mit seinen 13 „arrondissements" und einer Fläche von 8.280 km²,
- für Baden-Württemberg: neun Kreise am westlichen Rand mit 7.016 km²,
- für Rheinland-Pfalz: die Südpfalz, die mit drei Kreisen und einem Teil des Kreises „Südwestpfalz" das südöstliche Gebiet des Landes bildet mit einer Fläche von 1.512 km².

In der oben definierten Berichtsregion lebten zum Jahresbeginn 1999 4.201.000 Menschen. Mit 252 Einwohnern/km² weist die Region eine besonders hohe Bevölkerungsdichte auf; einen Schwerpunkt dabei bilden die Ballungsgebiete. Die Gebiete mit der höchsten Bevölkerungsdichte befinden sich mit durchschnittlich 309 Einwohnern/km² in Baden. Das Elsass und die Südpfalz erscheinen vergleichsweise weniger dicht besiedelt: dort leben im Mittel 209 bzw. 196 Einwohnern/km². Im Vergleich dazu lag 1999 die mittlere Bevölkerungsdichte im französischen Mutterland mit 107 Einwohnern/km² fast um die Hälfte niedriger als im Elsass. In Deutschland wurde 1998 mit durchschnittlich 230

territoire allemand était, quant à elle, de 230 habitants au km², ce qui est inférieur à la densité mesurée dans la zone d'étude du Bade.

Einwohnern/km² eine geringere Bevölkerungsdichte als in der badischen Berichtsregion ermittelt.



Densité de population dans les arrondissements et Kreise de la Vallée du Rhin Supérieur (début 1999)

Bevölkerungsdichte in den „arrondissements" und Kreisen des Oberrheintals (Anfang 1999)

Source/Quelle
INSEE - Recensement de la population de 1999
Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz

En Alsace, la tendance est à un développement de l'espace péri-urbain (grâce à un solde migratoire excédentaire) allant vers une homogénéisation du territoire. L'opposition ville-campagne tendrait ainsi à disparaître. Dans le Bade, où l'armature urbaine est la plus dense, l'espace urbain s'organise en réseau équilibré composé de grands centres relayés par des pôles urbains de plus petite taille. Dans le sud du Palatinat, le réseau urbain est lui aussi équilibré, mais composé de villes de taille plus réduite [1, 2, 3].

Im Elsass scheinen sich die Randzonen um die Städte aufgrund des Wanderungsüberschusses besonders stark zu entwickeln. Dies führt zu einer Vereinheitlichung der Region mit der Folge, dass Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Zonen zu verschwinden beginnen. In Baden, das sich durch ein besonders dichtes Netz an Städten auszeichnet, stellt sich der städtische Raum als ein ausgeglichenes System dar, das sich aus großen Zentren zusammensetzt, die wiederum durch kleinere städtische Zentren miteinander verbunden sind. In der Südpfalz ist das städtisches System ebenfalls ausgeglichen, setzt sich jedoch aus kleineren Städten zusammen [1, 2, 3].

Ces caractéristiques de la zone d'étude (fortes densités de

Die hohe Bevölkerungsdichte, die große Bedeutung der Städte sind neben

population, importance de l'espace urbain…) sont autant de facteurs favorisant l'accès « géographique » à l'offre de soins.

anderem Kennzeichen der Berichtsregion, die auch den räumlichen Zugang zu (medizinischen) Versorgungsangeboten begünstigen.

Contexte démographique

Le vieillissement de la population que l'on observe dans tous les pays d'Europe n'épargne pas la vallée du Rhin Supérieur. Il est toutefois plus sensible sur le versant allemand qu'en Alsace. Les jeunes de moins de 20 ans sont ainsi plus nombreux dans la partie française de la zone d'étude que dans les deux Länder allemands. Ce constat est valable pour les hommes comme pour les femmes.

L'indice de vieillissement, qui rapporte le nombre de personnes de moins de 20 ans au nombre de personnes de 65 ou plus est de 0,58 en Alsace contre 0,68 dans le sud du Palatinat, et 0,72 dans la zone d'étude du Bade.

Demografische Rahmenbedingungen

Der Alterungsprozeß in der Bevölkerung, der in allen europäischen Staaten zu beobachten ist, spart auch das Oberrheintal nicht aus. Er ist jedoch auf der deutschen Seite deutlicher ausgeprägt als im Elsass. Junge Leute unter 20 Jahren sind zahlreicher auf der französischen Seite der Berichtsregion als in den beiden deutschen Ländern. Diese Beobachtung trifft für Männer wie Frauen zu.

Der Index für den Alterungsprozeß in der Bevölkerung, der die Anzahl der Personen unter 20 Jahren in Bezug zur Anzahl der Personen im Alter von 65 Jahren und älter setzt, beträgt für das Elsass 0,58, für die Südpfalz 0,68 und für die badische Berichtsregion 0,72.

Répartition de la population par âge et indice de vieillissement* dans la zone d'étude en 1999

Bevölkerung nach Altersgruppen und Index für den Alterungsprozeß in der Bevölkerung* in der Berichtsregion 1999

	Alsace / Elsass	Bade-Wurtemberg ZE / Badische Berichtsregion	Palatinat du Sud ZE / Südpfalz	Total / Insgesamt
< 20 ans / Jahre	25%	22%	23%	23%
20-39 ans / Jahre	30%	30%	29%	30%
40-64 ans / Jahre	31%	32%	33%	32%
65-74 ans / Jahre	8%	9%	9%	9%
75 ans ou plus / Jahre oder mehr	6%	7%	6%	7%
Total / Insgesamt	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
Indice de vieillissement / Index für den Alterungsprozeß	***0,58***	***0,72***	***0,68***	***0,66***

** L'indice de vieillissement est le rapport du nombre de personnes de moins de 20 ans sur le nombre de personnes de 65 ans ou plus.*

** Der Index für den Alterungsprozeß in der Bevölkerung ist die Anzahl der Personen unter 20 Jahren im Verhältnis zur Anzahl der Personen im Alter von 65 Jahren und älter.*

L'analyse géographique des indices de vieillissement montre des disparités au sein des trois régions étudiées.

En Alsace, les arrondissements de Saverne et de Ribeauvillé apparaissent comme particulièrement âgés par rapport à la moyenne régionale, avec des indices supérieurs à 0,70. C'est dans l'arrondissement de Strasbourg-ville que la valeur de cet indice est la plus basse (0,58).

Dans le Palatinat du Sud : le Kreis de Germersheim, avec un indice de vieillissement de 0,55 présente une structure par âge proche de celle de l'Alsace. Les autres Kreise sont en revanche particulièrement touchés par le vieillissement de la population.

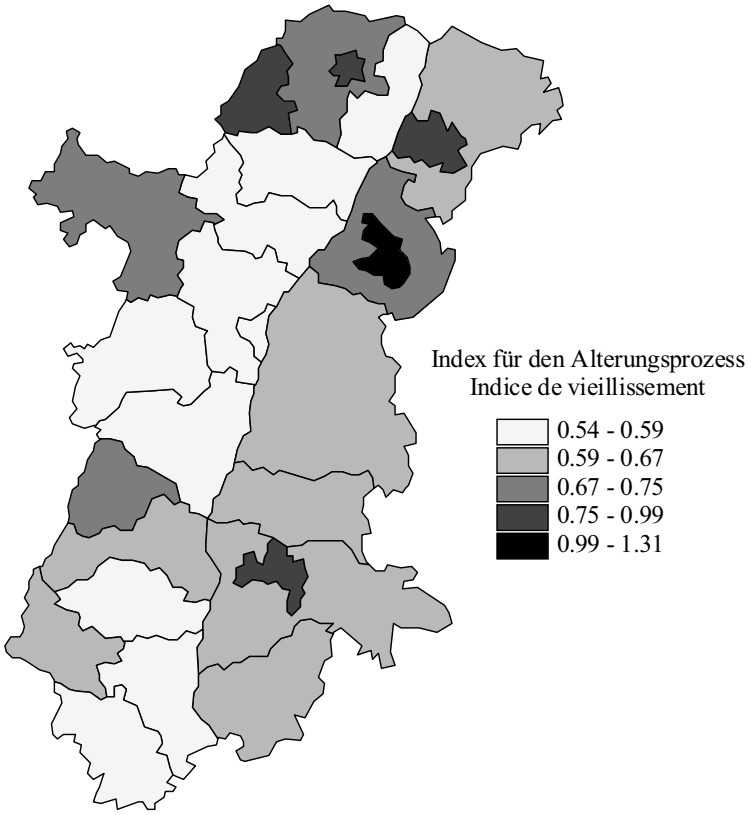
Dans la zone d'étude du Bade, les indices de vieillissement sont en majorité compris entre 0,63 et 0,72. Les trois Kreise qui présentent des indices supérieurs à 0,75 correspondent aux villes de Freiburg, Karlsruhe et Baden-Baden. Le vieillissement de la population dans cette dernière ville est particulièrement marqué : on dénombre 131 personnes de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. De façon générale, on observe que dans les Kreise urbains (Stadtkreise) du Bade-Wurtemberg la proportion de personnes âgées est particulièrement élevée.

Die räumliche Betrachtung der Kennzahlen für den Alterungsprozeß zeigt Unterschiede zwischen den drei betrachteten Teilgebieten.

Im Elsass fallen die „arrondissements" Saverne und Ribeauvillé mit Werten über 0,70 im Vergleich zum elsässischen Mittelwert besonders auf. Im „arrondissement" Strasbourg-Stadt ist der Index mit 0,58 am niedrigsten.

In der Südpfalz kann im Kreis Germersheim mit 0,55 ein Wert vergleichbar dem Elsässischen beobachtet werden. Die anderen Kreise sind dagegen vom Alterungsprozeß der Bevölkerung besonders betroffen.

In der badischen Berichtsregion liegt die Mehrzahl der Kennzahlen für den Alterungsprozeß zwischen 0,63 und 0,72. Die drei Kreise mit Werten über 0,75 betreffen die Städte Freiburg, Karlsruhe und Baden-Baden. Die Überalterung der Bevölkerung ist in der zuletzt genannten Stadt besonders ausgeprägt: Hier kommen auf 100 junge Menschen unter 20 Jahren 131 Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter. In Baden-Württemberg kann im allgemeinen beobachtet werden, dass in den Stadtkreisen der Anteil alter Menschen besonders hoch ist.



Indice de vieillissement dans les arrondissements et Kreise de la Vallée du Rhin Supérieur (1999)

Der Alterungsprozeß in der Bevölkerung in den „arrondissements“ und Kreisen des Oberheintals (1999)

Source/Quelle
INSEE - Recensement de la population de 1999
Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz

Selon les projections démographiques à l'horizon 2010, l'Alsace restera plus jeune que les territoires allemands de la vallée du Rhin supérieur [3, 4].

Entre les recensements de 1990 et 1999 l'Alsace a connu une des plus forte croissance démographique de France (+6,7 %) s'expliquant en majeure partie par un solde naturel élevé. Dans le Bade-Wurtemberg (la population a augmenté de 6,6 % entre 1990 et 1999) et en Rhénanie-Palatinat, ce sont les migrations qui ont été le moteur de la croissance démographique.

Nach den Bevölkerungsvorausberechnungen für das Jahr 2010 wird im Elsass die Bevölkerung weiterhin jünger sein als in den deutschen Gebieten des Oberrheintals [3, 4].

Das Elsass hat zwischen den beiden Volkszählungen 1990 und 1999 einen der stärksten Bevölkerungszuwächse Frankreichs erfahren (0,7 % jährlich). Dieser läßt sich in erster Linie auf einen hohen Geburtenüberschuß zurückführen. Im Unterschied dazu sind die Bevölkerungsgewinne in Baden-Württemberg (die Bevölkerung ist zwischen 1990 und 1999 um 6,6 % gestiegen) und Rheinland-Pfalz hauptsächlich durch Wanderungsüberschüsse bedingt.

Solde naturel et solde migratoire dans la vallée du Rhin Supérieur en 1998

Geburtenüberschuß und Wanderungsüberschuß im Oberrheintal 1998

	Solde naturel / Geburtenüberschuß	Solde migratoire / Wanderungsüberschuß
Alsace / Elsass	7 639	3 900
Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion*	1 955	7 471
Palatinat du Sud / Südpfalz	31	967

*y.c. le Kreis de Waldshut

*einschl. Kreis Waldshut

Source/Quelle

« Rhin supérieur données statistiques 1999 ». Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur.
Oberrhein: Statistische Daten 1999, Deutsch-französisch-schweizerische Oberrheinkonferenz

En définitive, à l'échelle du territoire sous mandat de la Conférence du Rhin Supérieure (Allemagne, France et Suisse), on estime qu'entre 1990 et 1998 le taux annuel d'accroissement de la population a été de +0,7 % [4].

L'analyse des indicateurs de natalité dans la vallée du Rhin Supérieur sera développée dans le chapitre 4 « La mère et l'enfant ». Celle des données de mortalité fera l'objet d'un chapitre à part entière (Chapitre 2).

Im gesamten Mandatsgebiet der Oberrheinkonferenz (deutsche, französische und Schweizer Teilgebiete) wird das Bevölkerungswachstum im Zeitraum von 1990 bis 1998 auf jährlich 0,7 % geschätzt [4].

Kennzahlen zur Geburtenentwicklung im Oberrheintal werden in Kapitel 4: „Mutter und Kind" verglichen, die Analyse von Sterblichkeitsziffern ist Gegenstand des eigenständigen Kapitels 2.

Contexte économique et social

PRODUCTION ÉCONOMIQUE

Globalement sur l'ensemble de la zone d'étude, le secteur tertiaire s'est fortement développé et produit plus de la moitié des richesses marchandes. Dans cette région à forte empreinte industrielle, le secteur secondaire (industrie, bâtiment et génie civil) représente tout de même encore plus du tiers des richesses produites. L'agriculture est plus développée en Alsace (vignoble…) et dans le sud du Palatinat.

Rapporté au nombre d'habitants, le Produit Intérieur Brut est le plus élevé dans la partie badoise de la vallée du Rhin Supérieur et le plus bas dans le Palatinat du Sud.

Wirtschaftliche und soziale Rahmenbedingungen

WIRTSCHAFTLICHE PRODUKTION

Generell ist in der gesamten Berichtsregion der (tertiäre) Dienstleistungssektor besonders stark entwickelt, er erzielt mehr als die Hälfte der Wertschöpfung. Jedoch stellt der produzierende Sektor (Industrie und Bauwirtschaft) noch mehr als ein Drittel des produzierten Wohlstands in dieser stark industriell geprägten Region dar. Die Landwirtschaft ist im Elsass besonders entwickelt (Weinbau...) wie auch in der Südpfalz.

Die badische Seite des Oberrheintals hat die höchste Bruttowertschöpfung zu Marktpreisen, bezogen auf die Anzahl der Einwohner. Sie ist am niedrigsten in der Südpfalz.

Valeur ajoutée par secteur d'activité dans la vallée du Rhin Supérieur en 1996

Bruttowertschöpfung zu Marktpreisen nach Wirtschaftssektoren im Oberrheintal 1996

	Alsace / Elsass	Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion*	Palatinat du Sud / Südpfalz
Valeur ajoutée brute au prix du marché (million d'écus) / Bruttowertschöpfung zu Marktpreisen (Mio. ECU)	**34 641**	**60 431**	**4 509**
par habitant (milliers d'écus) / je Einwohner (1000 ECU)	**20**	**26**	**15**
Agriculture / Landwirtschaft (%)	*2,2*	*0,9*	*2,3*
Industrie, Bâtiment, Génie Civil / Produzierendes Gewerbe, Bauwirtschaft (%)	*35,4*	*41,5*	*37,3*
Tertiaire / Tertiärer Sektor (%)	*62,3*	*57,6*	*60,4*

*y.c. le Kreis de Waldshut

*einschl. Kreis Waldshut

Source/Quelle

« Rhin Supérieur données statistiques 1999 ». Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur. Oberrhein: Statistische Daten 1999, Deutsch-französisch-schweizerische Oberrheinkonferenz

LES EMPLOIS

Depuis les années 80, la population active a continué à augmenter dans la vallée du Rhin Supérieur, résultat du dynamisme démographique et de la hausse des taux d'activité féminins [3].

Le développement des emplois du secteur tertiaire est particulièrement sensible en Alsace et dans la zone d'étude du Bade. Les emplois dans l'industrie et dans l'agriculture ont un peu plus de poids dans le Palatinat du sud.

ERWERBSTÄTIGE

Seit den 80er Jahren hat die Anzahl der Erwerbstätigen im Oberrheintal als Folge der Bevölkerungsdynamik und der gestiegenen Erwerbstätigkeit der Frauen kontinuierlich zugenommen [3].

Die Entwicklung der Beschäftigung im Dienstleistungssektor ist im Elsass und auf der badischen Seite der Berichtsregion besonders spürbar. In der Südpfalz hat die Beschäftigung in der Industrie und in der Landwirtschaft ein etwas höheres Gewicht.

Actifs occupant un emploi selon le secteur d'activité dans la vallée du Rhin Supérieur en 1998

Erwerbstätige nach Wirtschaftssektoren im Oberrheintal 1998

	Alsace / Elsass	Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion*	Palatinat du Sud / Südpfalz
Nb Total d'actifs occupant un emploi (en milliers) / Erwerbstätige (in Tausend)	**742**	**1 070**	**106**
Agriculture / Landwirtschaft (%)	*2,0*	*2,4*	*4,9*
Industrie / Produzierendes Gewerbe (%)	*34,6*	*35,5*	*38,1*
Tertiaire / Tertiärer Sektor (%)	*63,4*	*62,0*	*57,0*

*y.c. le Kreis de Waldshut

*einschl. Kreis Waldshut

Source/Quelle

« Rhin Supérieur données statistiques 1999 ». Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur.
Oberrhein: Statistische Daten 1999, Deutsch-französisch-schweizerische Oberrheinkonferenz

LE CHOMAGE DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR

Dans un contexte national, la région Alsace apparaît comme particulièrement peu touchée par le chômage : elle enregistre le taux de chômage le plus bas de France en 1999 (6,7 % pour une moyenne de 11,3 % sur l'ensemble de la métropole). De la même manière, le taux de chômage mesuré dans les Länder du Bade-Wurtemberg (7,3 %) et de la Rhénanie-Palatinat (9,1 %) sont faibles en comparaison des données de l'Allemagne dans son ensemble (11,7 %).

Au sein de la vallée du Rhin Supérieur, c'est dans le Palatinat du Sud que le taux de chômage est le plus élevé, en Alsace qu'il est le plus bas.

ARBEITSLOSIGKEIT IM OBERRHEINTAL

Im nationalen Vergleich erscheint das Elsass besonders wenig von Arbeitslosigkeit betroffen: Hier wurde 1999 mit 6,7 % die niedrigste Arbeitslosenquote Frankreichs ermittelt (französisches Mutterland im Mittel: 11,3 %). In ähnlicher Weise liegen die Arbeitslosenquoten in Baden-Württemberg (7,3 %) und Rheinland-Pfalz (9,1 %) im nationalen Vergleich niedriger (11,7 %).

Unter den Teilgebieten des Oberrheintals hat die Südpfalz die höchste Arbeitslosenquote, im Elsass ist sie am geringsten.

Données de chômage à la fin décembre 1998

Arbeitslosigkeit Ende Dezember 1998

	Alsace / Elsass	Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion*	Palatinat du Sud / Südpfalz
Nombre de chômeurs / Anzahl der Arbeitslosen	**54961**	**79246**	**11230**
Taux de chômage / Arbeitslosenquote	*6,8*	*8,1*	*10,8*
Pourcentage de chômeurs de moins de 25 ans / Anteil der Arbeitslosen unter 25 Jahren in %	*26,9*	*10,8*	*11,6*
Pourcentage de chômeurs de plus de 54 ans / Anteil der Arbeitslosen über 54 Jahren in %	*4,3*	*23,4*	*27,1*
Pourcentage de chômeurs de longue durée / Anteil der Langzeitarbeitslosen in %	*25,7*	*32,8*	*32,5*

*y.c. le Kreis de Waldshut

*einschl. Kreis Waldshut

Source/Quelle

« Rhin Supérieur données statistiques 1999 ». Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur. Oberrhein: Statistische Daten 1999, Deutsch-französisch-schweizerische Oberrheinkonferenz

Les caractéristiques des demandeurs d'emploi sont différentes de part et d'autre du Rhin. Dans les deux régions allemandes la proportion de demandeurs d'emploi de longue durée est plus élevée. La part des demandeurs d'emploi de 55 ans ou plus y est, elle aussi, plus importante qu'en Alsace. Dans cette dernière

Die Arbeitssuchenden sind beiderseits des Rheins unterschiedlich zu beschreiben: In den beiden deutschen Gebieten ist der Anteil der Langzeitarbeitslosen höher. Hier ist ferner der Anteil der Arbeitssuchenden im Alter von 55 Jahren und älter höher als im Elsass, wo etwas mehr als ein Viertel der Arbeitssuchenden jünger als

région plus d'un demandeur d'emploi sur quatre a moins de 25 ans.

25 Jahre alt ist.

En Alsace, la situation favorable de l'emploi peut s'expliquer en partie par l'importance du travail transfrontalier. Au recensement de 1999, on dénombre en effet environ 70 000 Alsaciens travaillant dans un pays voisin [5]. Ils sont 37 000 à travailler en Allemagne (9 fois sur dix dans le Bade-Wurtemberg) et 33 000 en Suisse. Leur nombre a augmenté de 31 % entre 1990 et 1999, et bien qu'il s'agisse toujours en majorité d'ouvriers, les employés concernés sont plus nombreux. Le travail frontalier tend ainsi à se féminiser, il concernerait en outre de plus en plus le secteur tertiaire.

Diese günstige Situation auf dem Arbeitsmarkt kann zum Teil durch die grenzüberschreitenden Berufspendler erklärt werden: Zur Volkszählung 1999 wurden in der Tat ungefähr 70.000 Elsässer gezählt, die in einem der Nachbarstaaten arbeiteten [5]. Davon gehen 37.000 nach Deutschland (neun von zehn nach Baden-Württemberg) und 33.000 in die Schweiz. Ihre Zahl hat sich zwischen 1990 und 1999 um 31 % erhöht. Obwohl es sich in der Mehrzahl um Arbeiter handelt, ist auch die Zahl der Angestellten gestiegen. Zunehmend befinden sich auch Frauen unter den Berufspendlern, ferner dürften Grenzgänger vermehrt im Dienstleistungssektor beschäftigt sein.

Dans la partie Badoise, on estime de la même manière que 21 000 personnes travaillent en Suisse [4]. Les flux de travailleurs de l'Allemagne vers la France sont quant à eux négligeables.

Im badischen Gebiet schätzt man, dass 21.000 Personen in der Schweiz arbeiten [4]. Die Anzahl der Berufspendler von Deutschland nach Frankreich ist vernachlässigbar gering.

---

[1] *Lire et construire l'espace du Rhin Supérieur, Atlas transfrontalier pour aménager un territoire commun / Lebensraum Oberrhein... eine gemeinsame Zukunft, Raumordnug für eine nachhaltige Entwicklung ohne Grenzen*. Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur. La nuée bleue / G. Braun, 1999

[2] *Une urbanisation équilibrée au début des années 90*, P. BRIANT, Chiffres pour l'Alsace n°39, décembre 1998

[3] *L'espace du Rhin Supérieur : des différences marquées*. P. BRIANT. Chiffres pour l'Alsace n°37, décembre 1997, pp. 19-22.

[4] *Rhin Supérieur : données statistiques 1999 / Oberrhein : Statistische Daten 1999*. Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur.

[5] *De plus en plus de travailleurs frontaliers de Saint-Louis à Dunkerque,* M.-L. KAYALI, J.-L. VAN GHELUWE, Chiffres pour l'Alsace n°3, Juillet 2001

CHAPITRE 2

Etat de santé

KAPITEL 2

Gesundheitszustand

Etat de santé 23

Espérance de vie en Europe 23

UNE ESPERANCE DE VIE PARTICULIEREMENT ELEVEE POUR LES FEMMES EN FRANCE 24

Espérance de vie dans la Vallée du Rhin Supérieur 29

A L'ECHELLE DE LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR, UNE PLUS GRANDE LONGEVITE POUR LES HOMMES EN BADE-WURTEMBERG, POUR LES FEMMES EN ALSACE 30

La mortalité dans la Vallée du Rhin Supérieur 33

SURMORTALITE FEMININE DANS LE PALATINAT DU SUD, SURMORTALITE MASCULINE EN ALSACE ET DANS LE PALATINAT DU SUD 35

SOUS-MORTALITE MASCULINE DANS LE SUD DE LA ZONE BADOISE 38

EVOLUTION DE LA MORTALITE DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR 40

UNE BAISSE DES TAUX DE MORTALITE A TOUS LES AGES 40

GRANDES CAUSES DE DECES DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR 41

MORTALITE PREMATUREE DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR 47

MORTALITE EVITABLE DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR 50

Gesundheitszustand 23

Die Lebenserwartung in Europa 23

LEBENSERWARTUNG DER FRANZÖSISCHEN FRAUEN BESONDERS HOCH 24

Die Lebenserwartung im Oberrheintal 29

IM OBERRHEINTAL HABEN DIE MÄNNER IN BADEN-WÜRTTEMBERG EINE LÄNGERE LEBENSDAUER, IM ELSASS DIE FRAUEN 30

Sterblichkeit im Oberrheintal 33

BEI DEN FRAUEN HÖHERE STERBLICHKEIT IN DER SÜDPFALZ, BEI DEN MÄNNERN IM ELSASS UND DER SÜDPFALZ 35

GERINGERE STERBLICHKEIT DER MÄNNER IN SÜDBADEN 38

DIE STERBLICHKEIT IM OBERRHEINTAL IM ZEITVERGLEICH 40

RÜCKGANG DER STERBEZIFFERN IN ALLEN ALTERSGRUPPEN 40

DIE WICHTIGSTEN TODESURSACHEN IM OBERRHEINTAL 41

VORZEITIGE STERBLICHKEIT IM OBERRHEINTAL 47

VERMEIDBARE STERBEFÄLLE IM OBERRHEINTAL 50

Etat de santé

Gesundheitszustand

Espérance de vie en Europe

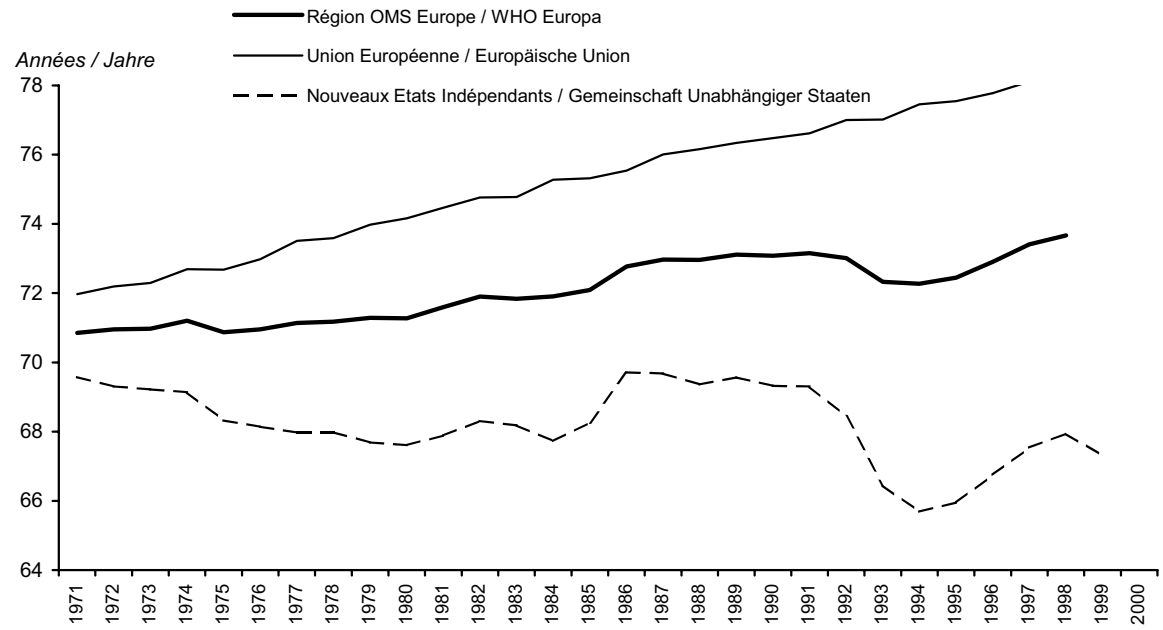
Nous sommes habitués dans le monde occidental à observer une régulière amélioration de l'état de santé des populations, comme en témoigne l'évolution de l'espérance de vie. Dans les pays de l'Union Européenne, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 6,4 ans entre 1971 et 1997, soit un gain de près d'une année tous les quatre ans. En 1971, les pays de l'ex-URSS (NEI, Nouveaux Etats Indépendants) enregistraient une espérance de vie certes inférieure à celles des pays d'Europe de l'ouest, mais somme toute très proche (respectivement 69,6 et 70,8 ans). Depuis le début des années 70, l'état de santé des populations vivant dans les NEI s'est détérioré. Au début des années 90, l'espérance de vie a brutalement chuté dans ces pays, elle n'est plus que de 67,5 ans en 1997, soit 10,6 ans de moins que dans l'Union Européenne. L'évolution observée dans les NEI montre clairement que l'amélioration de l'état de santé ne constitue pas, et de loin, un acquis. Le déclin économique, accompagné d'une détérioration du système de soins, des conditions de vie, de logement, d'emploi, de sécurité sanitaire… et le développement de comportements préjudiciables à la santé (consommation d'alcool en particulier) sont autant de facteurs qui peuvent très rapidement conduire à une dégradation de l'état de santé.

Die Lebenserwartung in Europa

In den westlichen Ländern kann man gewöhnlich eine kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung beispielsweise anhand der Lebenserwartung beobachten. In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union hat sich die Lebenserwartung eines Neugeborenen im Zeitraum von 1971 bis 1997 um 6,4 Jahre erhöht, was einem Zugewinn von annähernd einem Lebensjahr alle vier Jahre entspricht. 1971 war die Lebenserwartung in den Staaten der ehemaligen Sowjetunion (GUS, Gemeinschaft Unabhängiger Staaten) nur geringfügig niedriger als in den westeuropäischen Ländern (69,6 vs. 70,8 Jahre). Seit Beginn der 70er Jahre hat sich die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion verschlechtert. Anfang der 90er Jahre war die Lebenserwartung in diesen Staaten plötzlich zurückgegangen, sie lag 1997 bei nur noch 67,5 Jahren und damit um 10,6 Jahre niedriger als in der Europäischen Union. Die Entwicklung in der GUS zeigt deutlich, dass die Verbesserung der gesundheitlichen Situation in der Bevölkerung bei weitem keine gesicherte Errungenschaft ist. Der wirtschaftliche Niedergang, verbunden mit einer Verschlechterung des gesundheitlichen Versorgungssystems und der Lebens-, Wohn-, Arbeits- und sozialen Sicherungsbedingungen, gemeinsam mit der Zunahme von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen (insbesondere Alkoholkonsum) sind Faktoren neben anderen, die sehr schnell zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung führen können.

Evolution de l'espérance de vie en Europe 1971 – 2000

Entwicklung der Lebenserwartung in Europa 1971 - 2000



Source/Quelle
OMS Europe/WHO Europa

Union Européenne : moyenne calculée sur les 15 Etats actuellement membres
Nouveaux Etats Indépendants : 15 pays formant l'ex-URSS auxquels ont été adjoints pour des raisons techniques les pays Baltes

Europäische Gemeinschaft: Mittelwert für die 15 Mitgliedsstaaten.
Gemeinschaft Unabhängiger Staaten: 15 Staaten der früheren Sowjetunion sowie – aus technischen Gründen – die baltischen Staaten

UNE ESPERANCE DE VIE PARTICULIEREMENT ELEVEE POUR LES FEMMES FRANÇAISES

A l'instar des autres pays d'Europe occidentale, la France et l'Allemagne jouissent en 1994-97 d'espérances de vie à la naissance élevées.

Avec une espérance de vie moyenne à la naissance de 78,6 ans, la France se situe en quatrième position des pays européens les plus favorisés. Cependant, cette situation avantageuse ne concerne pas les deux sexes et les françaises bénéficient de l'espérance de vie la plus élevée

LEBENSERWARTUNG DER FRANZÖSISCHEN FRAUEN BESONDERS HOCH

Verglichen mit den anderen westeuropäischen Ländern war die Lebenserwartung von Neugeborenen im Zeitraum von 1994 bis 1997 in Frankreich und Deutschland besonders hoch.

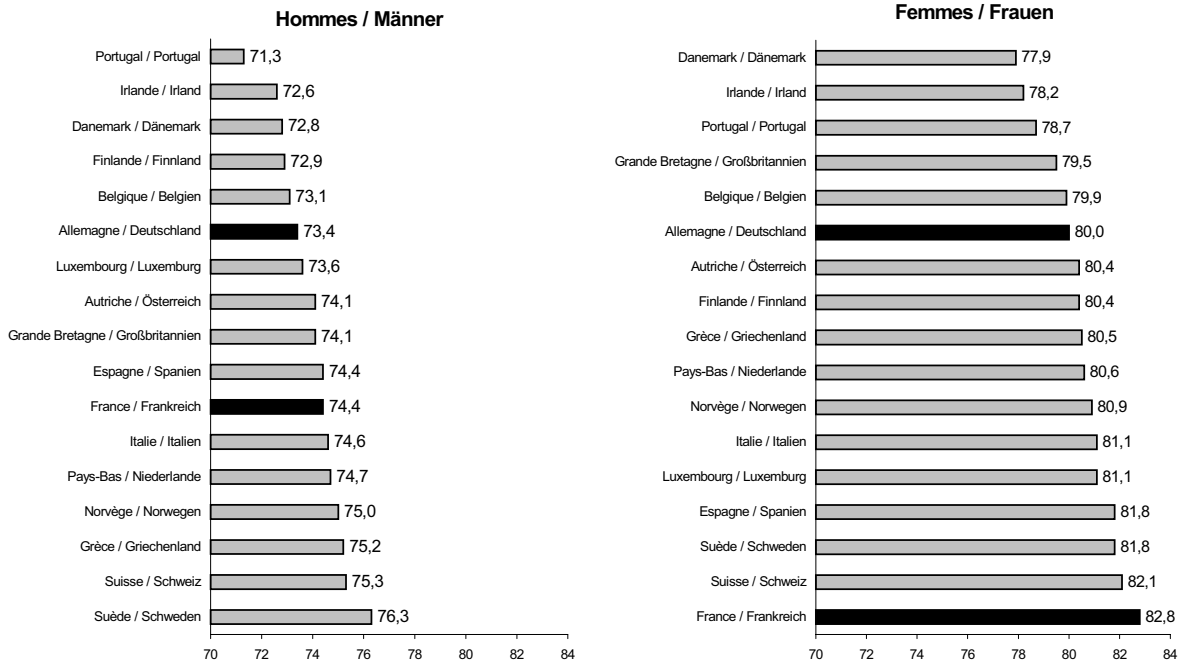
Mit einer mittleren Lebenserwartung von 78,6 Jahren bei der Geburt nimmt Frankreich den 4. Platz unter den begünstigten europäischen Ländern ein. Diese günstige Situation trifft jedoch nicht für beide Geschlechter zu: französische Mädchen haben mit 82,8 Jahren die höchste Lebenserwartung in

d'Europe (82,8 ans) alors que les français ne figurent qu'en septième position (74,4 ans) des nations européennes.

Europa, während die Jungen mit 74,4 Jahren lediglich die 7. Position unter den europäischen Staaten besetzen.

Espérance de vie à la naissance en Europe en 1994-97

Lebenserwartung bei Geburt in Europa 1994-1997



Source/Quelle
OMS Europe/WHO Europa

Quel que soit le sexe considéré, la situation de l'Allemagne, est moins enviable. L'espérance de vie à la naissance atteint globalement 76,8 ans : 80,0 ans chez les femmes et 73,4 ans chez les hommes, chiffres sensiblement inférieurs à ceux observés en France. L'Allemagne se situe au 12ème rang des nations européennes. Sa situation est comparable à celle de la Belgique, de l'Autriche ou de la Finlande.

D'une façon plus globale, il n'apparaît pas d'opposition nette entre le sud et le nord de l'Europe occidentale. Ainsi, pour les hommes comme pour les

Die Situation stellt sich in Deutschland – unabhängig vom Geschlecht – weniger günstig dar. Generell beträgt die Lebenserwartung bei der Geburt 76,8 Jahre: 80,0 Jahre für die Mädchen und 73,4 Jahre für die Jungen. Die Werte liegen damit deutlich niedriger als in Frankreich. Deutschland nimmt unter den europäischen Staaten den 12. Rang ein. Die Lebenserwartung ist vergleichbar mit der in Belgien, Österreich oder Finnland.

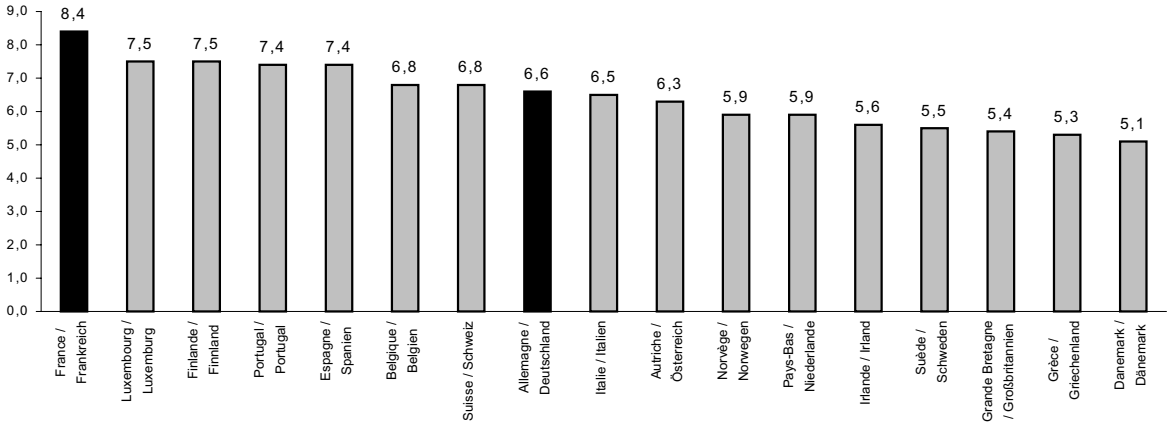
Generell läßt sich in Westeuropa hinsichtlich der Lebenserwartung kein Nord-Süd-Gefälle feststellen. Für Männer und für Frauen kann man sehr

femmes les espérances de vie les plus faibles sont observées dans des pays du nord de l'Europe (Irlande, Danemark) aussi bien que dans des pays du sud du continent (Portugal). De façon identique, pour les hommes, les espérances de vie les plus élevées concernent la Suède, la Suisse et la Grèce, pour les femmes, la France, la Suisse, la Suède et l'Espagne.

niedrige Werte sowohl in nördlichen Ländern (Irland, Dänemark) als auch in Südeuropa (Portugal) beobachten. Ebenso werden die höchsten Werte für die Lebenserwartung von Männern für Schweden, die Schweiz und Griechenland berichtet, bei den Frauen nehmen Frankreich, die Schweiz und Spanien die ersten Plätze ein.

Espérance de vie : écart entre hommes et femmes en Europe 1994-97

Lebenserwartung: Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Europa 1994-1997

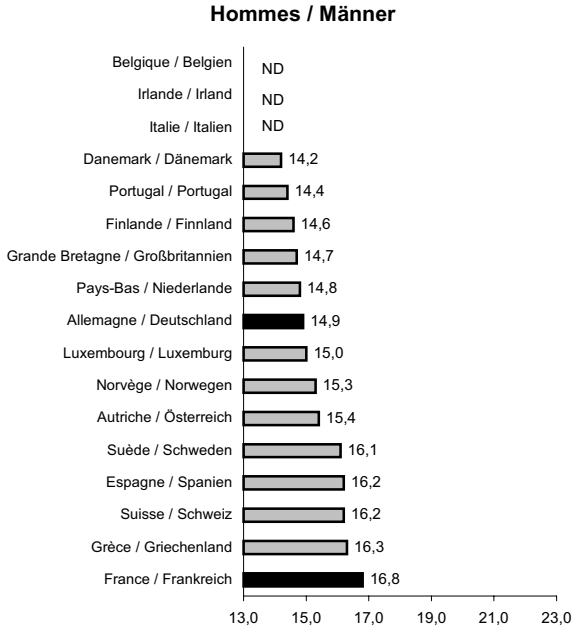


Source/Quelle
OMS Europe/WHO Europa

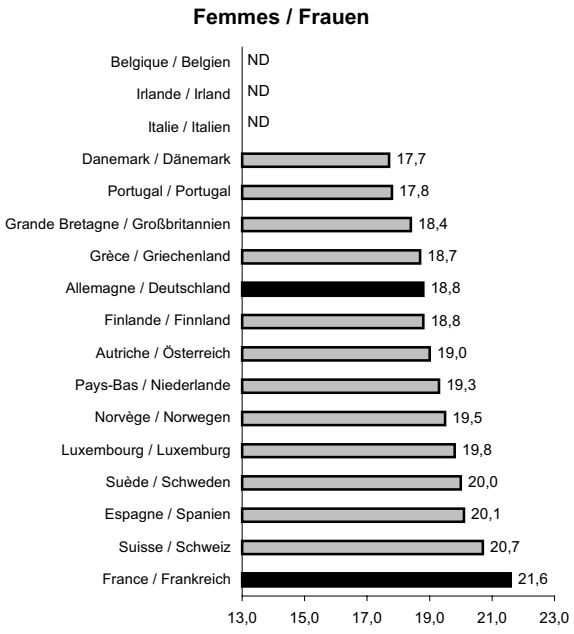
Quel que soit le pays considéré, les espérances de vie féminines sont nettement supérieures aux espérances de vie masculines. La France se caractérise cependant par l'écart le plus élevé d'Europe occidentale (8,4 ans), ce qui est tout à fait considérable comparativement à de nombreux pays comme le Danemark (5,1 ans), ou l'Allemagne (6,6 ans).

Welches Land man auch betrachtet, die Lebenserwartung der Frauen ist deutlich höher als die der Männer. In Frankreich beobachtet man mit 8,4 Jahren den größten Unterschied in Westeuropa, in vielen anderen Staaten ist er vergleichbar hoch, wie in Dänemark (5,1 Jahre) oder auch Deutschland (6,6 Jahre).

Espérance de vie à 65 ans en Europe en 1994-97



Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren in Europa 1994-97



Source/Quelle
OMS Europe/WHO Europa

Si l'on considère non plus les espérances de vie à la naissance mais à 65 ans, la hiérarchie entre pays européens s'en trouve sensiblement modifiée. C'est le cas en particulier pour les hommes en France. L'espérance de vie à la naissance de ces derniers se situe en effet dans la moyenne des pays considérés, alors que leur espérance de vie à 65 ans est la plus élevée du continent. Ceci traduit le fait que la mortalité prématurée masculine (avant 65 ans) est particulièrement élevée en France, par rapport à la moyenne des pays européens. Contrairement à la France, le choix de l'indicateur (espérance de vie à la naissance ou à 65 ans) ne modifie pas la position de l'Allemagne.

Betrachtet man die Lebenserwartung nicht zum Zeitpunkt der Geburt, sondern im Alter von 65 Jahren ändert sich die Rangordnung unter den europäischen Staaten spürbar. Das trifft insbesondere für die Männer in Frankreich zu. Während ihre Lebenserwartung bei Geburt im europäischen Vergleich nur eine mittlere Position einnimmt, ist sie im Alter von 65 Jahren die höchste des Kontinents. Das ist darauf zurückzuführen, dass die vorzeitige Sterblichkeit (unter 65 Jahren) in Frankreich im Vergleich zum europäischen Mittel besonders hoch ist. Im Unterschied zu Frankreich nimmt Deutschland bei der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren keinen anderen Rangplatz ein.

Espérance de vie dans la Vallée du Rhin Supérieur

L'Alsace est la région de France où l'espérance de vie à la naissance a le plus rapidement augmenté au cours des 30 dernières années. Partant d'une situation particulièrement défavorable, l'espérance de vie à la naissance des Alsaciens s'est donc fortement rapprochée de la moyenne nationale durant cette période. A présent on n'enregistre, pour les femmes comme pour les hommes, plus que des différences limitées entre les espérances de vie en Alsace et dans l'ensemble du territoire métropolitain (-0,2 an pour les hommes, -0,4 an pour les femmes). La situation n'est cependant pas aussi satisfaisante qu'il pourrait y sembler. En effet, malgré les progrès accomplis au cours des dernières décennies, la région se caractérise toujours, en comparaison avec l'ensemble de la France, par une forte mortalité des plus de 55 ans. Il en résulte que la situation reste défavorable en ce qui concerne les écarts d'espérance de vie à 60 ans (-0,9 an chez les hommes et -0,8 an chez les femmes).

La situation du Bade-Wurtemberg par rapport à l'Allemagne est, quant à elle, opposée. Ce Land enregistre des espérances de vie supérieures à la moyenne allemande, aussi bien à la naissance (+0,7 an chez les hommes, +0,5 an chez les femmes) qu'à 60 ans (+0,4 an pour chaque sexe). La Rhénanie-Palatinat présente une situation quasi équivalente à celle observée en moyenne sur l'ensemble de l'Allemagne.

Die Lebenserwartung im Oberrheintal

Das Elsass ist die Region in Frankreich, in der die Lebenserwartung während der letzten 30 Jahre am schnellsten gestiegen ist. Während dieser Zeit hat sich die Lebenserwartung der Elsässer von einer besonders ungünstigen Ausgangssituation heraus dem nationalen Mittelwert sehr stark angenähert. Heute stellt man sowohl für die Männer wie für die Frauen nur begrenzte Abweichungen zwischen der Lebenserwartung im Elsass und der für das gesamte französische Mutterland fest (-0,2 Jahre für die Männer, -0,4 Jahre für die Frauen). Die Situation ist jedoch nicht so zufriedenstellend, wie es erscheinen mag. Trotz der Fortschritte der vergangenen Jahrzehnte ist für die Region immer noch eine hohe Sterblichkeit im Alter ab 55 Jahren verglichen mit Gesamt-Frankreich charakteristisch. Daraus ergibt sich eine weiterhin ungünstige Situation bezüglich der Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren (-0,9 Jahre bei den Männern und -0,8 Jahre bei den Frauen).

Vergleicht man Baden-Württemberg mit Deutschland, so ergibt sich ein umgekehrtes Bild. Das Bundesland zeichnet sich durch eine im Vergleich zum deutschen Mittelwert höhere Lebenserwartung aus, dies trifft sowohl für den Zeitpunkt der Geburt (+0,7 Jahre für die Männer, +0,5 Jahre für die Frauen) als auch im Alter von 60 Jahren zu (+0,4 Jahre für beide Geschlechter). Die Werte für Rheinland-Pfalz liegen im Bereich der Mittelwerte für Deutschland.

Espérance de vie à la naissance et à 60 ans selon le sexe en 1997

Lebenserwartung 1997 bei Geburt und im Alter von 60 Jahren nach Geschlecht

	Espérance de vie à la naissance / Lebenserwartung bei Geburt		
	Hommes / Männer	Femmes / Frauen	Ecart Hommes - Femmes / Unterschiede Männer - Frauen
Bade-Wurtemberg / Baden-Württemberg	74,7	80,8	6,1
Rhénanie-Palatinat / Rheinland-Pfalz **	74,0	80,1	6,1
Allemagne / Deutschland***	*74,0*	*80,3*	*6,3*
Alsace / Elsass	74,3	81,8	7,6
France / Frankreich	*74,5*	*82,2*	*7,7*

* 1994-96 ** 1995-97 *** 1996-98

	Espérance de vie à 60 ans / Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren		
	Hommes / Männer	Femmes / Frauen	Ecart Hommes - Femmes / Unterschiede Männer - Frauen
Bade-Wurtemberg / Baden-Württemberg	19,1	23,5	4,4
Rhénanie-Palatinat / Rheinland-Pfalz **	18,5	23,0	4,5
Allemagne / Deutschland***	*18,7*	*23,1*	*4,4*
Alsace / Elsass	19,0	24,3	5,4
France / Frankreich	*19,9*	*25,1*	*5,2*

* 1994-96 ** 1995-97 *** 1996-98

Source/Quelle
INSEE, Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, Statistisches Bundesamt

A L'ECHELLE DE LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR, UNE PLUS GRANDE LONGEVITE POUR LES HOMMES EN BADE-WURTEMBERG, POUR LES FEMMES EN ALSACE

En ce qui concerne les hommes :
Comme nous l'avons vu précédemment, l'espérance de vie masculine est sensiblement plus élevée en France qu'en Allemagne. Pourtant, à l'échelle de la vallée du Rhin Supérieur, c'est dans le Land du Bade-Wurtemberg que l'on mesure les espérances de vie masculines les plus longues, l'Alsace n'arrivant qu'en seconde position. Cette constatation est particulièrement vraie à la naissance : à 60 ans les écarts sont beaucoup moins importants (0,1 an de vie en moins en Alsace).

IM OBERRHEINTAL HABEN DIE MÄNNER IN BADEN-WÜRTTEMBERG EINE LÄNGERE LEBENSDAUER, IM ELSASS DIE FRAUEN

Die Männer:
Wie oben bereits gezeigt, ist die Lebenserwartung der Männer in Frankreich deutlich höher als in Deutschland. Im Oberrheintal jedoch ermittelt man in Baden-Württemberg die längeren Lebenserwartungen für die Männer, das Elsass nimmt den 2. Rang ein. Diese Feststellung trifft insbesondere zum Zeitpunkt der Geburt zu, im Alter von 60 Jahren sind die Unterschiede deutlich geringer (0,1 Lebensjahre weniger im Elsass).

Pour les femmes :
comme pour les hommes l'espérance de vie alsacienne est relativement basse en comparaison de la valeur nationale (tout particulièrement à partir de 60 ans). Les femmes vivant en Alsace enregistrent néanmoins des espérances de vie nettement plus élevées que les habitantes du Bade-Wurtemberg et de Rhénanie-Palatinat. Comme pour les hommes, c'est dans ce dernier Land que l'espérance de vie est la plus courte.

Die Frauen:
Ähnlich wie bei den Männern ist die Lebenserwartung der Frauen im Elsass im Vergleich zum nationalen französischen Wert niedriger (insbesondere ab dem Alter von 60 Jahren). Elsässerinnen haben dennoch eine deutlich höhere Lebenserwartung als Frauen in Baden-Württemberg oder Rheinland-Pfalz. In diesem Bundesland ist - wie bereits für die Männer dargestellt - die Lebenserwartung am niedrigsten.

La mortalité dans la Vallée du Rhin Supérieur

En 1995-97, 38 000 décès de personnes domiciliées dans la Vallée du Rhin Supérieur ont été enregistrés en moyenne par année dont 14 400 décès en Alsace, 21 000 décès dans la zone d'étude du Bade et 2 600 décès dans la zone d'étude de Rhénanie-Palatinat (Palatinat du sud).

A présent, la majorité des décès (58,8 %) surviennent après 74 ans, alors que 10 % des décès concernent des personnes de moins de 55 ans. La situation reste cependant variable selon la région étudiée. En Alsace 11,7 % des décès touchent des moins de 55 ans contre seulement 9,5 % dans la zone d'étude du Bade et 9,2 % dans le Palatinat du sud. Ces différences entre régions restent néanmoins peu importantes par rapport aux différences entre les hommes et les femmes, pour lesquels respectivement 14,8 % et 6,2 % des décès surviennent avant 55 ans.

Sterblichkeit im Oberrheintal

Zwischen 1995 bis 1997 waren von den 38.000 Verstorbenen, die im Mittel jährlich unter den Bewohnern des Oberrheintals gezählt wurden, 14.000 Elsässer, 21.000 stammten aus dem badischen Berichtsregion und 2.600 Bewohner aus dem rheinland-pfälzischen Berichtsgebiet (Südpfalz).

Gegenwärtig betreffen die Mehrheit der Todesfälle (58,8 %) Personen im Alter über 74 Jahren, während 10 % der Todesfälle auf Personen unter 55 Jahren entfallen. Man kann jedoch regionale Unterschiede beobachten: Im Elsass betreffen 11,7 % der Todesfälle Personen unter 55 Jahren während in der badischen Berichtsregion lediglich 9,5 % der Verstorbenen und im Südpfalz 9,2 % jünger als 55 Jahre waren. Die regionalen Unterschiede sind jedoch vergleichsweise gering, wenn man dagegen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen vergleicht: Unter den männlichen Verstorbenen waren 14,8 % unter 55 Jahren, unter den weiblichen Todesfällen 6,2 %.

Nombre de décès dans la Vallée du Rhin Supérieur par sexe et par âge
Moyennes annuelles 1995-97

Todesfälle im Oberrheintal nach Geschlecht und Alter
Jahresmittelwerte 1995-97

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion		Palatinat du sud / Südpfalz		Ensemble de la Vallée du Rhin Supérieur / Oberrheintal insgesamt	
	Hommes / Männer	Femmes / Frauen	Hommes / Männer	Femmes / Frauen	Hommes / Männer	Femmes / Frauen	Hommes / Männer	Femmes / Frauen
< 15 ans / Jahre	84	59	95	70	7	9	187	138
15-34	271	87	293	115	32	11	596	213
35-54	818	359	953	466	116	66	1 887	891
55-74	2 920	1 489	4 039	2 460	542	324	7 501	4 272
75 ans ou plus / Jahre und mehr	3 063	5 241	4 302	8 248	530	983	7 896	14 472
	7 157	**7 235**	**9 682**	**11 359**	**1 227**	**1 392**	**18 066**	**19 987**

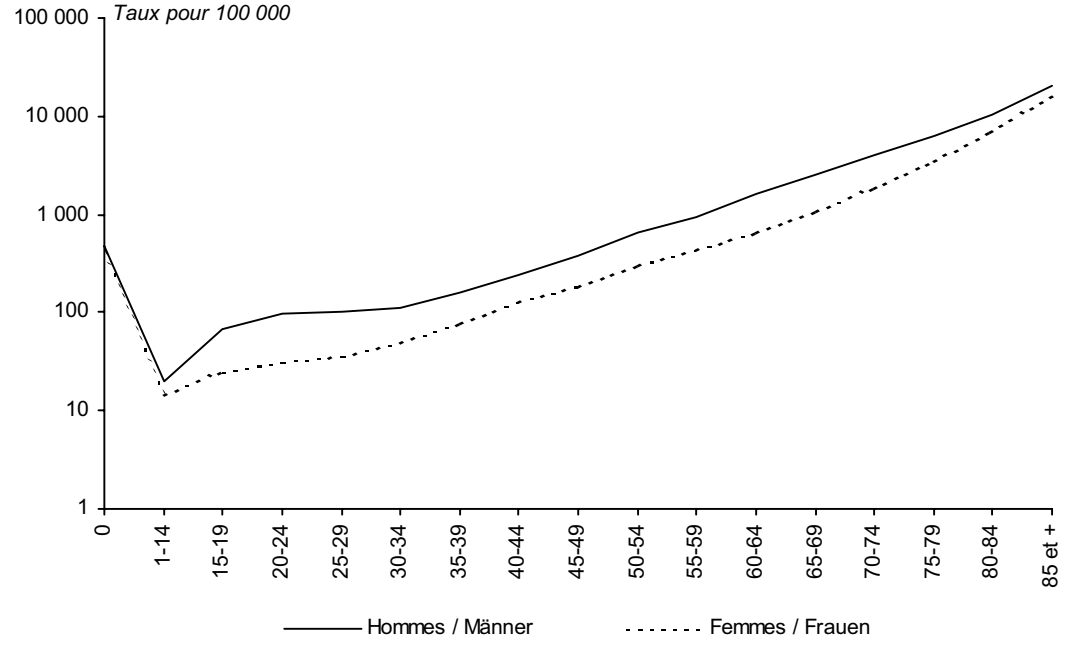
Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Si en Alsace les décès se partagent pour moitié entre les hommes et les femmes, dans les zones d'étude du Bade et de Rhénanie-Palatinat le nombre de décès féminins est sensiblement supérieur au nombre de décès masculins. Cette différence est liée en partie à la structure par âge des populations. Dans les zones allemandes de la Vallée du Rhin Supérieur, la population est plus âgée qu'en Alsace et plus féminisée aux grands âges, tranches d'âges où les taux de mortalité sont les plus élevés. La différence s'explique également par la surmortalité masculine (relativement à la mortalité féminine) plus marquée en France et en Alsace qu'en Allemagne.

Während im Elsass jeweils die Hälfte der Verstorbenen männlichen bzw. weiblichen Geschlechts waren, versterben im baden-württembergischen und rheinland-pfälzischen Berichtsgebiet deutlich mehr Frauen als Männer. Diese Unterschiede sind teilweise durch die Altersstruktur der untersuchten Bevölkerungsgruppen bedingt. In den deutschen Teilgebieten des Oberrheintals ist die Bevölkerung älter als im Elsass, sie hat einen höheren Anteil an Frauen im höheren Lebensalter, den Altersgruppen mit den höchsten Sterblichkeitsraten. Der Unterschied läßt sich auch durch die höhere Sterblichkeit der Männer (relativ zur Sterblichkeit der Frauen) in Frankreich und im Elsass verglichen mit Deutschland erklären.

Taux de mortalité selon l'âge
Taux pour 100 000 habitants - Vallée du Rhin Supérieur 1995-97

Sterblichkeit nach Altersgruppen
auf 100.000 Einwohner – Oberrheintal 1995-97



Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

La courbe des taux de mortalité selon l'âge corrige la notion commune selon laquelle le risque de décéder croît avec l'âge. Le taux de mortalité infantile (moins de un an) reste encore important, puisqu'un risque équivalent n'est à nouveau atteint que vers 50 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes.

Sterblichkeitsraten nach Altersgruppen korrigieren die Annahme, das Sterberisiko steige mit zunehmendem Alter. Dass die Säuglingssterblichkeit (vor Vollendung des 1. Lebensjahres) immer noch bedeutend ist, läßt sich daran erkennen, dass das Sterberisiko bei den Männern erst ab 50 Jahren und bei den Frauen ab 55 Jahren wieder etwa gleich hoch ist wie in der Säuglingsphase.

Passé le premier anniversaire, les taux de mortalité passent par un minimum entre 5 et 14 ans. Ils augmentent ensuite très nettement de 15 à 24 ans et poursuivent à partir de 30 ans une progression exponentielle.

Nach Vollendung des 1. Lebensjahres sinkt die Sterblichkeit im Alter zwischen 5 und 14 Jahren auf ein Minimum. Danach steigt sie im Alter von 15 bis 24 Jahren deutlich an und geht ab 30 Jahren in einen exponentiellen Anstieg über.

La surmortalité masculine (par rapport aux femmes) s'exprime dès la première année de vie, avec une mortalité infantile 1,2 fois plus importante pour les garçons que pour les filles. L'écart entre les deux sexes augmente ensuite jusqu'à 20-24 ans, âge auquel les hommes ont 3,1 fois plus de risque de décéder que les femmes. Si l'écart se réduit ensuite, les taux de mortalité masculins restent deux fois supérieurs aux taux féminins et ce jusqu'à 74 ans.

Die Übersterblichkeit der Männer (im Vergleich zu den Frauen) ist bereits im 1. Lebensjahr zu erkennen. Die Sterblichkeit ist unter den männlichen Säuglingen 1,2fach höher im Vergleich zu den Mädchen. Der Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern wird bis zum Alter von 20 bis 24 Jahren größer, in dieser Altersgruppe ist das Sterberisiko eines jungen Mannes 3,1fach höher als das der Frau. Auch wenn die Unterschiede danach geringer werden, bleiben die Sterblichkeitsraten für die Männer bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres doppelt so hoch wie diejenigen für die Frauen.

SURMORTALITE FEMININE DANS LE PALATINAT DU SUD, SURMORTALITE MASCULINE EN ALSACE ET DANS LE PALATINAT DU SUD

Entre 1988-90 et 1995-97, le nombre de décès n'a pratiquement pas évolué dans la Vallée du Rhin Supérieur, stabilité qui est due à la conjonction de deux phénomènes : le vieillissement de la population, qui tend à augmenter le nombre de décès, compensé par une diminution de la mortalité. Ainsi, pour les hommes comme pour les femmes, les taux comparatifs de mortalité - qui permettent d'éliminer les effets du vieillissement de la population* - sont

BEI DEN FRAUEN HÖHERE STERBLICHKEIT IN DER SÜDPFALZ, BEI DEN MÄNNERN IM ELSASS UND DER SÜDPFALZ

Die Anzahl der Todesfälle hat sich zwischen den Beobachtungszeiträumen 1988-1990 und 1995-1997 praktisch nicht verändert. Diese Konstanz kann auf das Zusammentreffen von zwei Phänomenen zurückgeführt werden: Der Alterungsprozess in der Bevölkerung mit einer höheren Zahl von Todesfällen, ausgeglichen durch eine geringere Sterblichkeit. Daher sinken sowohl bei den Männern wie bei den Frauen die altersstandardisierten Sterberaten (mit der direkten Altersstan-

en baisse entre 1988-90 et 1995-1997. Les évolutions sont tout à fait comparables entre les deux sexes, de l'ordre de - 13,5 % à - 14,0 % en Alsace et dans le Palatinat du sud, baisses légèrement plus rapides que dans le Bade-Wurtemberg (- 11,8 % pour les hommes, - 11,2 % pour les femmes).

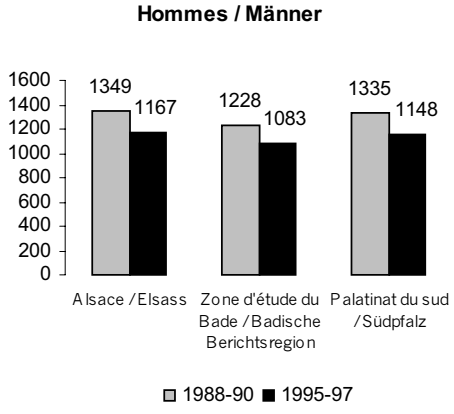
dardisierung können Auswirkungen des Alterungsprozesses in der Bevölkerung mathematisch ausgeschlossen werden)*, wenn man die beiden Zeiträume 1988-1990 und 1995-1997 miteinander vergleicht. Die Veränderungen liegen für beide Geschlechter im gleichen Bereich und bewegen sich zwischen -13,5 % und -14,0 % für das Elsass und die Südpfalz, die damit einen etwas stärkeren Rückgang aufweisen als Baden-Württemberg (-11,8 % bei den Männern, -11,2 % bei den Frauen).

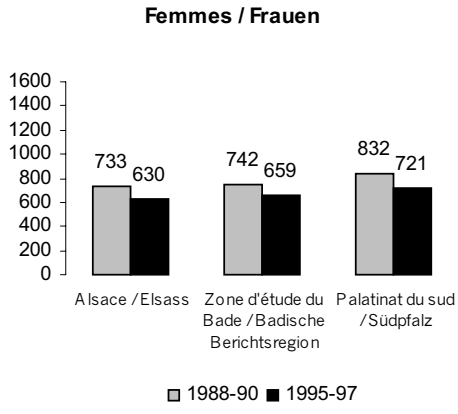
Cette baisse est tout à fait conséquente dans la mesure où l'on peut estimer que si la mortalité n'avait pas diminué depuis 1988-90, on aurait enregistré en 1995-97 43 424 décès et non 38 053 décès dans la Vallée du Rhin Supérieur. La baisse de la mortalité a permis "d'éviter" quelques 5 400 décès, dont 2 328 décès en Alsace, 2 633 dans l'ouest du Pays de Bade et 409 dans le Sud du Palatinat.

Dass die Sterblichkeit bedeutend zurückgegangen ist, läßt sich dann ermessen, wenn man die Anzahl der Sterbefälle schätzt, die im Zeitraum 1995-1997 zu erwarten gewesen wären, wenn die Sterbewahrscheinlichkeit seit 1988-1990 unverändert geblieben wäre: Statt 39.053 Sterbefällen wären im Oberrheintal 43.424 Todesfälle zu registrieren gewesen. Der Rückgang der Sterblichkeit hat ungefähr 5.400 Todesfälle „verhindert“, wovon 2.328 auf das Elsass, 2.633 auf den Westteil Badens und 409 auf die Südpfalz entfallen wären.

Taux comparatifs* de mortalité générale entre 1988-90 et 1995-97
Taux pour 100 000 habitants

Allgemeine Sterberaten* 1988-1990 und 1995-1997
auf 100.000 Einwohner





Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

Comme nous l'avons vu précédemment, dans l'ensemble des pays européens, l'espérance de vie des femmes dépasse nettement celle des hommes. Cette différence est bien entendu liée à une surmortalité masculine, que l'on retrouve dans la Vallée du Rhin Supérieur. Ainsi, le taux comparatif de mortalité masculin est de 60 % supérieur à l'indice féminin dans le sud du Palatinat et le Bade. En Alsace, comme d'une façon générale en France, l'écart est encore plus important, de l'ordre de 85 %.

Wie bereits gezeigt wurde, übersteigt in allen europäischen Ländern die Lebenserwartung der Frauen die der Männer deutlich. Dieser Unterschied ist verbunden mit einer Übersterblichkeit unter den Männern, die auch im Oberrheintal beobachtet werden kann. Daher liegt die Sterberate* der Männer in den deutschen Berichtsgebieten 60 % über der der Frauen. Im Elsass ist - wie allgemein in Frankreich - dieser Unterschied mit 85 % sogar noch ausgeprägter.

Pour les hommes, les taux comparatifs de mortalité générale sont très proches en Alsace et dans le sud du Palatinat. Le Bade présente, quant à lui, une situation plus favorable avec des taux inférieurs de près de 10 % à ceux des deux autres régions.

Bei den Männern unterscheiden sich die Sterbeziffern* im Elsass und der Südpfalz nur wenig. In der badischen Berichtsregion ist die Situation etwas günstiger, dort liegen die Raten etwa 10 % niedriger als in den beiden anderen Berichtsgebieten.

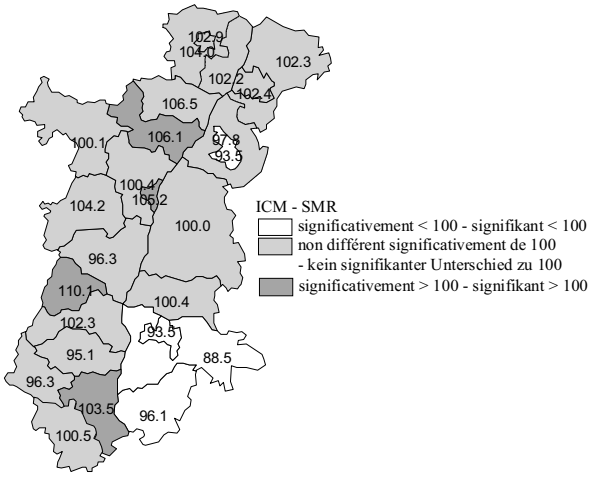
En ce qui concerne les femmes, les taux comparatifs de mortalité alsaciens et badois sont équivalents. Il sont en revanche significativement plus élevés dans le sud du Palatinat, (écart de 9 % avec la zone d'étude du Bade et de 14 % avec l'Alsace).

Für die Frauen liegen die Sterberaten* im Elsass und dem badischen Berichtsgebiet vergleichbar hoch. Sie sind jedoch bedeutsam höher in der Südpfalz (der Unterschied zur badischen Berichtsregion beträgt 9 % und 14 % zum Elsass).

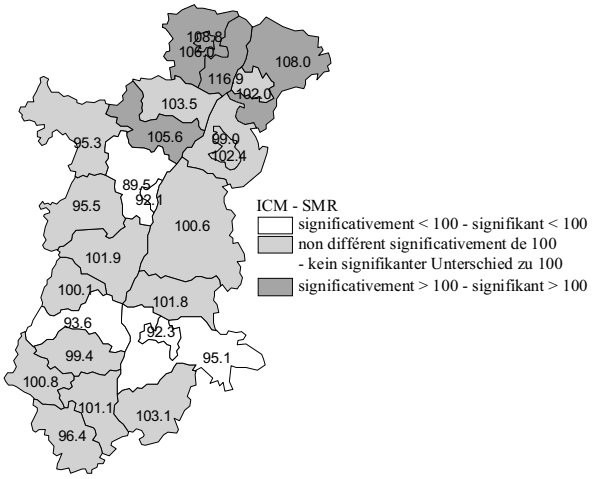
Indices comparatifs de mortalité générale dans la Vallée du Rhin Supérieur en 1995-97**
(ICM Zone d'étude = 100)

Allgemeine Sterblichkeitsrate im Oberrheintal 1995-1997**
(SMR, gesamte Berichtsregion = 100)

Hommes / Männer



Femmes / Frauen



Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

SOUS-MORTALITE MASCULINE DANS LE SUD DE LA ZONE BADOISE

Une analyse géographique plus fine montre qu'à structure d'âge équivalente, on mesure une sous-mortalité masculine dans les kreise du sud de la région badoise. Dans le reste de la Vallée du Rhin Supérieur, la mortalité masculine apparaît comme très homogène, à l'exception de quelques zones de surmortalité, toutes situées en Alsace.

En ce qui concerne les femmes, la zone de surmortalité observée au sud du Palatinat s'étend vers l'est dans le Landkreis de Karlsruhe (Karlsruhe – campagne). On observe en outre deux zones de sous mortalité féminine. La première s'étend de part et d'autre du Rhin à la hauteur de Colmar – Fribourg. La seconde est située en Alsace et regroupe les arrondissements de Strasbourg ville et Strasbourg campagne.

GERINGERE STERBLICHKEIT DER MÄNNER IN SÜDBADEN

Die genauere räumliche Analyse zeigt eine – bei gleichen Altersstrukturen – niedrigere Sterblichkeit unter der männlichen Bevölkerung in den südbadischen Kreisen des Berichtsgebiets. Im restlichen Oberrheintal erscheint die Sterblichkeit der Männer sehr einheitlich - mit Ausnahme einiger Gebiete mit einer höheren Sterblichkeit, die alle zum Elsass gehören.

Bei den Frauen erstreckt sich der Bereich mit einer höheren Sterblichkeit von der Südpfalz östlich bis zum Landkreis Karlsruhe. Ferner kann man zwei Gebiete mit niedrigeren Sterberaten unter der weiblichen Bevölkerung beobachten: eines liegt beiderseits des Rheins auf Höhe der Städte Colmar – Freiburg, das andere befindet sich im Elsass und umfasst den Stadt- und Landkreis Strasbourg.

Définitions

* **Le taux comparatif de mortalité** ou taux standardisé direct est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de référence européenne de l'OMS deux sexes confondus de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions.

** **L'indice comparatif de mortalité** (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux de l'ensemble de la Vallée du Rhin Supérieur (ICM Vallée du Rhin Supérieur = 100). Un test du chi² au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence entre le nombre de décès attendus et le nombre de décès observés est significative.

Definitionen

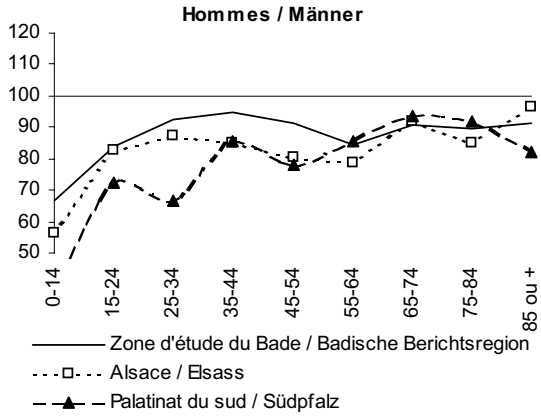
*** Die direkt altersstandardisierte Sterberate** ist definiert als die Sterberate, die man beobachten könnte, wenn die Altersstruktur der betrachteten Bevölkerung gleich wäre zu einer Referenz- oder Standardbevölkerung (hier: die Standardbevölkerung für Europa der WHO von 1990 für beide Geschlechter). Direkt altersstandardisierte Sterberaten kontrollieren mathematisch die Auswirkungen unterschiedlicher Altersstrukturen und ermöglichen damit Vergleiche über die Zeit, zwischen den Geschlechten und zwischen verschiedenen Regionen.

****Die indirekt standardisierte Sterblichkeitsrate** (SMR, standardized mortality ratio) ist der Quotient zur Basis 100 aus der Anzahl der beobachteten Todesfälle in einer Region zur Anzahl der erwarteten Todesfälle, unter der Annahme, dass die altersspezifische Sterberate einer Bevölkerungsgruppe gleich hoch ist wie die für die gesamte Bevölkerung (SMR für das Oberrheintal = 100). Ein Chi²-Test mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % wird berechnet, um festzustellen, ob Abweichungen zwischen der Anzahl der beobachteten und der Anzahl der erwarteten Fälle statistisch signifikant (überzufällig) sind.

EVOLUTION DE LA MORTALITE DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR

Evolution des taux de mortalité par sexe et âge quinquennal entre 1988-90 et 1995-97

*((Taux de mortalité 1995-97 / Taux de mortalité 1988-90) * 100)*



Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Une baisse des taux de mortalité à tous les âges

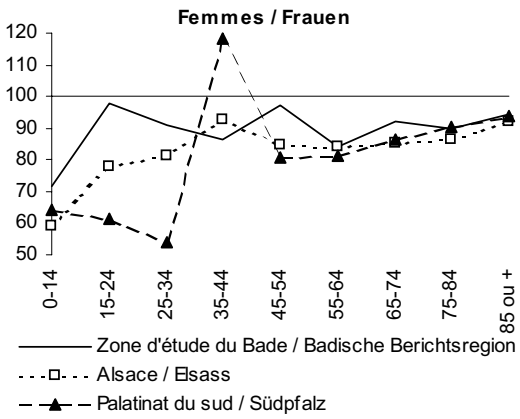
Dans les trois zones étudiées, la baisse de mortalité est observée quelle que soit la classe d'âge considérée (*l'augmentation pour les femmes de 35 à 44 ans dans le Palatinat n'est pas statistiquement significative)*.

Les diminutions les plus fortes semblent être mesurées aux âges jeunes. Mais étant donnés les effectifs concernés, ce sont toujours les améliorations aux grands âges qui pèsent le plus sur la diminution de la mortalité. On peut en effet estimer que sur les quelques 5 400 décès "évités" grâce à la baisse de la mortalité (Cf. ci-dessus) 340 concernent les moins de 35 ans (6 % des décès évités), contre 3 900 décès pour les 65 ans ou plus (73 %).

DIE STERBLICHKEIT IM OBERRHEINTAL IM ZEITVERGLEICH

Veränderung der Sterblichkeit nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97

*((Sterberate 1995-97 dividiert durch Sterberate 1988- 90)*100)*



Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

Rückgang der Sterbeziffern in allen Altersgruppen

In allen drei untersuchten Teilregionen des Berichtsgebiets kann der Rückgang der Sterblichkeit in allen Altersgruppen beobachtet werden *(der Anstieg für die 35- bis 44-jährigen Frauen der Südpfalz ist statistisch nicht bedeutsam).*

Der stärkste Rückgang kann anscheinend in den jüngeren Altersgruppen festgestellt werden. Betrachtet man jedoch die absoluten Sterbezahlen, so sind es nach wie vor die Verbesserungen in den hohen Altersgruppen, die am meisten zur Verringerung der Mortalität beitragen. Schätzungen gehen davon aus, dass von den etwa 5.400 Todesfällen, die dank der niedrigeren Sterblichkeit „vermieden" werden konnten (s. oben), 340 Fälle auf Personen unter 35 Jahren entfallen (6 % der „verhinderten" Todesfälle), dagegen 3.900 (73 %) zur Altersgruppe 65 Jahre und älter zählen.

GRANDES CAUSES DE DECES DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR

DIE WICHTIGSTEN TODESURSACHEN IM OBERRHEINTAL

Répartition des décès selon la cause dans la Vallée du Rhin Supérieur 1995-1997

Todesfälle nach Todesursachen im Oberrheintal 1995-1997

Causes de décès / Todesursachen	Hommes / Männer		Femmes / Frauen		Deux sexes / beide Geschlechter	
Maladies de l'appareil circulatoire / Krankheiten des Kreislaufsystems	6 594	*36,5%*	9 081	*45,4%*	15 674	*41,2%*
Tumeurs malignes / Bösartige Neubildungen	5 329	*29,5%*	4 394	*22,0%*	9 722	*25,5%*
Autres causes / andere Ursachen	1 402	*7,8%*	1 810	*9,1%*	3 212	*8,4%*
Maladies de l'appareil respiratoire / Krankheiten der Atmungsorgane	1 357	*7,5%*	1 361	*6,8%*	2 718	*7,1%*
Accidents et suicides / Unfälle und Selbstmord	1 234	*6,8%*	806	*4,0%*	2 040	*5,4%*
Maladies de l'appareil digestif / Krankheiten der Verdauungsorgane	1 029	*5,7%*	915	*4,6%*	1 945	*5,1%*
Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme, troubles imm. / Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Immunsystems	438	*2,4%*	765	*3,8%*	1 203	*3,2%*
Symptômes, signes et états morbides mal définis / Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	444	*2,5%*	607	*3,0%*	1 051	*2,8%*
Maladies infectieuses et parasitaires / Infektiöse und parasitäre Krankheiten	240	*1,3%*	248	*1,2%*	488	*1,3%*
Total toutes causes de décès / Todesursachen insgesamt	**18 066**	***100,0%***	**19 987**	***100,0%***	**38 053**	***100,0%***

Source/Quelle

INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

Une hiérarchie variable des causes de décès

Globalement, dans la Vallée du Rhin Supérieur, pour les hommes comme pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs malignes constituent les deux premières causes de décès. Elle sont à elles seules à l'origine de deux décès sur trois (66,7 %) au cours de la période 1995-97. Pour les femmes, quelle que soit la zone considérée, les maladies de l'appareil circulatoire prédominent nettement. Pour les hommes du Pays de Bade et du Palatinat du Sud la mortalité par affections cardio-vasculaires prédomine également, même si l'écart entre les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs malignes est nettement moins marqué que pour les femmes. En revanche, en Alsace, depuis maintenant une dizaine

Unterschiedliche Rangfolgen bei den Todesursachen

Insgesamt betrachtet, stellen die Krankheiten des Kreislaufsystems und die bösartigen Neubildungen sowohl bei Männern wie bei Frauen die bedeutendsten Todesursachen im Oberrheintal dar. Im Zeitraum von 1995-97 waren sie die Ursache bei zwei von drei Todesfällen (66,7 %). Bei den Frauen dominieren – unabhängig davon, welches Teilgebiet der Berichtsregion betrachtet wird – eindeutig die Krankheiten des Kreislaufsystems. Dies trifft ebenfalls für die Männer der badischen und südpfälzischen Berichtsregion zu, auch wenn der Unterschied zwischen den Herz-Kreislauf-Krankheiten und den bösartigen Neubildungen bei ihnen weniger stark ausgeprägt ist wie für die weibliche Bevölkerung. Dagegen übertrifft im Elsass seit nunmehr etwa

d'années, le nombre de décès masculins attribuables aux tumeurs malignes (2 316 décès annuels) dépasse le nombre de décès attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire (2 138).

Suivent les maladies de l'appareil respiratoire, qui constituent aussi bien pour les hommes que pour les femmes, la troisième cause de décès et ce, quelle que soit la sous-région considérée.

Dans les régions allemandes, les maladies de l'appareil digestif apparaissent en quatrième position, alors qu'en Alsace, les accidents et suicides sont plus fréquents.

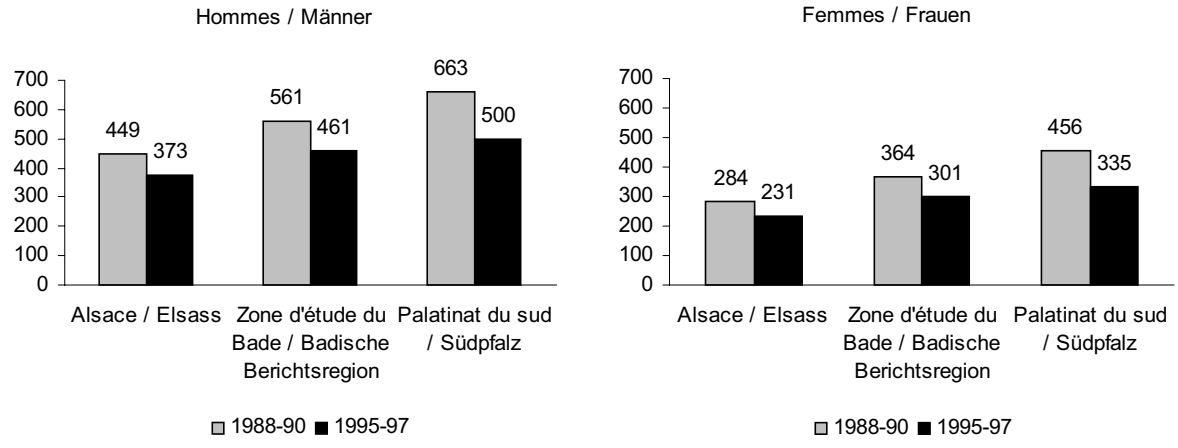
10 Jahren die Anzahl der männlichen Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen (2.316 Fälle jährlich) die der Sterbefälle wegen Krankheiten des Kreislaufsystems (2.138).

An dritter Stelle folgen bei Männern wie bei Frauen die Krankheiten der Atmungsorgane unabhängig von der betrachteten Teilregion.

In den deutschen Berichtsgebieten folgen die Krankheiten der Verdauungsorgane an vierter Stelle, dagegen sind im Elsass die Unfälle und Selbstmorde häufiger.

Evolution des taux comparatifs de mortalité* par affections cardio-vasculaires selon le sexe entre 1988-90 et 1995-97
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit* aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht im Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

Une mortalité par affections cardio-vasculaires nettement plus élevée dans les régions allemandes...

Les maladies de l'appareil circulatoire, à l'origine chaque année de 9 081 décès féminins et de 6 594 décès masculins dans la Vallée du Rhin Supérieur, constituent la première cause de décès chez les femmes et chez les hommes. Il s'agit principalement de cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde...) et de maladies vasculaires cérébrales.

Pour chacun des sexes, les taux comparatifs de mortalité (voir définitions page 36) ont diminué très rapidement entre 1988-90 et 1995-97, poursuivant ainsi une tendance déjà observée durant les années 80. La diminution est de l'ordre de –18 % dans la zone d'étude du Bade et en Alsace, alors qu'elle atteint –25 % pour le Palatinat du sud. Malgré une évolution particulièrement favorable cette dernière sous-région de la Vallée du Rhin Supérieur reste celle qui enregistre les taux de mortalité les plus élevés. Les écarts sont particulièrement importants puisque, comparativement à l'Alsace, la zone d'étude du Bade et le Sud du Palatinat enregistrent respectivement des surmortalités de 24 % et 34 % pour les hommes, 30 % et 45 % pour les femmes.

Comme les taux comparatifs, le nombre de décès a diminué, mais à un rythme moins soutenu, en raison du vieillissement de la population.

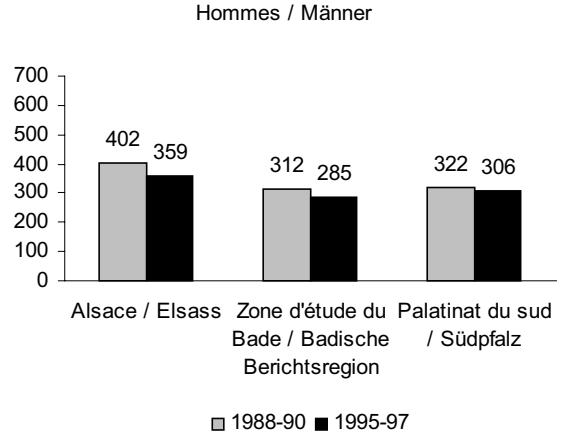
Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den deutschen Berichtsgebieten deutlich höher...

Krankheiten des Kreislaufsystems stellen mit jährlich 9.081 weiblichen und 6.594 männlichen Sterbefällen im Oberrheintal die häufigste Todesursache bei beiden Geschlechtern dar. Eine besonders bedeutende Rolle spielen dabei die ischämischen Herzkrankheiten (Herzinfarkt...) und die Krankheiten des zerebrovaskulären Systems.

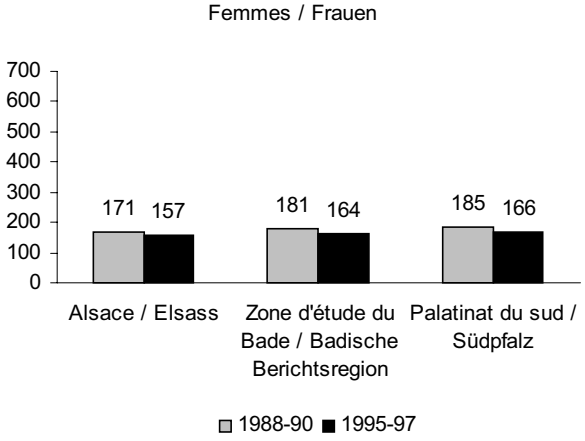
Bei beiden Geschlechtern ist die altersstandardiserte Sterberate (siehe Definitionen Seite 36) sehr schnell zwischen 1988-90 und 1995-97 gesunken, damit wurde die bereits in den 80er Jahren beobachtete Entwicklung fortgesetzt. Das Ausmaß des Rückgangs liegt in der badischen und elsässischen Berichtsregion bei -18 %, in der Südpfalz sogar bei –25 %. Trotz der besonders günstigen Entwicklung bleibt die Südpfalz immer noch die Teilregion des Oberrheintals mit den höchsten Sterberaten. Die Unterschiede sind insofern besonders bedeutend, als das badische Berichtsgebiet und die Südpfalz bei den Männern eine um 24 % bzw. 34 % höhere Sterberate, bei den Frauen eine um 30 % bzw. 45 % höhere Mortalität verglichen mit dem Elsass aufweisen.

Ähnlich wie die Sterberaten ist auch die absolute Anzahl der Sterbefälle zurückgegangen, wenn auch wegen des zunehmenden Alterungsprozesses der Bevölkerung weniger stark.

Evolution des taux comparatifs* de mortalité par tumeurs malignes selon le sexe entre 1988-90 et 1995-97
(Taux pour 100 000 habitants)



Sterblichkeit* aufgrund von bösartigen Neubildungen nach Geschlecht im Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

... alors que la mortalité par tumeurs est plus importante en Alsace

Chaque année, 5 329 hommes et 4 394 femmes décèdent d'une tumeur maligne dans la Vallée du Rhin Supérieur (moyennes annuelles entre 1995 et 1997). Les tumeurs les plus fréquentes sont celles des bronches et du poumon pour les hommes, celle du sein pour les femmes.

Selon le sexe et la sous-région considéré, le nombre de décès a augmenté de 1 à 5 % en l'espace de 7 ans, évolution qui est exclusivement liée au vieillissement de la population. En effet, le calcul des taux comparatifs de mortalité, montre qu'à structure par âge égale, la mortalité a diminué entre 1988-90 et 1995-97 (diminution de – 5 % à -10 % selon le sexe et la région).

Entre 1995 et 1997, la mortalité masculine alsacienne dépasse de 26 % celle mesurée dans la zone d'étude du Bade et de 17 % celle mesurée dans le Palatinat du sud. Inversement, l'Alsace enregistre la

… dagegen ist die Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Neubildungen im Elsass höher

Jährlich sterben im Oberrheintal 5.329 Männer und 4.394 Frauen an bösartigen Neubildungen (jährliches Mittel für die Jahre 1995 bis 1997). Am häufigsten sind bei den Männern Lunge und Bronchien, bei den Frauen die Brustdrüse von Krebserkrankungen betroffen.

Je nach Geschlecht und Teilgebiet der Berichtsregion hat sich die Anzahl der Todesfälle innerhalb von sieben Jahren zwischen 1 und 5 % erhöht. Diese Entwicklung ist allein auf den Alterungsprozess der Bevölkerung zurückzuführen. Daher weisen die altersstandardisierten Sterberaten* auf einen Rückgang der Sterblichkeit im Zeitraum von 1988-90 bis 1995-97 hin (je nach Geschlecht und Teilgebiet beträgt der Rückgang zwischen –5 % und –10 %).

Im Zeitraum von 1995 bis 1997 ist die Sterblichkeit der Männer im Elsass um 26 % höher als in Baden und um 17 % höher als in der Südpfalz. Umgekehrt beobachtet man im Elsass eine niedrigere Sterblichkeit unter den

mortalité féminine la plus faible, avec néanmoins des écarts entre les trois sous-régions nettement moins marqués que chez les hommes.

Des causes de décès très variables selon l'âge

La figure ci-dessous, qui présente la répartition des causes des décès pour chaque tranche d'âge, peut être trompeuse. A sa lecture, il ne faut pas oublier que le nombre de décès augmente avec l'âge. Les 311 décès qui concernent annuellement des personnes de 15 à 19 ans, occupent sur ce graphique une superficie aussi importante que les 11 850 décès de personnes de 85 ans ou plus (Vallée du Rhin Supérieur, moyenne annuelle 1995-97). Ainsi la mortalité par accident, qui apparaît comme particulièrement importante sur cette représentation, intervient chez des personnes jeunes, à des tranches d'âge où les décès restent rares. Comparativement, les décès par maladies de l'appareil digestif qui surviennent à des âges plus avancés, sont plus nombreux, bien qu'ils occupent une surface moins importante sur la figure.

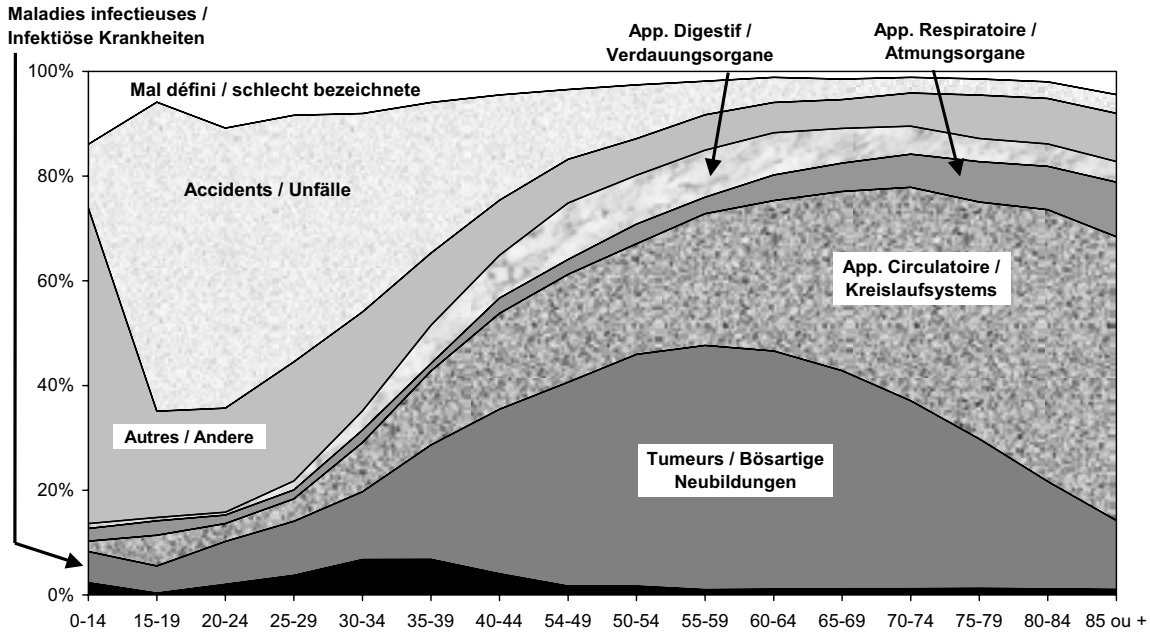
Frauen, jedoch sind Unterschiede zwischen den drei Berichtsgebieten geringer als bei den Männern.

Todesursachen hängen stark vom Alter ab

Bei der Darstellung des Anteils, den einzelne Todesursachengruppen in Abhängigkeit vom Alter ausmachen, ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Todesfälle mit zunehmendem Alter steigt. Die jährlich 311 Todesfälle in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen nehmen in dieser Abbildung dieselbe Fläche ein wie die 11.850 Todesfälle unter den 85-Jährigen und älteren (mittlerer Jahreswert 1995-97 für das Oberrheintal). Gleichermaßen betrifft die Unfallsterblichkeit, die in dieser Darstellung als besonders bedeutend erscheint, junge Leute in einem Alter, in dem Todesfälle selten sind. Im Vergleich dazu sind Sterbefälle aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane, die erst im höheren Alter auftreten, zahlreicher, obwohl sie in der Abbildung eine kleinere Fläche belegen.

Répartition des principales causes de décès selon l'âge dans la Vallée du Rhin Supérieur 1995-97 (en %)

Die wichtigsten Todesursachen nach Altersgruppen im Oberrheintal 1995-97 in %



Les causes de décès varient considérablement selon l'âge considéré. La majorité des décès de la tranche d'âge 0-14 ans, survient au cours de la première année de vie (pour plus de détail cf. chapitre 4). Jusqu'à 29 ans, les accidents prédominent. Ils sont à l'origine de plus de la moitié des décès entre 15 et 24 ans et de 47 % des décès entre 25 et 29 ans. Les tumeurs constituent à partir de 35 ans la première cause de mortalité. Entre 55 et 59 ans, elles sont à l'origine de près de la moitié des décès. Si la proportion de décès attribuable aux tumeurs commence à décroître au-delà de 60 ans, ce n'est qu'à compter de 70 ans que les maladies de l'appareil circulatoire prédominent.

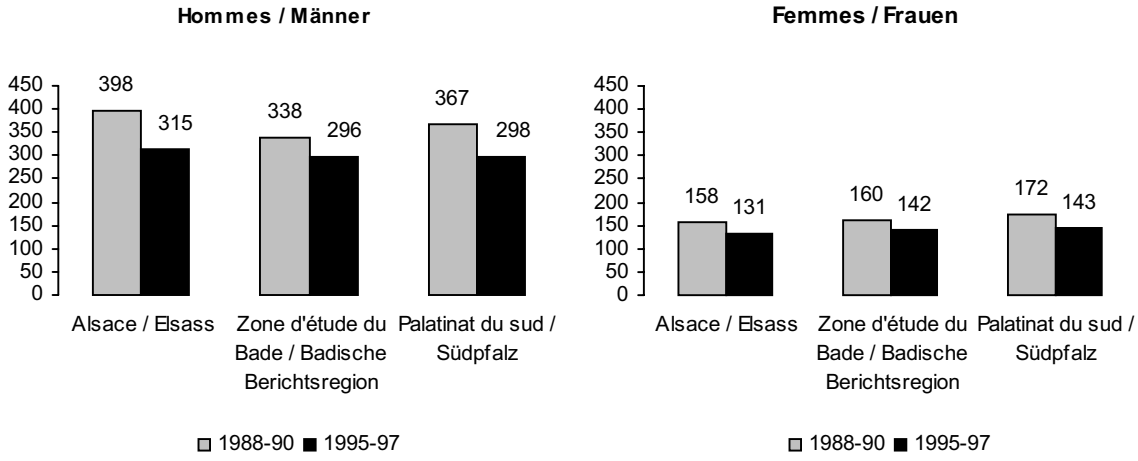
Todesursachen verändern sich in Abhängigkeit vom betrachteten Alter. Die Mehrzahl der Todesfälle in der Altersgruppe bis 14 Jahre geschieht im ersten Lebensjahr (weitere einzelheiten siehe Kapitel 4). Bis zum Alter von 29 Jahren dominieren die Unfälle. Sie sind die Ursache für mehr als die Hälfte der Sterbefälle in der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren und für 47 % der Verstorbenen im Alter zwischen 25 und 29 Jahren. Ab 35 Jahren nehmen die bösartigen Neubildungen den 1. Platz ein. Bei den 55- bis 59-Jährigen sind sie die Ursache für fast die Hälfte aller Todesfälle. Dass der Anteil der Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen ab 60 Jahren zurückgeht, ist lediglich auf die zunehmende Bedeutung der Herz-Kreislauf-Krankheiten nach Vollendung des 70. Lebensjahres zurückzuführen.

MORTALITE PREMATUREE DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR

VORZEITIGE STERBLICHKEIT IM OBERRHEINTAL

Taux comparatifs de mortalité* prématurée entre 1988-90 et 1995-97
(Taux pour 100 000 habitants)

Vorzeitige Sterblichkeit* im Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE - Statistische Landesämter Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

Une mortalité prématurée masculine plus élevée en Alsace

Du fait de l'allongement de la durée de la vie, l'analyse de la mortalité générale est de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges. Pour évaluer les progrès que l'on est en droit d'attendre du point de vue de l'amélioration de l'état de santé, il est préférable de s'intéresser à la mortalité prématurée, correspondant aux décès survenant avant 65 ans, ainsi qu'à la notion de décès évitables.

Entre 1995 et 1997, on dénombre chaque année 7 989 décès prématurés (touchant des personnes de moins de 65 ans) dans la zone d'étude de la Vallée du Rhin Supérieur. 1 décès sur 5 est prématuré, la proportion est nettement plus élevée pour les hommes (30 %) que pour les femmes (12 %).

Pour les hommes comme pour les femmes, à structure par âge comparable, les taux comparatifs de

Eine höhere vorzeitige Sterblichkeit unter den Männern im Elsass

Wegen der längeren Lebensdauer spiegelt die Betrachtung der allgemeinen Sterblichkeit zunehmend die Sterblichkeit im hohen Lebensalter wider. Will man eine zu erwartende Verbesserung der gesundheitlichen Situation in der Bevölkerung erfassen, so sind vorzugsweise die vorzeitigen Sterbefälle, sie entsprechen den Todesfällen vor Vollendung des 65. Lebensjahres, sowie die vermeidbaren Sterbefälle zu betrachten.

Zwischen 1995 und 1997 wurden jährlich 7.989 vorzeitige Todesfälle in der Berichtsregion des Oberrheintals gezählt (Verstorbene im Alter unter 65 Jahren). Damit ist einer von fünf Todesfällen vorzeitig, wobei der Anteil unter den Männern mit 30 % höher ist als unter den Frauen (12 %).

Sowohl bei den Männern wie bei Frauen zeigen die altersstandardisierten Sterberaten*, dass die vorzeitige Sterb-

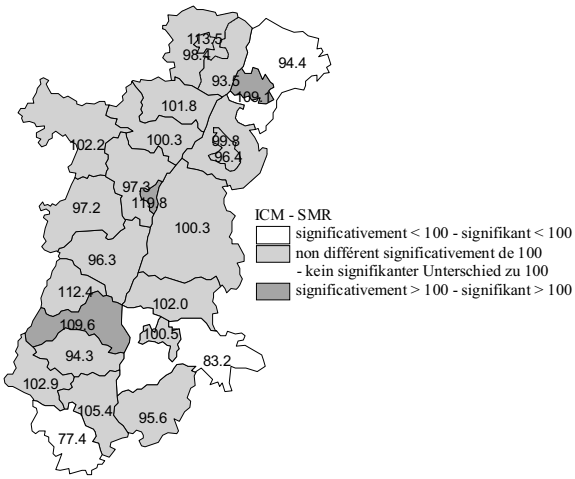
mortalité prématurée sont en baisse entre 1988-90 et 1995-1997 dans les 3 régions.

Pour les hommes, bien que l'écart de mortalité entre les 3 régions se soit atténué entre 1988-1990 et 1995-1997, la mortalité prématurée est toujours significativement plus élevée en Alsace que dans la zone d'étude du Bade.

En ce qui concerne les femmes, on mesure à l'inverse une sous-mortalité en Alsace en 1995-1997. Les deux régions allemandes présentent des taux très proches.

Indices comparatifs de mortalité prématurée dans la vallée du Rhin Supérieur en 1995-97**
(ICM Zone d'étude = 100)

Hommes / Männer

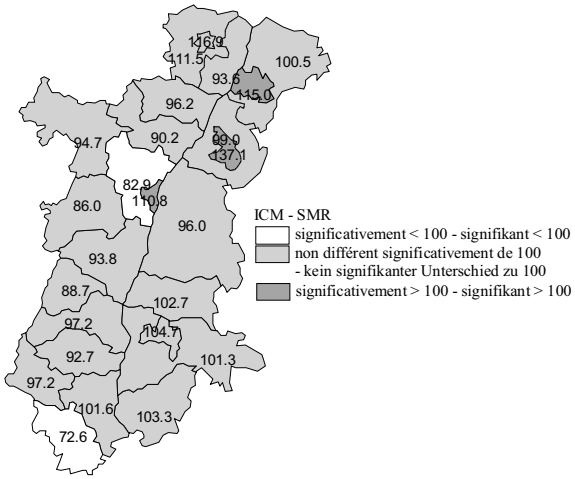


Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Une analyse géographique plus fine montre qu'à structure d'âge équivalente, la mortalité prématurée est plus élevée pour les hommes dans les zones urbaines de Strasbourg et de Karlsruhe (Stadtkreis). Elle est également significativement supérieure à la moyenne dans l'arrondissement de Colmar. Les 3 zones de sousmortalité masculine sont : les Kreise de Breisgau-Hochschwarz-

Vorzeitige Sterblichkeit 1995-97 im Oberrheintal**
(SMR, gesamte Berichtsregion = 100)

Femmes / Frauen



Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

lichkeit in allen drei Berichtsregionen zwischen 1988-90 und 1995-97 zurückgegangen ist.

Obwohl bei den **Männern** die Unterschiede zwischen den drei Berichtsregionen von 1988-90 bis 1995-97 geringer geworden sind, ist die vorzeitige Sterblichkeit im Elsass immer noch bedeutend höher als auf der badischen Seite.

Umgekehrt kann man 1995-97 bei den **Frauen** aus dem Elsass eine niedrigere Sterblichkeit beobachten. Die Sterberaten der beiden deutschen Berichtsregionen sind sehr ähnlich.

Die genauere räumliche Analyse zeigt – bei gleichen Altersstrukturen – eine höhere vorzeitige Sterblichkeit unter der männlichen Bevölkerung in den Städten Strasbourg und Karlsruhe. Hier ist die vorzeitige Sterblichkeit sogar signifikant höher als im „arrondissement" Colmar. In den badischen Landkreisen Breisgau-Hochschwarzwald und Karlsruhe sowie im oberelsässischen „arrondissement" Altkirch

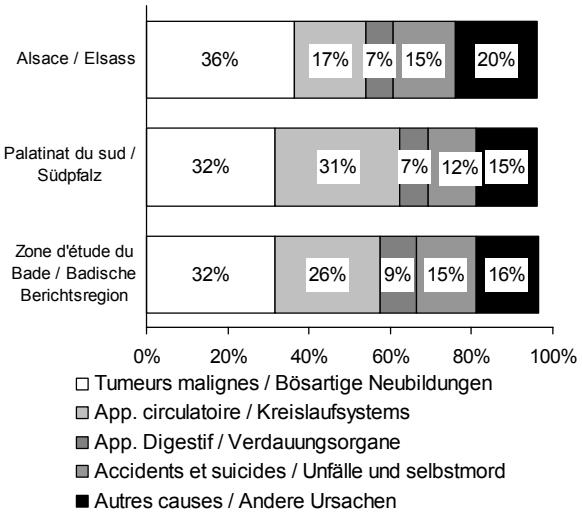
wald, et de Karlsruhe – « campagne » (Landkreis) dans le Bade, et l'arrondissement d'Altkirch dans le Haut-Rhin.

En ce qui concerne les femmes, on mesure, là encore, une surmortalité prématurée dans les villes de Strasbourg et Karlsruhe. Le Stadtkreis (arrondissement urbain) de Baden-Baden apparaît également comme un territoire de forte mortalité. On observe en outre deux zones de sous-mortalité féminine : les arrondissements d'Altkirch et de Strasbourg campagne.

ist die vorzeitige Sterblichkeit unter den Männern besonders niedrig.

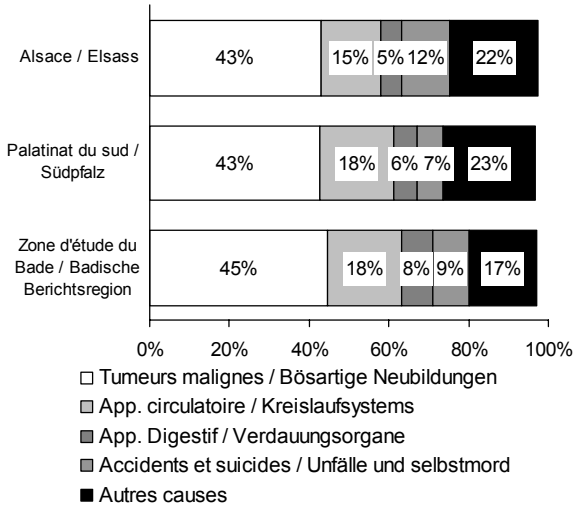
Unter der weiblichen Bevölkerung muss man ebenfalls in den Städten Strasbourg und Karlsruhe eine höhere vorzeitige Sterblichkeit feststellen. Darüber hinaus fällt der Stadtkreis Baden-Baden durch hohe Werte auf. Im „arrondissement" Altkirch sowie im „Landkreis" Strasbourg ist die vorzeitige Sterblichkeit besonders niedrig.

Poids des grandes causes de mortalité avant 65 ans en 1995-97



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Die wichtigsten Todesursachen vor Vollendung des 65. Lebensjahres 1995-97



Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Poids plus faible des maladies de l'appareil circulatoire en Alsace chez les hommes

En ce qui concerne les hommes : l'Alsace se distingue des deux régions allemandes par un poids moindre des maladies de l'appareil circulatoire dans la mortalité prématurée et par un poids plus important des tumeurs.

Geringere vorzeitige Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems bei den Männern im Elsass

Betrachtet man die **männliche Bevölkerung**, so unterscheidet sich das Elsass von den beiden deutschen Berichtsregionen durch eine geringere vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems und eine höhere vorzeitige Sterblichkeit wegen bösartiger Neubildungen.

Les décès prématurés féminins, moins nombreux que ceux des hommes, sont plus souvent dus à des tumeurs malignes. Les maladies de l'appareil circulatoire ont un poids plus faible chez les femmes. Contrairement à ce qu'on observe pour les hommes, la répartition par cause de décès est très proche dans les 3 régions de la Vallée du Rhin Supérieur.

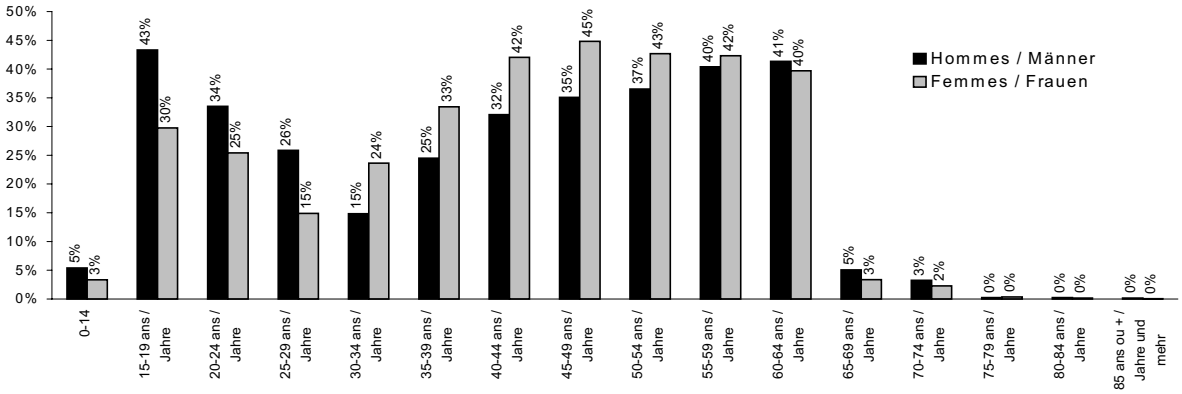
Die vorzeitigen Sterbefälle unter den **Frauen** sind in der Zahl geringer und gehen häufiger auf bösartige Neubildungen zurück. Krankheiten des Kreislaufsystems sind unter den Frauen seltener. Im Unterschied zur männlichen Bevölkerung ist ihnen die Aufteilung der Todesfälle auf die Todesursachen zwischen den drei Berichtsregionen im Oberrheintal sehr ähnlich.

MORTALITE EVITABLE DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR

VERMEIDBARE STERBEFÄLLE IM OBERRHEINTAL

Part des décès évitables (en %) dans la mortalité selon le sexe et l'âge
Alsace et zone d'étude du Bade 1995-97

Anteil der vermeidbaren Sterbefälle am Sterbegeschehen (in %) nach Alter und Geschlecht
Elsass und badische Berichtsregion 1995-97



Source/Quelle
INSEE - Statistische Landesämter Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme potentiellement "évitables", c'est à dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient entraîner que peu de décès tout particulièrement avant 65 ans.

Einige Todesursachen unter den vorzeitigen Sterbefällen können als potentiell „vermeidbar" betrachtet werden, d.h. in Anbetracht des aktuellen medizinischen Wissens und den Möglichkeiten der medizinischen Versorgung(ssysteme), sollten nur sehr wenige dieser Todesfälle insbesondere im Alter unter 65 Jahren auftreten.

Causes de décès évitables :

Les décès considérés ici comme évitables sont les décès par :

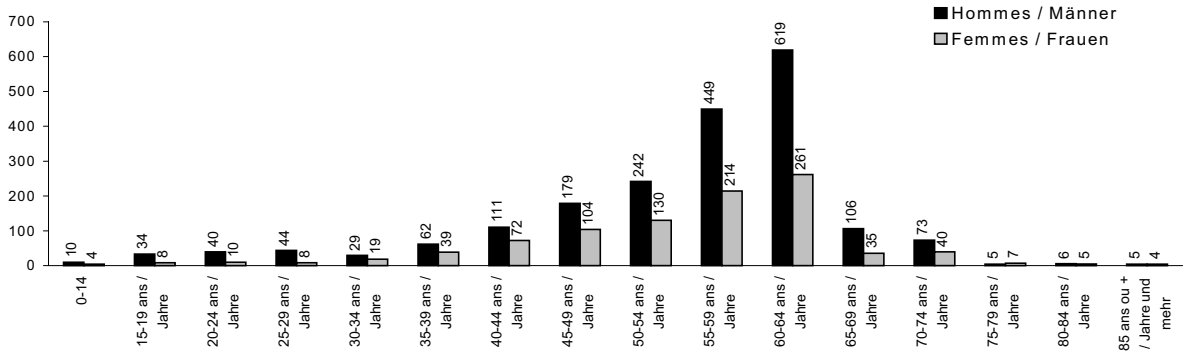
- *Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon entre 1 et 64 ans (CIM 9 - 162)*
- *Tumeur maligne du sein chez la femme entre 25 et 64 ans (CIM 9 - 174)*
- *Tumeur maligne du col de l'utérus entre 15 et 64 ans (CIM 9 - 180)*
- *Cardiopathies rhumatismales chroniques entre 1 et 44 ans (CIM 9 - 393 à 398)*
- *Maladies hypertensives et MVC entre 35 et 64 ans (CIM 9 – 401 à 405 & 430 à 438)*
- *Cardiopathies ischémiques entre 35 et 64 ans (CIM 9 – 410 à 414)*
- *Asthme entre 1 et 44 ans (CIM 9 - 493)*
- *Ulcère digestif entre 25 et 64 ans (CIM 9 – 531 à 534)*
- *Maladies chroniques et cirrhose du foie entre 15 et 74 ans (CIM 9 - 571)*
- *Accidents de la circulation à véhicule à moteur tous âges (CIM 9 - E810 à E825)*

Vermeidbare Sterbefälle:

- *Bösartige Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und Lunge zwischen 1 und 64 Jahren (ICD9 162)*
- *Brustkrebs der Frau zwischen 25 und 64 Jahren (ICD9 174)*
- *Bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses zwischen 15 und 64 Jahren (ICD9 180)*
- *Chronisch-rheumatische Herzkrankheiten zwischen 1 und 44 Jahren (ICD9 393 - 398)*
- *Bluthochdruck und Schlaganfall zwischen 35 und 64 Jahren (ICD9 401 - 405 & 430 - 438)*
- *Koronare Herzkrankheiten zwischen 35 und 64 Jahren (ICD9 410 - 414)*
- *Asthma im Alter zwischen 1 und 44 Jahren (ICD9 493)*
- *Magen- und Duodenalgeschwüre zwischen 25 und 64 Jahren (ICD9 531 - 534)*
- *Chronische Leberkrankheit und Zirrhose zwischen 15 und 74 Jahren (ICD9 571)*
- *Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und ausserhalb des Verkehrs alle Altersgruppen (ICD9 E810 - E825).*

Nombre de décès évitables dans la mortalité selon le sexe et l'âge
Alsace et zone d'étude du Bade 1995-97

Anzahl der jährlich vermeidbaren Sterbefälle nach Alter und Geschlecht
Elsass und badische Berichtsregion 1995-97



Source/Quelle
INSEE - Statistische Landesämter Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

Selon les critères utilisés dans le cadre de recherches menées au niveau européen (voir encadré) on estime qu'en Alsace et dans la zone d'étude du Bade 2 975 décès étaient potentiellement évitables (moyenne annuelle entre 1995 et 1997), soit 8,4 % de l'ensemble des décès. Cette mortalité évitable concerne avant tout les hommes, pour lesquels, 2 013 (12,0 %) décès sont "évitables", contre 962 (5,2 %) des décès féminins.

Legt man die Kriterien zugrunde, die in europäischen Untersuchungen verwendet werden (s. Kasten), so kann man schätzen, dass im Elsass und der baden-württembergischen Berichtsregion im Zeitraum von 1995-97 jährlich 2.975 Todesfälle potentiell vermeidbar gewesen wären, das entspricht 8,4 % aller Todesfälle. Die vermeidbaren Sterbefälle betreffen vor allem die Männer, bei ihnen sind 2.013 (12,0 %) „vermeidbar“ gegenüber 962 (5,2 %) bei den Frauen.

Quel que soit le sexe considéré, la part des décès évitables varie sensiblement avec l'âge. Si avant 15 ans, moins d'un décès sur 20 est considéré comme évitable, dès 15-19 ans, près de la moitié des décès masculins et un tiers des décès féminins le sont. Il s'agit essentiellement de décès liés à des accidents et dans une moindre mesure à des suicides. La proportion de décès évitables diminue ensuite pour augmenter à nouveau à partir de 30-34 ans pour les femmes et de 35-39 ans pour les hommes. De 45 ans à 64 ans cette proportion se situe entre 35 et 45 %, et ce pour chaque sexe. La chute des chiffres après 65 ans est liée à la définition utilisée ici : selon les travaux européens servant de base à cette analyse, seuls les décès par accidents de la circulation (tous âges) et par maladies chroniques et cirrhose du foie (entre 15 et 74 ans) sont considérés comme évitables au-delà de 65 ans.

Unabhängig vom Geschlecht verändert sich der Anteil der vermeidbaren Sterbefälle an allen Todesfällen stark mit dem Alter. Im Alter unter 15 Jahren gilt weniger als ein Todesfall von 20 als vermeidbar, im Alter zwischen 15 und 19 Jahren wird fast die Hälfte der Todesfälle unter den Männern und ein Drittel unter den Frauen dazu gezählt. Es handelt sich dabei in erster Linie um Todesfälle aufgrund von Unfällen und in geringerem Maß um Selbstmorde. Vermeidbare Todesfälle machen in den folgenden Altersgruppen einen geringeren Anteil aus, ihre Bedeutung steigt jedoch bei den Frauen ab der Altersgruppe 30-34 Jahre, bei den Männern ab 35-39 Jahren wieder an. Zwischen 45 und 64 Jahren macht ihr Anteil bei beiden Geschlechtern zwischen 35 und 45 % aus. Der Rückgang ab 65 Jahren hängt mit der hierbei verwendeten Definition zusammen. Die europäischen Arbeiten, die dieser Analyse zugrunde liegen, nennen nur Todesfälle im Alter ab 65 Jahren als vermeidbar, wenn sie auf einen Kfz-Unfall (in allen Altersgruppen) bzw. eine chronische Leberkrankheit und –zirrhose (zwischen 15 und 74 Jahren) zurückzuführen sind.

Si l'on considère non plus la proportion mais le nombre de ces décès évitables, on constate que ceux-ci restent relativement rares avant 35 ans pour augmenter ensuite rapidement et atteindre un maximum entre 60 et 64 ans. La chute du nombre de décès considérés comme évitables à partir de 65 ans est ici aussi liée aux définitions retenues

Betrachtet man die absolute Anzahl vermeidbarer Todesfälle anstelle ihres Anteils an der Sterblichkeit, so ist festzustellen, dass vermeidbare Sterbefälle unter 35 Jahren relativ selten sind, anschließend stark ansteigen und in der Altersgruppe von 60-64 Jahren ein Maximum erreichen. Auch hier hängt der Rückgang in der Anzahl der als vermeidbar eingestuften Todesfälle ab 65

dans cette analyse.

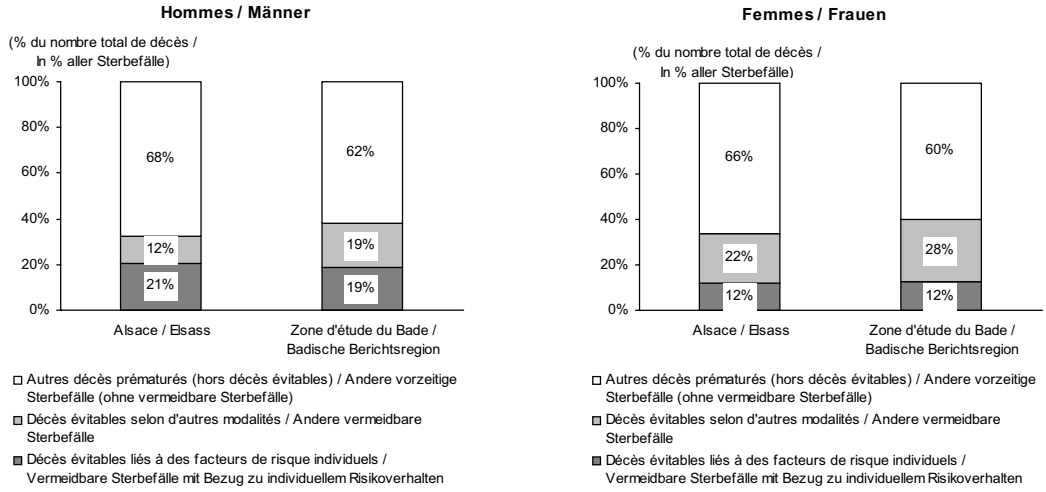
Enfin, on ne peut que souligner une fois de plus l'écart très important entre mortalité évitable féminine et masculine. Quelle que soit la tranche d'âge, exception faite des 0-14 ans, le nombre de décès évitables masculins est deux à trois fois supérieur au nombre de décès évitables féminins.

Jahren mit den hierfür verwendeten Definitionen zusammen.

Schließlich ist nochmals auf die großen geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den vermeidbaren Sterbefällen hinzuweisen. Unabhängig von der Altersgruppe – mit Ausnahme der unter 15-Jährigen – ist die Anzahl der vermeidbaren Sterbefälle bei Männern zwei- bis dreimal höher als die entsprechende Anzahl bei den Frauen.

Part des décès évitables dans la mortalité prématurée en 1995-97

Anteil der vermeidbaren Sterbefälle an der vorzeitigen Sterblichkeit 1995-97



Source/Quelle
INSEE - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

La diminution de la mortalité évitable passe par des modalités d'action différentes selon le sexe

Les travaux cités précédemment classent les décès "évitables" en deux groupes selon les modalités d'action capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risque individuels, par exemple décès par cancer du poumon, alcoolisme ou encore accidents de la circulation. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le

Vermeidbare Sterbefälle können durch geschlechtsspezifische Maßnahmen vorgebeugt werden

Die oben genannten Arbeiten klassifizieren vermeidbare Sterbefälle in zwei Gruppen nach den Möglichkeiten, sie zu verhindern. Die erste Gruppe unterscheidet Todesursachen, die im wesentlichen hätten vermieden werden können durch die Beeinflussung von individuellen Risikofaktoren, wie Todesfälle aufgrund von Lungenkrebs, Alkoholismus sowie Straßenverkehrsunfällen. Die zweite Gruppe umfaßt Todesfälle, die primär durch eine bessere Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten (einschließlich Früherkennungs-/Vorsorgemaßnahmen) ver-

cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, par exemple décès par tuberculose, cancer du sein ou par maladies hypertensives.

La définition retenue considérant, exception faite des accidents de la circulation et des cirrhoses, que les décès survenant après 64 ans ne sont pas évitables, nous nous intéresserons ici à la place de la mortalité évitable dans la mortalité prématurée (avant 65 ans). Dans la zone d'étude du Bade, 30 % des **décès masculins** sont prématurés (2 891 décès) dans les années 1995-1997. Plus d'un tiers des décès prématurés (38 %), soit 1 100 décès, sont jugés potentiellement évitables. Ces décès sont eux mêmes pour moitié liés à des facteurs de risque individuels (consommation de tabac, conduite automobile…). En Alsace, 31 % des décès masculins sont prématurés (2 232). Parmi ceux-ci, 718 décès, soit 32 %, sont potentiellement évitables, proportion légèrement moins élevée que dans l'ouest du pays de Bade. En fait, la proportion de décès évitables liés à des facteurs de risque est équivalente à celle mesurée dans l'ouest du Bade (21 % en Alsace contre 19 % dans le Bade), mais les « autres décès évitables » sont un peu moins nombreux (12 % des décès prématurés contre 19 % dans la zone allemande).

En ce qui concerne **les femmes,** on estime que 40 % des décès prématurés (556 décès sur 1 391) étaient potentiellement évitables dans la zone d'étude du Bade, taux supérieur à celui de l'Alsace (34 % : 314 décès sur 931). Chez les femmes, les actions susceptibles de diminuer la mortalité évitable reposent moins sur la prévention primaire – *12 % des décès prématurés en Alsace comme dans la zone d'étude du Bade sont évitables par des actions sur les facteurs de risque individuels* – que par "d'autres

mieden werden könnten, verstärkend hinzu kommen teilweise bestimmte individuelle Verhaltensweisen. Dazu gehören neben anderen Todesfälle aufgrund von Tuberkulose, Brustkrebs oder Hochdruckkrankheiten.

Da die Definition vermeidbarer Todesfälle die Sterbefälle im Alter von 65 Jahren und älter (mit Ausnahme der Kfz-Unfälle und Leberzirrhosen) nicht einschließt, wird hier der Anteil der vermeidbaren Sterblichkeit an der vorzeitigen Mortalität (vor Vollendung des 65. Lebensjahres) betrachtet. In der badischen Berichtsregion waren im Zeitraum 1995-97 30 % der **verstorbenen Männer** vorzeitige Sterbefälle (2.891 Personen). Davon sind mit 1.100 Fällen mehr als ein Drittel (38 %) potentiell vermeidbar. Die Hälfte der vermeidbaren Sterbefälle steht in Zusammenhang mit individuellem Risikoverhalten (Tabakkonsum, Kfz-Fahrweise...). Im Elsass sind 31 % der männlichen Sterbefälle vorzeitig (2.232). Davon sind 718 oder 32 % potentiell vermeidbar, damit ist ihr Anteil weniger hoch als im badischen Berichtsgebiet. Dabei ist der Anteil, den vermeidbare Sterbefälle mit Bezug zu individuellem Risikoverhalten ausmachen, im Elsass mit 21 % gleich stark wie in Westbaden mit 19 %, dafür sind die anderen vermeidbaren Sterbefälle mit einem Anteil von 12 % im Elsass weniger stark vertreten als auf der deutschen Seite (19 %).

Betrachtet man die Sterbefälle unter der **weiblichen Bevölkerung**, so schätzt man, dass im badischen Berichtsgebiet etwa 40 % der vorzeitigen Sterbefälle (556 von 1.391) möglicherweise hätten vermieden werden können, im Elsass liegt der Anteil mit 34 % (314 von 931 Sterbefällen) etwas niedriger. Bei den Frauen stützen sich die Maßnahmen zur Verringerung der vermeidbaren Sterbefälle weniger auf die primäre Prävention – *12 % der vorzeitigen Sterbefälle im Elsass wie auf der badischen Seite könnten durch Maßnahmen gegen individuelle Risikofaktoren vermieden*

modalités d'action". En effet, les décès potentiellement évitables grâce à ce dernier type d'action représentent respectivement 22 % des décès prématurés en Alsace, 28 % dans l'ouest du pays de Bade.

Si la part des décès évitables dans la mortalité prématurée est équivalente pour les hommes et les femmes, il faut rappeler que la mortalité prématurée est bien plus importante pour la gente masculine. Il en résulte que globalement en Alsace et dans la zone d'étude du Bade, les décès prématurés (avant 65 ans) considérés comme évitables sont deux fois plus nombreux pour les hommes (1 818) que pour les femmes (871).

Nb : cette donnée n'a pas pu être calculée pour le Palatinat du Sud en raison de la faiblesse des effectifs pour certaines des causes étudiées et de la législation en vigueur en matière de protection des données.

werden – als vielmehr auf andere Aktivitäten. Dadurch könnten 22 % der vorzeitigen Sterbefälle im Elsass bzw. 28 % in der badischen Berichtsregion potentiell verhindert werden.

Auch wenn der Anteil, den vermeidbare Sterbefälle an den vorzeitigen Todesfällen bilden, für Männer und Frauen gleich ist, sollte daran erinnert werden, dass die vorzeitige Sterblichkeit für das männliche Geschlecht von weitaus größerer Bedeutung ist. Das zeigt sich daran, dass die Anzahl der vorzeitigen Sterbefälle (vor Vollendung des 65. Lebensjahres), die hätten vermieden werden können, für das Elsass und die badische Berichtsregion zusammen bei den Männern (1.818) mehr als doppelt so hoch ist wie bei den Frauen (871).

Anmerkung: Für die Südpfalz konnten diese Zahlen wegen der geringen Anzahl der Sterbefälle mit bestimmten Todesursachen und des gesetzlichen Datenschutzes nicht berechnet werden.

CHAPITRE 3

Offre et Consommation de Soins

KAPITEL 3

Strukturen der gesundheitlichen Versorgung und ihre Inanspruchnahme

Offre et Consommation de Soins 61

Caractéristiques des systèmes de santé de part et d'autre de la frontière 61

INTRODUCTION HISTORIQUE DES SYSTEMES FRANÇAIS ET ALLEMAND..... 61

MODE DE FINANCEMENT DES SYSTEMES DE SOINS ALLEMAND ET FRANÇAIS 64

LES COUTS DES SYSTEMES DE SANTE..... 72

Offre de Soins 75

LES MEDECINS EN EUROPE 78

LES MEDECINS EN ALSACE ET DANS LE LAND DU BADE-WURTEMBERG..... 79

SYSTEME HOSPITALIER EN EUROPE..... 87

LES EQUIPEMENTS HOSPITALIERS DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR..... 89

Consommation transfrontalière de soins..... 97

Strukturen der gesundheitlichen Versorgung und ihre Inanspruchnahme 61

Kennzeichen der Gesundheitssysteme - beiderseits der Grenze 61

HISTORISCHER ABRISS DES FRANZÖSISCHEN UND DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS..... 61

FINANZIERUNG DES DEUTSCHEN UND DES FRANZÖSISCHEN VERSORGUNGSSYSTEMS 64

DIE KOSTEN DER GESUNDHEITSSYSTEME 72

Strukturen der gesundheitlichen Versorgung 75

ÄRZTE IN EUROPA..... 78

ÄRZTE IM ELSASS UND IN BADEN-WÜRTTEMBERG..... 79

KRANKENHAUSVERSORGUNG IN EUROPA 87

EINRICHTUNGEN DER KRANKENHAUSVERSORGUNG IM OBERRHEINTAL.. 89

Grenzüberschreitende Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung..... 97

Offre et Consommation de Soins

Strukturen der gesundheitlichen Versorgung und ihre Inanspruchnahme

Caractéristiques des systèmes de santé de part et d'autre de la frontière

INTRODUCTION HISTORIQUE DES SYSTEMES ALLEMAND ET FRANÇAIS

Les réformes sociales de Bismarck, en 1883, ont permis à l'**Allemagne** de se doter du premier système de sécurité sociale. C'est à cette date que les caisses d'entraide des groupes professionnels dont certaines dataient du Moyen Âge ont été transformées en caisses maladies, elles aussi structurées selon les secteurs d'activité des travailleurs assurés.

De sa création à nos jours, le système de protection sociale a connu une série de réformes, consignées depuis les années 70 dans le Sozialgesetzbuch (code des lois sociales). Parmi ces évolutions on peut citer :

- Les lois 1977 et 1984 visant à maîtriser les dépenses hospitalières.
- Les réformes de 1988 (réforme de santé Blüm) et de 1992 (réforme « de structure » Seehofer) avaient pour objectif de contenir l'ensemble des dépenses de santé. Le plan Seehofer I, première étape de cette réforme qui en compte trois, avait pour objectif de réaliser des économies en appliquant pour 3 ans un financement par enveloppe globale aux médecins libéraux ainsi qu'un paiement des hôpitaux au "forfait par cas" (en fonction du profil et des

Kennzeichen der Gesundheitssysteme - beiderseits der Grenze

HISTORISCHER ABRISS DES DEUTSCHEN UND FRANZÖSISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS

Mit den Sozialreformen Bismarcks entstand 1883 in **Deutschland** das erste System zur sozialen Sicherung. Damals wurden die berufsständigen Genossenschaften (Vereine auf Gegenseitigkeit), die teilweise seit dem Mittelalter bestanden, in Krankenkassen überführt. Sie waren dementsprechend nach den Berufsgruppen der versicherten Arbeiter gegliedert.

Seit seiner Einführung hat das System der sozialen Sicherung eine Reihe von Reformen erfahren, die ab den 70er Jahren im Sozialgesetzbuch neu geordnet wurden. Von diesen Reformschritten sollen die folgenden genannt werden:

- Die Kostendämpfungsgesetze von 1977 und 1984 sollten die Krankenhausausgaben begrenzen.
- Das Gesundheitsreformgesetz GRG von 1988 (Minister Blüm) und das Gesundheitsstrukturgesetz GSG von 1992 (Minister Seehofer) sollten die Ausgaben im gesamten Gesundheitssystem begrenzen. In Stufe I der „Seehofer-Reform", wurden unter dieser Zielsetzung für die Dauer von drei Jahren Globalbudgets für die ambulante Behandlung durch Kassenärzte festgelegt sowie eine leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser durch Fallpauschalen in Teilbereichen bereits ab 1995

pathologies du patient) à partir de 1995, dans quelques domaines. Le plan Seehofer II (1995-1996) mettait les caisses d'assurance maladie en concurrence, le plan Seehofer III (1997) doublait les tickets modérateurs.
- 1997 : 1er janvier : loi sur la réduction des contributions, 1er juillet loi sur la réorganisation de l'assurance maladie obligatoire avec augmentations des tickets modérateurs et plusieurs limitations des prestations.
- 2000 : le nouveau gouvernement fédéral lance une réforme visant à renforcer la solidarité dans l'assurance maladie entre autres en restituant le niveau des tickets modérateurs de 1997.

Influencé par le modèle Bismarckien, le système de sécurité sociale **français** tire son origine dans l'unification des sociétés de secours mutuels au début du XXème siècle. Les accidents de travail sont couverts dès 1905. L'institution « Sécurité Sociale » est créée en 1945 par la fusion des caisses professionnelles et territoriales. En 1978, elle concerne l'ensemble de la population (secteur agricole, artisans, commerçants, chefs d'entreprise...). La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) reste aujourd'hui, avec 80 % des assurés, la plus importante.

L'histoire de l'assurance maladie **en Alsace et en Moselle** est sensiblement différente, en raison de l'annexion des trois départements à l'Empire allemand entre 1871 et 1918. Ainsi, les habitants d'Alsace-Moselle bénéficiaient des réformes Bismarck et donc dès 1883 d'un régime d'assurance maladie. Lorsqu'en 1918, l'Alsace et la Moselle sont réintégrés au territoire français, ce système a été conservé. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le système français d'assurance maladie est mis en place et le régime local est maintenu en tant que complément au régime général, mais uniquement de façon transitoire (ordonnances du 4 octobre

eingeführt. Stufe II (1995-1996) führte das Wettbewerbsprinzip zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ein, und mit Stufe III (1997) verdoppelten sich die Zuzahlungen zu Medikamenten.
- 1997: 1. Januar: Gesetz zur Begrenzung der Beitragssätze,
  1. Juli: Gesetz zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung: 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz mit Erhöhungen bei Zuzahlungen und diversen Einschränkungen bei den Leistungen.
- 2000: Die neue Bundesregierung startet ein Gesetzesvorhaben unter dem Titel „Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung" u. a. unter Beibehaltung der Zuzahlungsbeträge von 1997.

Unter dem Einfluss des Bismarckschen Modells hat das **französische** Sozialversicherungssystem seinen Ausgangspunkt im Zusammenschluss der Vereine für gegenseitige Hilfe zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Arbeitsunfälle sind seit 1905 versichert. Als Institution wurde die Sozialversicherung 1945 durch den Zusammenschluß der berufsständigen und regionalen Kassen geschaffen. 1978 umfasste sie die gesamte Bevölkerung (mit Landwirten, Gewerbetreibenden, Unternehmern...). Die nationale Krankenkasse der Lohnarbeiter (CNAMTS) ist mit 80 % der Versicherten bis heute die Größte.

Aufgrund der Annnexion der drei Departements in **Elsass und Mosel** in das deutsche Reich zwischen 1871 und 1918 verlief die Entwicklung der Krankenversicherung dort deutlich anders. Seit 1883 waren die Bewohner von Elsass und Mosel Nutznießer der Bismarckschen Reformen mit einem Krankenversicherungssystem. Dieses System wurde beibehalten, als Elsass und Mosel 1918 wieder französisch wurden. Das französische Krankenversicherungssystem war unmittelbar nach dem zweiten Weltkrieg eingerichtet worden und diese Lokalregelung wurde als Ergänzung dazu eigentlich nur vorübergehend beibehalten (Verordnung vom 4. Oktober 1946). Erst 1991 (Gesetz

1946). Ce n'est qu'en 1991 (loi du 31 décembre) que le caractère transitoire du régime local est supprimé. En 1998, une nouvelle loi (14 avril) précise entre autre les conditions de bénéfice du régime local. Sont ainsi par exemple inclus parmi les bénéficiaires les salariés d'une entreprise ayant son siège social en Alsace ou en Moselle, même si ces salariés travaillent dans un autre département français. Sont en revanche exclues certaines populations dont en particulier les travailleurs frontaliers (Sources : sites internet de la CPAM de Strasbourg et de l'URCAM).

vom 31. Dezember) wurde dieser Charakter einer Übergangslösung abgeschafft. Seit 1998 präzisiert ein neues Gesetz (14. April) unter anderem die Bedingungen für diese Lokalregelung. So gehören beispielsweise die Arbeitnehmer von Unternehmen, deren Firmensitz im Elsass oder Mosel ist, zu den Nutznießern, auch wenn sie tatsächlich in einem anderen Departement arbeiten. Im Gegensatz dazu sind andere Gruppen von dieser Regelung ausgeschlossen, darunter insbesondere die französischen Grenzgänger (Quelle : CPAM Strasbourg, URCAM - website).

En France, comme en Allemagne, de nombreuses réformes visant à maîtriser l'évolution des dépenses de santé ont été mises en place au cours des dernières années. Depuis 1985, les réformes et plans se succèdent chaque année[1]. Le plus important, datant de 1995 (Plan Juppé), instaure des références médicales opposables, régionalise la gestion des crédits hospitaliers et créé dans ce cadre des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Elle met également en place des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). Cette réforme créé en outre des conférences nationale et régionales de santé qui visent à déterminer les priorités de santé, sur la base desquelles sont établis des programmes régionaux de santé.

In Frankreich wurden, wie in Deutschland, in den letzten Jahren zahlreiche Reformen durchgeführt, mit dem Ziel der Ausgabenentwicklung Einhalt zu bieten. Seit 1985 folgen jährlich Reformen und Pläne aufeinander[1]. Der wichtigste unter ihnen (Plan Juppé) führte 1995 verbindliche medizinische Richtlinien ein, regionalisierte die Verwaltung der Krankenhausausgaben und schuf in diesem Rahmen die regionalen Krankenhausbehörden (ARH). Er schuf ebenfalls Regionalverbände der Krankenversicherungen (URCAM), die alle Krankenversicherungen umfassen. Er führte weiterhin nationale und regionale Gesundheitskonferenzen ein, mit dem Auftrag Gesundheitsziele festzulegen, auf deren Basis regionale Gesundheitsprogramme erstellt werden.

La couverture maladie universelle (à compter du 1er janvier 2000) doit permettre d'améliorer la couverture sociale des personnes en situation de précarité, elle se substitue à l'ancienne aide médicale gratuite.

Die allgemeine Grundsicherung im Krankheitsfall (seit dem 1. Januar 2000) soll die Absicherung sozial benachteiligter Personen verbessern und ersetzt die frühere kostenlose medizinische Hilfe.

MODE DE FINANCEMENT DES SYSTEMES DE SOINS ALLEMAND ET FRANÇAIS

Mode de financement allemand

A l'origine, le système d'assurance maladie est structuré autour de régimes d'assurance maladie fondés sur l'appartenance professionnelle. Dans l'organisation du système de santé, on retrouve la conception fédérale de l'Etat : il existe en matière de santé publique, une répartition des compétences entre l'Etat central et les Länder. En 1996, le système de l'Allemagne de l'Ouest a été étendu aux länder de l'est. Le système repose sur un principe de responsabilité économique des acteurs (caisse d'assurance maladie et unions professionnelles de médecins conventionnés).

L'ensemble du financement des dépenses de santé est assuré par les caisses d'assurance maladie publiques, les assurances privées, les régimes de retraites, l'assurance accident, l'Etat, les entreprises et les ménages. Concernant les seuls soins, les caisses d'assurance maladie en assurent l'essentiel du financement et la participation directe de l'Etat est marginale. Les caisses publiques et privées sont financées par les cotisations des ménages et des entreprises en fonction des revenus et du taux en vigueur dans chaque caisse. Le taux des cotisations varie sensiblement d'une caisse à l'autre. Pour les 8 % de salariés dont les revenus sont supérieurs à un certain seuil (revenus mensuels supérieurs à 6 450 DM (3 355 €) en l'an 2000), la couverture maladie n'est pas obligatoire, ils s'assurent volontairement ou cotisent dans une assurance privée. Pour le reste de la population, il y a obligation à cotiser à une caisse publique. Le système peut être considéré comme pratiquement universel : 0,1 % seulement de la population ne bénéficierait d'aucune assurance maladie. Depuis 1995 les caisses

FINANZIERUNG DES DEUTSCHEN UND DES FRANZÖSISCHEN VERSORGUNGSSYSTEMS

Finanzierung in Deutschland

Ursprünglich baut das Krankenversicherungssystem auf Versicherungen auf, die entsprechend der beruflichen Zugehörigkeit gegründet wurden. In der Organisation des Gesundheitssystems findet sich – gemäß der föderalen Struktur Deutschlands - eine Kompetenzaufteilung zwischen der Bundesregierung und den Bundesländern in Fragen der öffentlichen Gesundheit. 1996 wurde das westdeutsche System auf die neuen Bundesländer übertragen. Das System beruht auf dem Prinzip der wirtschaftlichen Selbstverwaltung der Beteiligten (Krankenversicherungen und kassenärztliche Vereinigungen).

Die Gesamtfinanzierung aller Gesundheitsausgaben erfolgt über die gesetzlichen oder privaten Krankenkassen, die Altersversorgungssysteme, die Unfallversicherungen, den Staat, die Unternehmen und die privaten Haushalte. Für die Gesundheitsversorgung wird der Großteil der Finanzierung durch die Krankenkassen getragen und die direkte Beteiligung des Staates ist unbedeutend. Die gesetzlichen und privaten Versicherungen werden durch Beiträge der privaten Haushalte und der Arbeitgeber nach Einkommenshöhe und gültigem Beitragssatz finanziert. Dieser Beitragssatz unterscheidet sich deutlich zwischen verschiedenen Kassen. Etwa 8 % der Arbeitnehmer, deren Einkommen über einer bestimmten Bemessungsgrenze liegt (Monatseinkommen über 6.450 DM (3.355 €) im Jahr 2000), sind nicht krankenversicherungspflichtig, sie sind freiwillige Versicherte in der gesetzlichen Krankenkasse oder treten in eine private Krankenversicherung ein. Die übrige Bevölkerung muß Beiträge zu einer gesetzlichen Krankenversicherung leisten. Das System erfasst praktisch die ganze Bevölkerung: Nur 0,1 % der Bevölkerung sind ohne jeden Krankenversicherungsschutz. Seit 1995

sont mises en concurrence, les assurés peuvent librement choisir leur caisse, territoriale, d'entreprise ou professionnelle.

konkurrieren die Krankenkassen untereinander, d.h. die Versicherten können ihre Versicherung frei wählen, sei sie regional, eine Betriebskrankenkasse oder berufsständig.

En 1993, l'assurance maladie était gérée par 1100 caisses autonomes administrativement et financièrement groupées en plusieurs types de caisses (caisses d'entreprises, de corporation…)[2]. En 1997, elles ne sont plus que 550 environ suite à de nombreuses fusions[3].

1993 wurde die gesetzliche Krankenversicherung durch 1100 administrativ und finanziell unabhängige Kassen getragen, die zu verschiedenen Gruppen zusammengefaßt waren (Betriebskrankenkassen, Art der Berufstätigkeit…)[2]. 1997 verblieben durch Zusammenschlüsse nur noch etwa 550 [3].

Les dépenses de santé sont réparties en quatre secteurs :
1. Cabinets médicaux conventionnés (Arztpraxen),
2. Hôpitaux publics et privés (Krankenhäuser),
3. Etablissements de rééducation / prévention (Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen)
4. Services de santé publique (Öffentlicher Gesundheitsdienst)[4].

Die Gesundheitsausgaben werden nach vier Sektoren unterschieden :
1. Zur kassenärztlichen (ambulanten) Behandlung zugelassene Arztpraxen,
2. Öffentliche und private Krankenhäuser,
3. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
4. Öffentlicher Gesundheitsdienst[4].

La gestion du secteur libéral ainsi que des hôpitaux publics est organisée annuellement par des négociations en concertation avec tous les partenaires sociaux.

Die Finanzierung des ambulanten Bereichs sowie der öffentlichen und privaten Krankenhäuser wird jährlich zwischen allen Sozialpartnern verhandelt.

Mode de financement français

L'ensemble du financement des dépenses de santé est assuré par les caisses d'assurance maladie, les mutuelles et assurances privées, l'Etat, les entreprises et les ménages. Les caisses d'assurance maladie sont financées d'une part par les ménages et les entreprises qui versent des cotisations et d'autre part par l'Etat qui leur verse des subventions elles-mêmes financées par les impôts des ménages et des entreprises. Il y a un grand nombre de caisses, mais trois d'entre elles regroupent la grande majorité de la population (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Mutualité sociale agricole et Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes). Contrairement à l'Allemagne, les

Finanzierung in Frankreich

Die Gesamtfinanzierung der Gesundheitsausgaben wird gewährleistet durch die Krankenversicherungen, die Zusatzversicherungen (auf Gegenseitigkeit) und privaten Versicherungen, den Staat, die Unternehmen und die Haushalte. Die Krankenkassen werden finanziert einerseits durch Beiträge der Haushalte und Unternehmen sowie andererseits über Zuschüsse des Staates, die wiederum aus Steuern von Haushalten und Unternehmen stammen. Es gibt eine große Zahl von Krankenkassen, jedoch versichern drei unter ihnen die Mehrzahl der Bevölkerung (Nationale Krankenversicherung der Lohnarbeiter CNAMTS, Sozialversicherung der Landwirtschaft und die Nationale Krankenkasse der selbständigen Berufe). Im Unterschied zu

caisses ne sont pas mises en concurrence, il n'existe pas de possibilité de choix de sa caisse d'affiliation, ce choix étant déterminé par son appartenance à une catégorie socio-professionnelle.

Depuis les réformes de 1996, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est voté par le Parlement chaque année, avec des systèmes de contrôle des dépenses qui permettent de suivre ces objectifs. Il se décline en quatre objectifs prévisionnels des dépenses[5] :

1. soins de ville (secteur ambulatoire),
2. établissements sanitaires publics,
3. établissements médico-sociaux,
4. cliniques privées[6].

Financement et fonctionnement de la médecine libérale dans les deux pays

En **Allemagne**, les caisses financent et passent contrat avec les organisations regroupant les professions médicales (associations de médecins). Les praticiens libéraux sont obligatoirement affiliés à une de ces associations régionales et payés à l'acte par celles-ci. Dans le cas où les dépenses d'une association dépassent les montants négociés avec les caisses, le paiement des médecins affiliés à cette association peut être diminué. Depuis 1998, les enveloppes sont même individualisées par cabinet médical et il n'existe plus de sanction collective.

En **France**, il n'existe pas d'"associations de médecins" et des conventions sont négociées au niveau national entre l'Etat, les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins. Collectivement, les médecins de ville sont en principe tenus de rembourser tout dépassement du montant qui leur est alloué.

Deutschland stehen die Kassen untereinander nicht in Konkurrenz, es existiert keine Wahlmöglichkeit, da die Zuordnung zu einer Krankenkasse entsprechend der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe erfolgt.

Seit den Reformen von 1996 wird jährlich vom Parlament ein nationales Ziel für die Krankenversicherungsausgaben (ONDAM) verabschiedet. Darin enthalten sind Kontrollmechanismen, mit deren Hilfe die Einhaltung der Vorgaben verfolgt werden kann. Die vorgesehenen Ausgaben gliedern sich nach vier Bereichen[5]

1. städtische Krankenversorgung (ambulanter Sektor),
2. öffentliche Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser),
3. sozialmedizinische Dienste,
4. Privatkliniken[6]

Finanzierung und Organisation der ambulanten Versorgung in den beiden Ländern

In **Deutschland** wird die ambulante Versorgung durch die Krankenkassen über die kassenärztlichen Vereinigungen finanziert. Die niedergelassenen (Kassen-)Ärzte sind Pflichtmitglieder dieser regionalen kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und werden durch diese entsprechend den abgerechneten Behandlungsleistungen bezahlt. Falls die (Gesamt-)Ausgaben einer KV das mit den Krankenkassen vereinbarte Budget überschreiten, kann die Bezahlung der dieser KV angehörenden Ärzte gekürzt werden. Seit 1998 sind diese Budgets sogar für jede einzelne Praxis festgelegt und damit keine kollektiven Sanktionen mehr möglich.

In **Frankreich** gibt es keine Pflichtmitgliedschaft für niedergelassene Ärzte in Verbänden. Vereinbarungen (über die Bezahlung von Leistungen) werden auf nationaler Ebene zwischen dem Staat, den Krankenkassen und einzelnen Ärztegewerkschaften ausgehandelt. Im Prinzip sind so alle ambulant behandelnden Ärzte kollektiv verpflichtet, Überschreitungen des bewilligten Budgets zu erstatten.

En **Allemagne**, l'assuré reçoit de sa caisse une carte d'assurance lui donnant accès à la quasi gratuité des soins, il ne paie qu'un forfait fixe pour les produits pharmaceutiques et les prothèses dentaires. Ainsi, lors d'une consultation chez un médecin libéral, l'assuré ne verse aucun règlement (tiers – payant). En contrepartie, les patients doivent en principe choisir un praticien pour une période d'au moins trois mois, et ne devraient pas accéder directement à un médecin spécialiste sans être adressé par un généraliste. En réalité ces principes sont abandonnés. Il est seulement recommandé de choisir un médecin généraliste et les patients peuvent s'ils le souhaitent se rendre directement chez un spécialiste. L'accès à l'hôpital se fait sur orientation du médecin traitant - sauf cas d'urgence[7].

In **Deutschland** erhält jeder Versicherte von seiner Krankenkasse eine Versichertenkarte, die ihm quasi den „kostenlosen" Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglicht; er zahlt lediglich eine festgelegte Zuzahlung für Medikamente und Zahnersatz. Somit bezahlt der Versicherte nichts für die Behandlung durch einen Kassenarzt. Allerdings sollte der Patient einen „Hausarzt" für mindestens ein Quartal wählen und nur mit einer Überweisung zu einem Facharzt gehen. In der Realität sind diese Prinzipien aufgehoben. Sie gelten als Empfehlung und die Patienten können auf Wunsch direkt einen Spezialisten aufsuchen. Der Zugang zum Krankenhaus erfolgt – außer im Notfall – auf Einweisung des behandelnden Arztes[7].

En **France**, les patients paient les médecins à l'acte et ne sont que partiellement remboursés par les caisses, la somme restant à leur charge est le ticket modérateur. Les mutuelles jouent le rôle d'assurance complémentaire (pour 87% des français) couvrant une partie de ce ticket modérateur[8]. Il s'agit d'une originalité du système français : en Allemagne le ticket modérateur étant faible, peu d'assurés contractent une seconde assurance en complément de leur couverture principale.

In **Frankreich** bezahlen die Patienten den behandelnden Arzt für jede Behandlung, die Kosten werden nur zum Teil von den Krankenkassen zurückerstattet. Die ihnen verbleibende Summe ist also ihre Zuzahlung (ticket moderateur). Die genossenschaftlichen Versicherungen („auf Gegenseitigkeit") übernehmen die Rolle von Zusatzversicherungen (für etwa 87 % der Franzosen) und tragen einen Teil dieser Zuzahlungen[8]. Dies stellt eine Besonderheit des französischen Systems dar: In Deutschland, wo die Zuzahlungen gering sind, schließen nur wenige Versicherte eine Zusatzversicherung ab.

En **Alsace-Moselle**, les assurés sont couverts par le régime local d'Assurance Maladie, moyennant une cotisation supplémentaire obligatoire de 1,65 % (il n'y a pas de cotisation des employeurs). Celle-ci leur assure un remboursement plus important qu'aux assurés des autres départements relevant uniquement du régime général. Pour une consultation médicale par exemple, un patient d'Alsace-Moselle bénéficiant du régime local sera remboursé à 90 % contre seulement 70 % dans le reste de la France.

In der Region **Elsass-Mosel** unterliegen die Versicherten gegen einen zusätzlichen Pflichtbeitrag von 1,65 % einer lokalen Regelung. Damit erhalten sie eine höhere Rückerstattung als allgemein Versicherte in den übrigen Regionen. Beispielsweise bekommt ein Patient in Elsass-Mosel, der von der lokalen Regelung profitiert, die Kosten für eine ärztliche Untersuchung zu 90 % ersetzt gegenüber lediglich 70 % in den anderen Regionen Frankreichs.

Depuis quelques années, chaque ressortissant du régime général dispose d'une carte à puce dénommée carte "Vitale" qui lui permet de ne plus faire l'avance des frais. Concrètement, grâce à cette carte, le patient ne paie que le "ticket modérateur" (partie non remboursée) à son médecin ou pharmacien et les caisses reversent le différentiel aux praticiens.

Seit einigen Jahren erhält jeder allgemein Sozialversicherte eine Chipkarte („Carte Vitale"), die ihm die Vorauszahlung erspart. D. h. mit dieser Karte bezahlt der Patient nur die Zuzahlung an seinen Arzt oder Apotheker und die Kassen überweisen den Restbetrag an die Ärzte oder Apotheker.

Les patients ont également, contrairement à l'Allemagne, une totale liberté de choix de leur médecin et il n'y a pas de frein à l'accès direct à la médecine spécialisée.

Die Patienten haben – im Gegensatz zu Deutschland – die völlig freie Arztwahl und es gibt keinerlei Zugangsbeschränkungen (oder -empfehlungen) zu Fachärzten.

En **Allemagne**, les personnes affiliées au régime d'assurance maladie dont les revenus ne dépassent pas un seuil minimal (soit par exemple 1 764 DM, ou environ 900 € pour un célibataire vivant dans un « ancien Land ») sont exonérées de toute contribution au paiement des soins. On porte une attention particulière aux ménages situés à proximité du seuil, des clauses spéciales (exonération totale ou partielle) ont été mises en place à leur attention. Ainsi, il ne peut jamais être exigé de l'assuré une participation aux frais médicaux supérieure à 2% de son revenu brut.[9] Les enfants et les personnes atteintes de maladies chroniques sont elles aussi exonérées.

In **Deutschland** können sich Personen, deren Einkommen unter einem Mindestbetrag liegt (zum Beispiel 1.764 DM oder etwa 900 € für einen Alleinstehenden im früheren Bundesgebiet) und die in einer Krankenkasse eingeschrieben sind, von allen Zuzahlungen zu Medikamenten und Heilkosten befreien lassen. Haushalten, die nahe über dieser Einkommensgrenze liegen, kommt man mit Sonderregelungen (teilweise oder vollständige Befreiung von Zuzahlungen) entgegen. Somit soll die Beteiligung eines Versicherten an den Behandlungskosten nicht mehr als 2 % seines Bruttoeinkommens ausmachen.[9] Kinder und Personen mit chronischen Krankheiten sind ebenfalls von den Zuzahlungen ausgenommen.

En **France**, la couverture maladie universelle a été mise en place au 1er janvier 2000 en raison de l'exclusion de l'accès aux soins d'un nombre croissant de personnes. Elle comprend une couverture de base (une cotisation n'est due que si les ressources dépassent un plafond fixé par décret chaque année) qui est ouverte à tous ceux qui ne relèvent pas d'un régime obligatoire de sécurité sociale et qui résident en France de façon régulière et stable. Elle comprend également une couverture complémentaire qui permet le remboursement du ticket modérateur, du forfait hospitalier, et le remboursement de nouveaux tarifs

In **Frankreich** wurde zum 1. Januar 2000 wegen der wachsenden Zahl von Personen ohne Zugang zur Gesundheitsversorgung die allgemeine Grundsicherung im Krankheitsfall eingeführt. Sie besteht aus einer Basisversorgung für alle (ein Beitrag ist nur zu zahlen, sofern die Einkünfte eine jährlich durch Erlass festgelegte Grenze überschreiten), die keiner allgemeinen Pflichtversicherung angehören und in Frankreich dauerhaft gemeldet sind. Sie schließt ebenfalls über die Standarderstattung hinausgehende Leistungen ein für die Rückerstattung der Zuzahlungen, der Krankenhauspauschale und den neu festgesetzten Tarifen für Zahnersatz

définis par voie réglementaire pour les prothèses dentaires et l'optique. Les médecins n'ont pas le droit d'appliquer un dépassement d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU ; ceux-ci bénéficient aussi de la procédure de dispense d'avance de frais (tiers-payant).

und Sehhilfen. Außerdem dürfen die Ärzte für diese Patienten die Honorargrenzen nicht überschreiten und diese sind von der Vorauszahlung befreit.

Les personnes atteintes de certaines pathologies chroniques peuvent être admises en « Affection de Longue Durée » et bénéficier, comme en Allemagne, d'une exonération du ticket modérateur.

Personen mit definierten chronischen Erkrankungen können als „Langzeit-Erkrankte" eingestuft werden und sind dann – wie in Deutschland – von den Zuzahlungen befreit.

Au-delà du principe du numerus-clausus, il existe en **Allemagne** une planification des soins ambulatoires. Depuis 1955 (loi sur les "associations" de médecins libéraux), l'installation des cabinets de médecins conventionnés n'est autorisée qu'à condition qu'un seuil de densité médicale (nombre de cabinets rapporté au nombre d'habitants) ne soit pas dépassé[10]. Les seuils sont définis par les unions professionnelles de médecins et la fédération des caisses publiques. Cette règle a entraîné une répartition plus homogène des cabinets médicaux, même si les densités restent plus élevées en milieu urbain. En **France**, les médecins libéraux peuvent sans contrainte choisir leur lieu d'installation.

Außer der Zulassungsbeschränkung zum Medizinstudium durch Numerus Clausus besteht in **Deutschland** eine Planung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung. Seit 1955 (KV-Gesetz) unterliegt die Niederlassung eines Kassenarztes der Bedingung, dass die für das Fach und die Region festgelegte Ärztedichte (Anzahl der Arztpraxen bezogen auf die Bevölkerung) nicht überschritten wird[10]. Die Richtwerte werden von den kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassenverbänden festgelegt. Aufgrund dieser Regelung ist die Verteilung von Ärzten in Deutschland gleichmäßiger geworden, auch wenn die Arztdichte in Ballungsgebieten immer noch höher ist. In **Frankreich** können Ärzte über den Ort ihrer Niederlassung völlig frei entscheiden.

Plus récemment, en **Allemagne**, l'Etat a promu la création de réseaux régionaux de cabinets à titre expérimental. Leur objectif est double : améliorer la qualité de la prise en charge, et réduire les coûts.

Neuerdings wird in **Deutschland** vorerst als Pilotversuch die Bildung von regionalen Praxisnetzen staatlich gefördert. Die Zielsetzung ist doppelt: Verbesserung der Versorgungsqualität und Kostenreduzierung.

On retrouve dans **l'hexagone**, cette politique qui vise à favoriser l'organisation en réseaux des cabinets médicaux libéraux entre eux et avec les établissements hospitaliers. Pour ce qui concerne le secteur libéral, depuis l'année 2000, le financement de ces réseaux est assuré par une ligne budgétaire spécifique et régionalisée de l'assurance maladie, le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

In **Frankreich** besteht diese Politik ebenfalls, indem die Organisation von Praxen in Netzen untereinander und mit den Krankenhäusern gefördert wird. Im ambulanten Bereich werden diese Netze seit dem Jahr 2000 durch ein eigenes regionalisiertes Budget der Krankenversicherung, dem Fond zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung (FAQSV), finanziert.

Financement et fonctionnement du système hospitalier dans les deux pays

Dans les deux pays l'offre hospitalière est composée d'établissements privés à but lucratif, d'établissements privés à but non lucratif, et d'établissements publics. Les établissement hospitaliers publics et privés à but non lucratif sont gérés selon le système de budget global et la très grande majorité des médecins qui y exercent sont des salariés. Si en **Allemagne** les soins hospitaliers et ambulatoires sont nettement séparés, en **France**, les établissements hospitaliers proposent fréquemment des consultations externes. Il existe également une possibilité d'activité libérale dans le cadre des consultations externes des praticiens au sein des établissement publics de santé en France. Les médecins libéraux peuvent en outre utiliser le plateau technique des établissements publiques pour y effectuer des interventions en contrepartie d'une "redevance" ("clinique ouverte").

Les hôpitaux publics (ou privés participant au service public hospitalier) ne sont plus, en France comme en Allemagne, financés à la journée ou à l'acte mais grâce à un budget global. En **Allemagne**, les frais liés aux soins sont financés par les caisses mais aussi par le patient (via le ticket modérateur) tandis que les investissements sont financés par les Kreise ou les Länder. Du fait de l'organisation fédérale de la nation, la planification hospitalière est gérée au niveau des länder, le gouvernement de ces derniers étant compétent pour élaborer un "Plan des hôpitaux" qui peut être comparé aux SROS français. Cependant, les réformes actuellement discutées, prévoient que le financement des hôpitaux (y compris les investissements) soit assuré uniquement par les caisses d'assurance maladie publiques afin que le rôle de l'état du land soit diminué. A partir de 2004 le financement sur la base d'un « forfait par pathologie » sera généralisé. Il

Finanzierung und Organisation der stationären Versorgung in den beiden Ländern

In beiden Ländern besteht die stationäre Versorgung aus privatwirtschaftlichen, privat gemeinnützigen und öffentlichen Einrichtungen. Die öffentlichen und privat gemeinnützigen Krankenhäuser werden unter einem Globalbudget verwaltet und die Mehrzahl der beschäftigten Ärzte ist angestellt. Während in **Deutschland** die stationäre und ambulante Versorgung deutlich getrennt sind, bieten die Krankenhäuser in **Frankreich** häufig ambulante („externe") Sprechstunden an. So besteht auch die Möglichkeit zu ambulanter Versorgung durch Ärzte öffentlicher Krankenhäuser im Rahmen solcher Sprechstunden für „Externe". Darüber hinaus können niedergelassene Ärzte die technischen Ausstattungen der öffentlichen Krankenhäuser nutzen, um dort Eingriffe gegen „Entgelt" durchzuführen („offene Klinik").

Die öffentlichen und ihnen gleichgestellte „private" Krankenhäuser werden in Frankreich wie in Deutschland nicht mehr nach Tagessätzen oder geleisteten Behandlungen, sondern über ein Globalbudget finanziert. In **Deutschland** werden die Behandlungskosten hauptsächlich durch die Krankenkassen getragen, aber auch von den Patienten über ihre Zuzahlungen, während die Investitionskosten von den Kreisen und Ländern aufgebracht werden. Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands verwalten die Länder die Krankenhausplanung, ihre Regierungen sind zuständig für die Ausarbeitung des Krankenhausbedarfsplans, vergleichbar mit dem französischen SROS. Jedoch sehen die derzeit in Diskussion befindlichen Reformen vor, dass die Finanzierung der Krankenhäuser (einschl. der Investitionen) alleine von den Krankenkassen übernommen wird, damit wird die Rolle der Landesverwaltungen verringert. Ab 2004 soll die Finanzierung nur noch über

sera fondé sur un système d'information du type PMSI, importé d'Australie *avec des Groupes Homogènes de Malades* (Diagnosis Related Groups).

En **France**, on observe un mouvement de déconcentration qu'il faut cependant distinguer de la "régionalisation" allemande. Si les Agences régionales de l'hospitalisation planifient l'offre hospitalière au niveau régional, elles sont des émanations de l'Etat central et gèrent des enveloppes qui restent fixées par le niveau national. L'enveloppe globale est répartie par région. Les Agences régionales de l'hospitalisation chargées de la planification hospitalière régionale publique et privée et de l'allocation des ressources répartit ensuite l'enveloppe budgétaire entre les différentes structures de soins au niveau régional.

Concernant les frais à la charge des patients, en France, le régime général ne rembourse que 80 % des frais hospitaliers durant les 30 premiers jours d'hospitalisation, les 20 % restants étant à la charge de l'assuré (souvent pris en charge par des mutuelles complémentaires pour les personnes qui y cotisent). Là encore, les personnes relevant du régime local bénéficient d'un avantage important puisque leurs frais sont pris en charge à 100 % dès le premier jour d'hospitalisation.

En **Allemagne**, comme précisé ci-dessus, le patient paie un ticket modérateur journalier (10,67 €), dans une limite de 14 jours par an.

Pour les cliniques privées [6] (secteur de l'hospitalisation) il n'existe pas de budget global et le paiement se fait à l'acte (comme en médecine de ville). En **France**, pour réguler les dépenses, un objectif quantifié national (OQN) devenu objectif quantifié régional (OQR) depuis 2001 permet aux Agences régionales de l'hospitalisation de fixer annuellement les tarifs de ce secteur d'activité.

Fallpauschalen geregelt werden, die auf einem Krankenhausberichtssystem beruhen, das „gleichartige Patientengruppen" nach einem australischen Modell (DRG) abbildet.

In **Frankreich** ist eine Entwicklung zur Dekonzentration zu beobachten, die jedoch von der deutschen Regionalisierung unterschieden werden muss. Auch wenn die regionalen Krankenhausbehörden die stationäre Versorgung auf regionaler Ebene planen, so bleiben sie doch Einrichtungen des Zentralstaats und verwalten Haushalte, die auf nationalem Niveau festgesetzt werden. Der Gesamthaushalt ist unter den Regionen aufgeteilt. Die regionale Krankenhausbehörde ist verantwortlich für die öffentliche und private Krankenhausplanung wie auch für die Zuweisung von Ressourcen und verteilt das Haushaltsvolumen unter den verschiedenen Einrichtungen in der Region.

In Frankreich erstattet die Grundversicherung nur 80 % der Krankenhauskosten während der ersten 30 Aufenthaltstage, die verbleibenden 20 % trägt der Versicherte (in Frankreich häufig über eine Zusatzversicherung). Auch hier genießen die Versicherten unter der Lokalregelung Elsass-Mosel den großen Vorteil, dass die Krankenhauskosten bereits ab dem 1. Tag zu 100% übernommen werden.

In **Deutschland** werden Krankenhausbehandlungen fast voll von den Krankenkassen übernommen bis auf eine Zuzahlung von 10,67 € für maximal 14 Tage im Jahr, die der Patient bei der Entlassung direkt an das Krankenhaus zahlt.

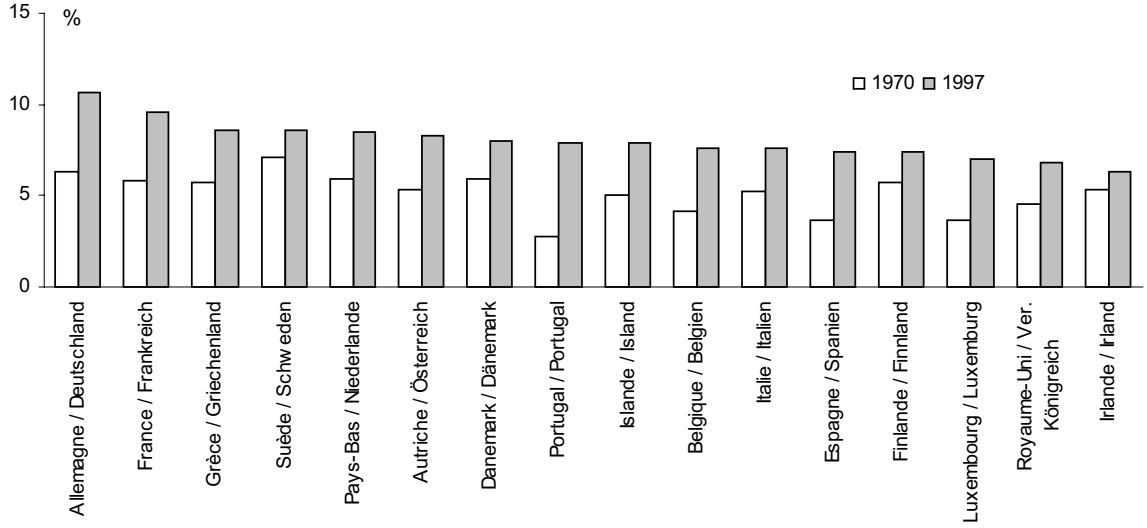
Für die Krankenhausbehandlung in französischen **Privatkliniken** [6] gibt es keine Budgetvereinbarungen und die Bezahlung erfolgt nach Einzelleistung (wie im ambulanten Bereich). Um diese Ausgaben in **Frankreich** zu regeln, erlaubt ein nationales Mengenziel (OQN), seit 2001 auf Regionalebene (OQR), der regionalen Krankenhausbehörde, die Tarife in diesem Bereich jährlich festzusetzen.

LES COUTS DES SYSTEMES DE SANTE

Part des dépenses de santé dans le Produit Intérieur Brut des 15 pays de l'Union Européenne

DIE KOSTEN DER GESUNDHEITSSYSTEME

Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in den 15 Ländern der Europäischen Union



Source/Quelle
OCDE/OECD

En 1997, au sein de l'Union Européenne, la part du Produit Intérieur Brut (PIB) consacrée aux dépenses de santé est comprise entre 10,7 % (en Allemagne) et 6,3 % (en Irlande). La France se place en seconde position avec des dépenses de santé qui représentent 9,6 % du PIB.

Entre 1970 et 1997, la part des dépenses de santé dans le PIB a augmenté dans l'ensemble des pays de l'Union Européenne. En France, cette proportion a augmenté de 3,8 points, la hausse a été de 4,4 points en Allemagne.

Cet indicateur économique ne permet pas, bien entendu, de rendre compte de l'efficacité des systèmes de santé mais n'est qu'une mesure globale du poids économique de ce secteur rapporté à la « richesse » du pays considéré.

Ces données sont difficiles à comparer, dans la mesure où les PIB par habitant peuvent être très différents de pays en pays ainsi que

Im Jahr 1997 variiert der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in der Europäischen Union zwischen 10,7 % (in Deutschland) und 6,3 % (in Irland). Frankreich befindet sich an zweiter Position mit Gesundheitsausgaben in Höhe von 9,6 % des BIP.

Zwischen 1970 und 1997 hat der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in allen Ländern der europäischen Union zugenommen. In Frankreich nahm dieser Anteil um 3,8 Prozentpunkte zu, in Deutschland waren es 4,4 Prozentpunkte.

Diese Kennzahl erlaubt keine Rückschlüsse auf die Effizienz des Gesundheitssystems, sondern stellt nur ein allgemeines Maß für das ökonomische Gewicht dieses Sektors bezogen auf den „Reichtum" des jeweiligen Landes dar.

Diese Daten sind insofern schwierig zu vergleichen, als das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf ebenso wie die Kaufkraft von Land zu Land sehr unter-

les pouvoirs d'achats. C'est pourquoi on utilise l'indicateur "parités de pouvoir d'achat" (PPA) qui correspondent à des taux de conversion monétaire permettant d'exprimer les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en éliminant les différences de prix entre pays. La dépense nationale de santé par tête en Allemagne était en 1970 de 224 $ PPA proche de celle de la France de 206 $ PPA. En 1997, elle était dix fois plus importante de l'ordre de 2 364 $ PPA en Allemagne et l'écart par rapport à la France s'est légèrement accentué (2 047 $ PPA en France)[11].

Coût du système de soins allemand

En 1997, les dépenses de santé s'élevaient à 517 milliards de DM en Allemagne, soit 6 300 DM (3 221 €) par habitant. Seuls 4,45 milliards de DM (soit 0,9 % du total) sont comptabilisés sur une ligne « prévention et dépistage » (Gesundheitsvorsorge und Früherkennung). Les dépenses de soins représentent quant à elles 320 milliards de DM, soit environ 3 900 DM par habitant (2 000 €). Cette somme se répartit entre les soins ambulatoires (29 %), les soins hospitaliers (43 %), la consommation de médicaments (22 %) et les prothèses et soins dentaires (6 %).

En Allemagne, ces statistiques économiques ne sont disponibles qu'au niveau national. Les données sur les dépenses de certaines caisses se limitent à certains types de coûts dans un arrondissement ou une région, car le domaine de compétence des caisses dépend du découpage géographique administratif.

Coût du système de soins français

Selon les comptes nationaux de la santé, la consommation médicale totale (qui peut se rapprocher de la dépense de soins en Allemagne) a atteint en France 713 milliards de francs en 1997, soit près de 12 300 F

schiedlich sein können. Deshalb wird die Kaufkraftparität (KKP) als Indikator verwendet. Sie entspricht dem Verhältnis der Währungsumrechnungen und erlaubt durch die Ausschaltung von Preisunterschieden zwischen den Ländern, die Kaufkraft verschiedener Währungen darzustellen. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf lagen 1970 in Deutschland mit 224 $ KKP nahe bei denen Frankreichs mit 206 $ KKP. 1997 waren sie in Deutschland mit 2.364 $ KKP um das zehnfache gestiegen, der Abstand zu Frankreich hatte sich leicht vergrößert (2.047 $ KKP in Frankreich).[11]

Kosten des deutschen Gesundheitssystems

Im Jahr 1997 lagen die Gesundheitsausgaben in Deutschland bei 517 Milliarden DM, das sind je Einwohner 6.300 DM (3.221 €). Nur 4,45 Milliarden DM (0,9 % der Gesamtausgaben) wurden für die Gesundheitsvorsorge und Früherkennung verwendet. Die Behandlungsausgaben betragen demgegenüber 320 Milliarden DM, also etwa 3.900 DM pro Einwohner (2.000 €). Dieser Betrag verteilt sich auf die ambulante Versorgung (29 %), die stationäre Versorgung (43 %), den Medikamentenverbrauch (22 %) sowie die zahnärztliche Versorgung und Zahnersatz (6 %).

In Deutschland sind solche ökonomischen Daten nur für die Bundesebene verfügbar. Daten zu Ausgaben einzelner Kassen beschränken sich auf bestimmte Kostenarten in einem Kreis oder einer Region, da der Zuständigkeitsbereich der Kassen von der geographischen Verwaltungseinteilung abhängt.

Kosten des französischen Gesundheitssystems

Nach der nationalen Gesundheitsberechnung erreichte der medizinische Gesamtverbrauch in Frankreich (der den Gesundheitsausgaben in Deutschland ähnlich ist) 713 Milliarden Francs im Jahr 1997, das sind etwa 12.300 F

(1 870 €) par habitant. La consommation de soins et de biens médicaux représente 98 % de ces dépenses, seuls 2 % sont affectés à la consommation de médecine préventive.

Parmi les soins et les biens médicaux, 27% des dépenses sont consacrées aux soins ambulatoires, 48 % aux soins hospitaliers, 19% aux médicaments, 4 % aux autres biens médicaux (prothèses dentaires, optique...) et 1 % aux transports.

Si les nomenclatures utilisées en France et en Allemagne ne sont pas directement comparables, on peut tout de même observer une structure des dépenses de bien médicaux relativement proche dans ces deux pays.

En Alsace, pour le régime général, les dépenses de soins s'élèvent environ à 11 000 francs (1 677 €) par habitants en 1998. En ce qui concerne les actes des médecins libéraux la dépense moyenne est à peu près la même dans la région que sur l'ensemble du pays. Les prescriptions (pharmacie, auxiliaires médicaux) sont, quant à elles, nettement inférieures. Inversement, les dépenses des établissements de santé sont assez importantes puisqu'elles s'élèvent à 6 055 francs (923 €) par habitant, alors que la moyenne nationale est de 5 325 francs (812 €). Le montant des dépenses moyennes pour les accidents du travail est moins important que celui du reste de la France.[12]

(1.870 €) pro Einwohner. Die Inanspruchnahme der medizinischen Behandlung und Güter macht 98 % dieser Ausgaben aus, lediglich 2 % entfallen auf die Präventivmedizin.

Unter den medizinischen Behandlungen und Gütern entfallen 27 % der Ausgaben auf ambulante Behandlung, 48 % auf stationäre Behandlung, 19 % auf Medikamente, 4 % auf andere medizinische Heilmittel (Zahnersatz, Sehhilfen...) und 1 % auf Transporte.

Wenn auch die in Frankreich und Deutschland verwendeten Kostenschlüssel nicht direkt vergleichbar sind, so kann man doch eine relativ ähnliche Ausgabenverteilung für medizinische Güter in beiden Ländern erkennen.

Im Elsass betragen im Jahr 1998 die Ausgaben für Behandlungen in der allgemeinen Versicherung etwa 11.000 Francs (1 677 €) pro Einwohner. Die Arzthonorare in der Region entsprechen etwa dem Landesdurchschnitt. Kosten für Verschreibungen (Medikamente, Heil- und Hilfsmittel) sind deutlich niedriger. Demgegenüber stellen die Rückerstattungen für Krankenhausbehandlungen eine bedeutende Ausgabe dar, da sie 6.055 Francs (923 €) pro Einwohner betragen, während der Landesdurchschnitt bei 5.325 Francs (812 €) liegt. Der durchschnittliche Betrag für Ausgaben aufgrund von Arbeitsun-fällen ist geringer als im Rest Frankreichs.[12]

Offre de Soins

Cette partie s'attachera, aussi souvent que possible à mettre en regard des données d'offre de soins de part et d'autre du Rhin. Certaines différences structurelles entre les systèmes de soins Allemands et Français limitent cependant les possibilités de comparaison.

Les questions de terminologie concernant les professionnels de santé (spécialités, modes d'exercice...) et les équipements (regroupement des lits par spécialités, répartition public - privé...), sont autant d'obstacles à la comparaison des données de part et d'autre du Rhin.

En Allemagne, les médecins sont comptés soit en exercice ambulatoire soit en exercice hospitalier. En France, on fait la distinction entre des médecins libéraux et des médecins salariés. Dans la majorité des cas les définitions allemandes et françaises sont équivalentes : en effet, la plupart des médecins en ambulatoire sont des médecins libéraux, et la plupart des médecins salariés travaillent en milieu hospitalier. Pourtant ces catégories ne se recoupent pas complètement : ainsi, en France, une partie des médecins travaillant dans des établissements hospitaliers privés sont des médecins libéraux. Il est même possible pour des praticiens libéraux d'avoir une activité libérale dans un établissement public.

La densité médicale hospitalière est donc plus élevée en Allemagne qu'en France, et la densité libérale (exercice ambulatoire) inférieure. Enfin dans les établissements hospitaliers français, il existe une pratique de "consultations externes" très peu répandue en Allemagne. Ces "consultations externes" ont la même fonction que les consultations chez un médecin libéral, si ce n'est

Strukturen der gesundheitlichen Versorgung

Dieser Abschnitt befasst sich – soweit möglich – mit dem Vergleich von Daten zur gesundheitlichen Versorgung beiderseits des Rheins. Zahlreiche strukturelle Unterschiede zwischen dem französischen und deutschen Versorgungssystem begrenzen jedoch die Möglichkeiten des Vergleichs.

Darüber hinaus stellen ungeklärte Fragen bezüglich der medizinischen Berufsbezeichnungen (Spezialisierungen und Fachrichtungen, Art der Tätigkeit...) und der Ausstattungen (Zusammenfassung von Betten nach Fachabteilungen, Unterscheidung in öffentliche und „private" Einrichtungen...) weitere Hindernisse beim Vergleich von Daten über den Rhein hinweg dar.

In Deutschland werden Ärzte entweder als ambulant oder als stationär tätig erfasst. In Frankreich unterscheidet man zwischen Ärzten in selbständiger und unselbständiger Tätigkeit. Für die Mehrzahl der Fälle sind die deutsche und die französische Definition gleichwertig: So ist die Mehrheit der ambulant arbeitenden Ärzte als Selbständige tätig und die Mehrzahl der angestellten Ärzte arbeitet in der Krankenhausversorgung. Dennoch entsprechen sich diese Kategorien nicht vollständig: Ein Teil der Ärzte sind in Frankreich in den Krankenhäusern als Selbständige tätig. Es ist sogar für niedergelassene Ärzte möglich, einer weiteren selbständigen Tätigkeit in einem öffentlichen Krankenhaus nachzugehen.

Die Ärztedichte in Krankenhäusern ist dementsprechend in Deutschland höher als in Frankreich und die der Niedergelassenen in der ambulanten Versorgung niedriger. Schließlich gibt es in den französischen Krankenhäusern sogenannte „Sprechstunden für Externe", wie sie in Deutschland kaum verbreitet sind. Diese Sprechstunden für ambulante Patienten („Ambulanzen") erfüllen die gleiche

qu'elles sont effectuées à l'hôpital. En Allemagne ces consultations externes ne sont autorisées que pour un traitement de préparation et de suite d'une hospitalisation ou pour un domaine très spécialisé.

Funktion wie Sprechstunden bei einem niedergelassenen Arzt, außer dass sie im Krankenhaus stattfinden. In Deutschland haben solche „Krankenhausambulanzen" nur begrenzte Ermächtigungen zur Vor- und Nachbehandlung der Krankenhauspatienten oder für eng umschriebene Spezialgebiete.

Les difficultés de comparaison des offres de soins ne sont pas spécifiques à la Vallée du Rhin Supérieur mais se retrouvent pour toutes les comparaisons internationales d'offre de soins. La raison principale est qu'il n'existe pas pour l'offre de soins de définitions internationales qui rendent les informations comparables, alors que pour d'autres domaines, comme la mortalité (Classification Internationale des Maladies) ou le chômage (Bureau International du Travail) de telles définitions existent.

Diese Schwierigkeiten beim Vergleich der Versorgungsangebote sind nicht spezifisch für das Oberrheintal, sondern sind bei allen internationalen Vergleichen von Versorgungsangeboten anzutreffen. Der Hauptgrund besteht darin, dass es keine internationalen Definitionen für die gesundheitliche Versorgung gibt, die Informationen vergleichbar machen können. Für andere Bereiche, wie z.B. für die Sterblichkeit (Internationale Klassifikation der Krankheiten) oder für die Arbeitslosigkeit (Internationales Büro für Arbeit) sind solche Definitionen bereits vorhanden.

Au delà de la question des définitions utilisées, un autre obstacle reste la disponibilité des données. Les données concernant les infirmières libérales ne sont plus disponibles en Allemagne depuis le début des années 1990. En France, la pratique des « médecines parallèles » ne fait pas l'objet d'une réglementation spécifique, ni de statistiques, alors que des données sur les « Heilpraktiker » sont disponibles outre-Rhin.

Unabhängig von der Frage der benutzten Definitionen bleibt die Verfügbarkeit von Daten ein weiteres Hindernis. Daten über selbständige Krankenschwestern sind in Deutschland seit Beginn der 90er Jahre nicht mehr verfügbar. In Frankreich unterliegt die Ausübung „alternativer" Behandlungsverfahren keinerlei speziellen Regelung und wird auch nicht erfasst, während auf der anderen Seite des Rheins Daten über „Heilpraktiker" verfügbar sind.

Les limites de disponibilité obligeront à présenter des données parfois anciennes (présentation de la dernière année disponible à la fois en Alsace et dans le Bade-Wurtemberg ou la Rhénanie-Palatinat) ou d'adapter l'échelle de comparaison : aussi souvent que possible nous présenterons les données à l'échelle de la zone d'étude du Bade.

Die Einschränkungen bei der Verfügbarkeit von Daten zwingen manchmal zur Darstellung älterer Zahlen (für das letzte Jahr, in dem Daten gemeinsam für das Elsass, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz vorliegen) oder zur Anpassung in der regionalen Vergleichsebene: Soweit möglich werden jedoch Daten aus der badischen Projektregion vorgestellt.

Outre ces questions « techniques », il est probable que les différences d'offre de soins observées de part et d'autre de la frontière soient liées à des modes de recours aux soins différents dans les deux pays. Le

Von solchen „technischen" Fragen abgesehen, ist es wahrscheinlich, dass die beiderseits des Rheins beobachteten Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgungsstruktur mit Unterschieden in der Inanspruchnahme ver-

recours à un professionnel donné se fait-il de la même façon en Allemagne qu'en France ? Répond-il aux mêmes besoins ? Si ce n'est pas le cas, quel sens donner à une comparaison d'indicateur d'offre ?

bunden sind. Erfolgt der Zugang zu einem bestimmten Fachmann in Deutschland und Frankreich auf die gleiche Weise? Liegen seiner Tätigkeit die gleichen Bedürfnisse zugrunde? Falls dies nicht der Fall ist, welchen Sinn haben dann Vergleiche von Indikatoren zur gesundheitlichen Versorgung?

Nous nous attacherons à explorer des données qui n'ont pas encore été comparées de part et d'autre de la frontière à l'échelle de la région. La Conférence du Rhin Supérieur disposant déjà de résultats concernant les équipements lourds à l'échelle de la vallée rhénane, nous n'aborderons pas ce thème ici.

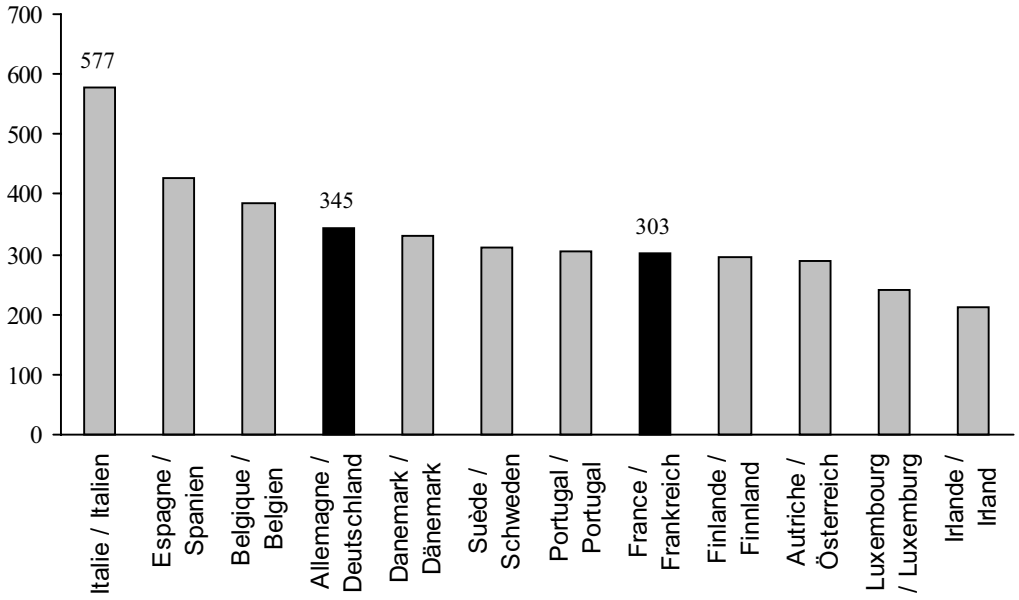
Im Folgenden sollen Daten vorgestellt werden, die noch nicht auf regionaler Ebene für beide Seiten des Rheins verglichen wurden. Die Ausstattung mit medizinischen Großgeräten wird hier nicht betrachtet, da die Oberrhein-konferenz bereits über die Ergebnisse eines Vergleichs im Rheintal verfügt.

LES MEDECINS EN EUROPE

Densité médicale pour 100 000 habitants dans les pays européens en 1997 (médecins libéraux et salariés)

ÄRZTE IN EUROPA

Ärzte je 100.000 Einwohner in den europäischen Ländern 1997 (selbständig und nicht selbständig tätige Ärzte)



Source/Quelle
OMS/WHO

Donnée 1997 non disponible pour les Pays-Bas (1995: 242), la Grèce (1995: 393) et le Royaume-Uni (1996: 170). La moyenne pour l'Europe des quinze n'a donc pas pu être calculée.
En raison de différences entre les modes de recueil et de classification de ces données, cet indicateur doit être comparé avec précaution.

Keine Daten 1997 verfügbar für die Niederlande (1995: 242), Griechenland (1995: 393) und Groß-Britannien (1996: 170). Ein Durchschnitt für das Europa der Fünfzehn konnte daher nicht berechnet werden.
Aufgrund unterschiedlicher Erfassungs- und Zuordnungsmethoden sind die Angaben von Staat zu Staat nur bedingt vergleichbar.

Dans la plupart des pays de l'Union Européenne, les densités de médecins sont comprises entre 300 et 400 pour 100 000 habitants. Seule l'Italie, avec une densité médicale nettement plus élevée en 1997, et dans une moindre mesure le Luxembourg et l'Irlande avec une densité faible, présentent des situations extrêmes.

In der Mehrzahl der Länder der europäischen Union beträgt die Ärztedichte zwischen 300 und 400 je 100.000 Einwohnern. Lediglich Italien mit einer deutlich höheren Ärztedichte im Jahr 1997 und - weniger ausgeprägt - Luxemburg und Irland mit einer geringeren Dichte bilden die Extremwerte.

Avec une densité médicale de 345 médecins pour 100 000 habitants, l'Allemagne se situe en quatrième position des pays européens. La densité mesurée en France est inférieure de 13 % à celle de son

Mit einer Ärztedichte von 345 Ärzten je 100.000 Einwohnern nimmt Deutschland den vierten Rang unter den europäischen Ländern ein. Die für Frankreich berechnete Dichte liegt mit 303 Ärzten auf 100.000 Einwohner um

voisin, elle s'élève à 303 pour 100 000.

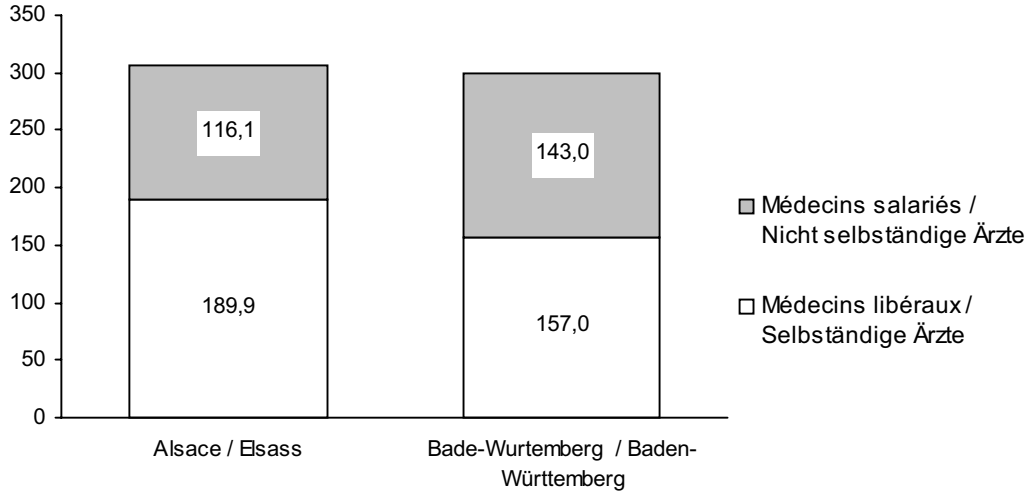
13 % niedriger als die des Nachbarlandes.

LES MEDECINS EN ALSACE ET DANS LE LAND DU BADE-WURTEMBERG

ÄRZTE IM ELSASS UND IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Densité de médecins libéraux et salariés en Alsace et dans le Land du Bade-Wurtemberg en 1999 (pour 100 000 habitants)

Selbständig und nicht selbständig tätige Ärzte im Elsass und in Baden-Württemberg 1999 (je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
DREES, INSEE (Recensement de la population)
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

En 1999, les 5 305 médecins exerçant en Alsace représentaient une densité de 306,0 praticiens pour 100 000 habitants. La densité médicale mesurée dans le Land du Bade-Wurtemberg est globalement équivalente à la valeur alsacienne (300,1 médecins pour 100 000 habitants, soit 31 285 praticiens exerçant dans le Land).

Im Jahr 1999 entsprachen die 5.305 im Elsass tätigen Ärzte einer Dichte von 306,0 Ärzten auf 100.000 Einwohner. Die für das Land Baden-Württemberg berechnete Arztdichte ist insgesamt mit dem Wert für das Elsass vergleichbar (300,1 Ärzte pro 100.000 Einwohner, also 31.285 im Land tätige Ärzte).

La répartition par mode d'exercice est en revanche différente de part et d'autre du Rhin : la proportion de médecins libéraux est plus importante en Alsace que dans le Bade-Wurtemberg (respectivement 62 % et 52 % du nombre total de praticiens). Comme nous avons déjà pu le préciser, cette différence est inhérente à la manière de définir les modes d'exercice de part et d'autre

Im Gegensatz dazu zeigt die Unterscheidung nach Art der Beschäftigung jedoch deutliche Abweichungen beiderseits des Rheins: Der Anteil der selbständig tätigen Ärzte ist im Elsass höher als in Baden-Württemberg (62 % gegenüber 52 % der insgesamt tätigen Ärzte). Wie bereits dargestellt wurde, hängt dieser Unterschied mit der Definition der Art der Tätigkeit beiderseits des Rheins zusammen. In

du Rhin. En Allemagne on classera les médecins selon qu'ils pratiquent en ambulatoire ou à l'hôpital, ce qui n'est pas totalement équivalent à la distinction libéraux / salariés qui prévaut en France.

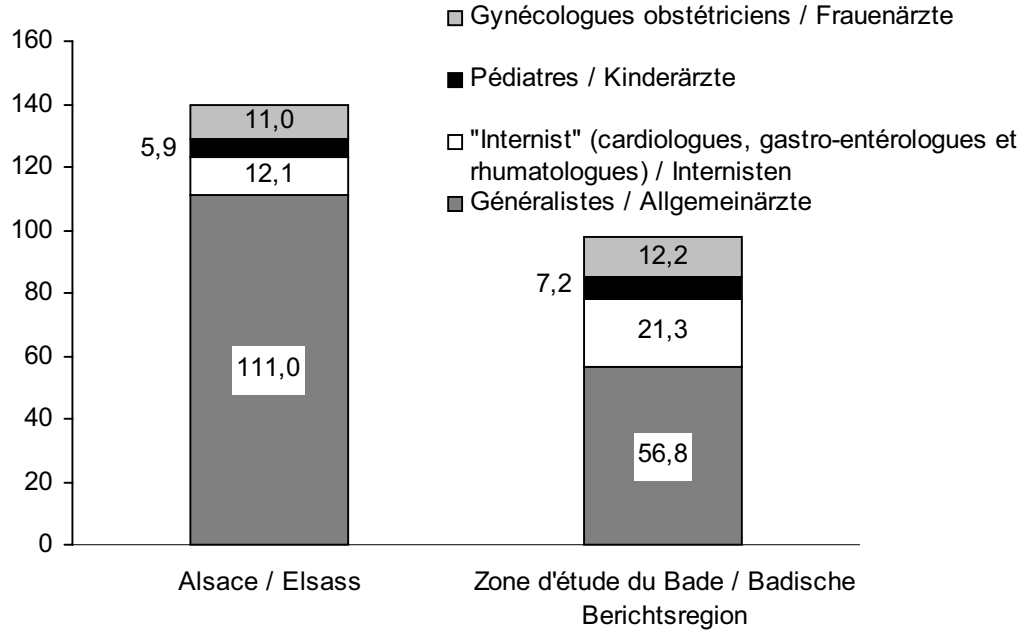
Deutschland klassifiziert man die Ärzte danach, ob sie im ambulanten oder im stationären Versorgungsbereich arbeiten, was nicht genau der Unterscheidung in selbständig oder nicht selbständig tätig in Frankreich entspricht.

Les médecins généralistes

Allgemeinärzte

Densité médicale libérale pour des soins primaires (généralistes et « internist ») en Alsace et dans la zone d'étude du Bade en 1997 (pour 100 000 habitants*)

Niedergelassene Allgemeinärzte und für die primäre ambulante Versorgung bedeutende Fachärzte im Elsass und in der badischen Berichtsregion 1997 (je 100.000 Einwohner*)



Source/Quelle
DREES – CNAMTS - INSEE
Bezirksärztekammer Baden-Württemberg, Kassenärztliche Vereinigungen Nordbaden und Südbaden

** Avertissement : dans ce graphique les effectifs des médecins ont été rapportés à l'ensemble de la population de chaque région. C'est en particulier le cas pour les pédiatres et les gynécologues obstétriciens. Pour ces deux catégories de spécialistes, le prochain graphique présente des densités plus facilement interprétables, car rapportés aux populations concernées par cette offre de soins (respectivement les enfants de moins de 15 ans et les femmes de plus de 15 ans).*

** Hinweis: In dieser Grafik wurden die Ärztezahlen in Verhältnis gesetzt zur Gesamtbevölkerung jeder Region. Dies gilt hier auch für die Kinderärzte und die geburtshilflich-gynäkologischen Ärzte. Für diese beiden Facharztgruppen sind die Arztdichten der nachfolgenden Grafik besser zu interpretieren, da sie dort in Bezug gesetzt wurden zu der Bevölkerungsgruppe, für die das jeweilige Fachgebiet zuständig ist (d.h. die Kinder unter 15 Jahren bzw. die weibliche Bevölkerung ab einem Alter von 15 Jahren).*

En Allemagne comme en France, les

Allgemeinärzte erfüllen in Deutschland

médecins généralistes prennent en charge les soins primaires en médecine ambulatoire. La comparaison des densités médicales de part et d'autre du Rhin amènerait à conclure à une offre pratiquement deux fois plus élevée en Alsace que dans la zone d'étude du Bade-Wurtemberg (barres gris/sombres sur le graphique ci-dessus).

wie in Frankreich die Aufgabe der primären ambulanten Versorgung. Der Vergleich der Ärztedichte beiderseits des Rheins ergibt danach für das Elsass ein fast doppelt so großes Versorgungsangebot im Vergleich zur badischen Berichtsregion (dunkelgrauer Teil der Säulen in der Grafik oben).

Il semble cependant que l'on ne puisse pas directement comparer ces données. En effet, il existe en Allemagne une spécialité médicale les « Internist » qui prend en charge une partie de l'activité de soins primaires en médecine ambulatoire. Ils ont des compétences en rhumatologie, cardiologie et gastro-entérologie. Ces « Internist » peuvent soit se présenter comme « Internist » généralistes soit afficher une orientation particulière dans une des trois spécialités citées précédemment. Pour établir une comparaison entre les données des deux régions frontalières, il faut donc ajouter le nombre d'« Internist » au nombre de médecins généralistes en Allemagne, et les comparer à la somme des médecins généralistes et des rhumatologues, cardiologues et gastro-entérologues libéraux en Alsace (cumul des barres sombres et claires sur le graphique ci-dessus).

Diese Daten scheinen jedoch nicht direkt vergleichbar. So gibt es in Deutschland eine weitere Fachrichtung, die zum Teil auch Aufgaben der primären ambulanten Versorgung übernimmt („Internisten" oder Fachärzte für Innere Medizin, im Elsass: Fachärzte für Rheumatologie, Kardiologie und Gastro-Enterologie). Für den Vergleich von Daten zwischen den Grenzregionen muss die Zahl der Fachärzte für Innere Medizin zu den Allgemeinärzten hinzugerechnet werden, um sie dann mit der Anzahl der selbständigen Allgemeinärzte, der Rheumatologen, der Kardiologen und der Gastro-Enterologen im Elsass zu vergleichen (dunkelgrauer und weißer Teil der Säulen in der Abbildung oben.)

Même après avoir pris cette précaution de calcul, il apparaît que la densité médicale est nettement plus faible dans la zone d'étude du Bade-Wurtemberg (78 pour 100 000) qu'en Alsace (123 pour 100 000). Cette différence n'est pratiquement pas compensée par les densités de pédiatres et de gynécologues plus élevés dans le Bade-Wurtemberg (voir page suivante) qui interviennent également dans le cadre de soins primaires. Ces derniers occupent une place particulière dans le système allemand. Il a, en effet, toujours été possible d'accéder à ces spécialités sans passer par le médecin généraliste.

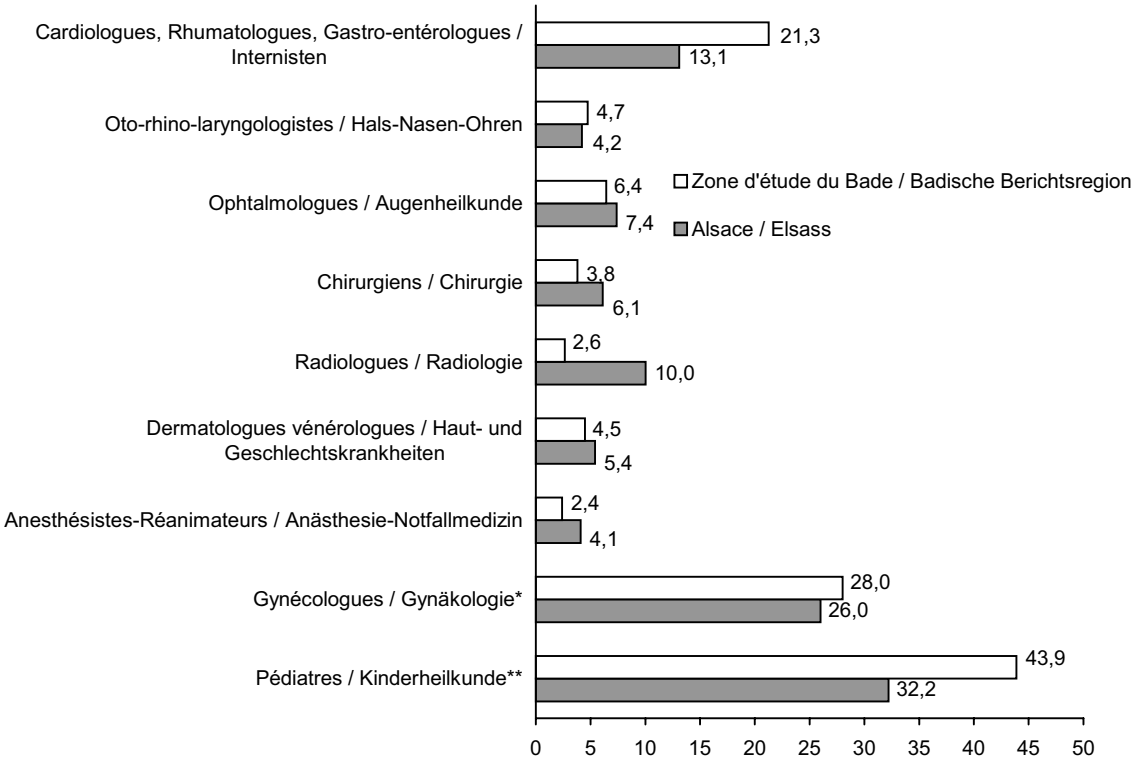
Auch nach Berücksichtigung dieser Tatsache bleibt die Versorgung mit primär ambulant tätigen „Allgemein"-Ärzten in der badischen Berichtsregion deutlich niedriger (78 je 100.000 Einw.) als im Elsass (123 je 100.000). Dieser Unterschied wird praktisch auch nicht durch die etwas höhere Dichte an Kinder- und Frauenärzten in Baden-Württemberg ausgeglichen (s. unten), die ebenfalls in der ambulanten Primärversorgung tätig sind. Diese Fachrichtungen haben eine Sonderrolle im deutschen System, da sie schon immer direkt - ohne Überweisung durch einem Allgemeinarzt - in Anspruch genommen werden konnten.

Les médecins spécialistes

Densité de médecins libéraux suivant la spécialité en Alsace et dans la zone d'étude du Bade en 1999 (pour 100 000 habitants)

Fachärzte

Niedergelassene Fachärzte nach Fachgebiet im Elsass und in der badischen Berichtsregion 1999 (je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
CNAMTS INSEE (sauf rhumatologie et gastro-entérologie/außer Rheumatologie und Gastro-Enterologie : DRASS – SESI)
Kassenärztliche Vereinigungen Nordbaden und Südbaden

** Densité calculée par rapport au nombre de femmes de 15 ans ou plus*
*** Densité calculée par rapport au nombre d'enfants de moins de 15 ans.*

Les densités des Oto-rhino-laryngologistes, comme des ophtalmologues et des dermatologues sont assez proches en Alsace et dans la zone d'étude du Bade-Wurtemberg. Elle est légèrement plus élevée en Alsace pour les chirurgiens et les anesthésistes-réanimateurs, spécialités pour lesquelles la majeure partie de l'offre est hospitalière et n'est donc pas présentée sur ce graphique. L'offre libérale en radiologie est quant à elle nettement plus élevée en Alsace que dans la zone d'étude du Bade. Il ne semble pas

** bezogen auf die Zahl der Frauen im Alter von 15 Jahren und älter*
*** bezogen auf die Zahl der Kinder unter 15 Jahren.*

Die Versorgung mit Hals-Nasen-Ohren-Ärzten wie mit Augenärzten und Hautärzten ist im Elsass und der badischen Berichtsregion sehr ähnlich. Sie ist im Elsass etwas höher für die Chirurgen und Anästhesisten/Notfallmediziner, wobei diese Fachrichtungen überwiegend im stationären Bereich tätig sind und somit auf dieser Grafik nicht dargestellt werden. Das Angebot an niedergelassenen Radiologen ist im Elsass deutlich höher als in der badischen Berichtsregion. Dabei scheinen die im Krankenhaus tätigen Radiologen diesen Unterschied nicht

que les effectifs des radiologues salariés compensent cette différence : en effet, sur l'ensemble du Land du Bade-Wurtemberg, la densité de radiologues hospitaliers est de 4,3 pour 100 000, contre 5 pour 100 000 en Alsace à la même période (source : DREES).

On mesure en revanche une offre plus élevée dans la région allemande pour 3 spécialités :

- les « internist », c'est à dire les cardiologues, rhumatologues et gastro-entérologues. Cette différence compense en partie une offre plus faible en médecine générale : une partie des « internist » allemands ont une activité de médecine générale.
- les pédiatres : s'ils sont plus nombreux dans la zone d'étude du Bade qu'en Alsace, il est probable que cette différence soit compensée en partie par la plus forte offre en médecine générale en Alsace.
- les gynécologues (d'autres données concernant les gynécologues sont analysées dans le chapitre 4).

auszugleichen: So kommen im ganzen Land Baden-Württemberg 4,3 Krankenhausradiologen auf 100.000 Einwohner, im Elsass waren es im gleichen Zeitraum 5 je 100.000 Einwohner (Quelle: DREES).

Im Unterschied dazu ist in der deutschen Region das Versorgungsangebot bei folgenden 3 Fachrichtungen größer:

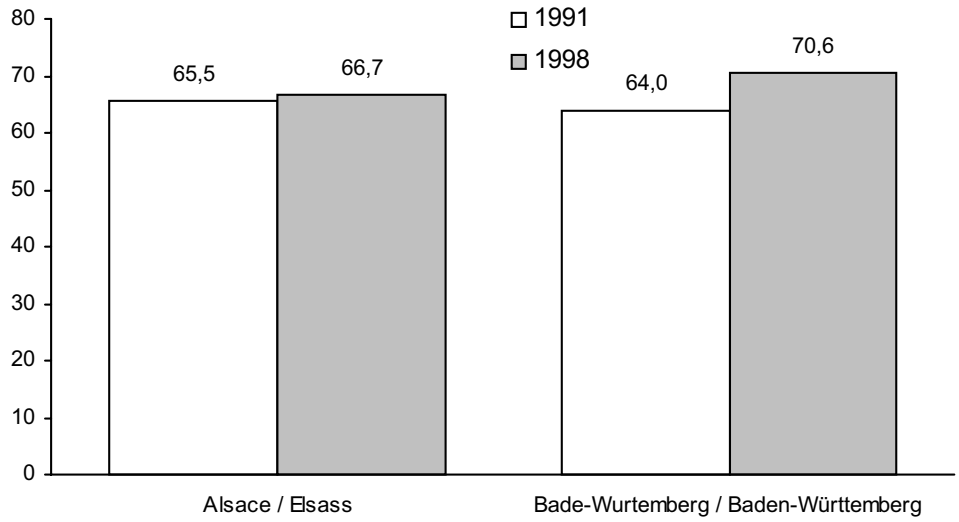
- die „Internisten" (im Elsass die Kardiologen, Rheumatologen und Gastro-Enterologen). Dieser Unterschied gleicht zum Teil die geringere Versorgung mit Allgemeinärzten aus: Ein Teil der deutschen Internisten ist in der Grundversorgung tätig.
- die Kinderärzte: sie sind in der badischen Berichtsregion zahlreicher als im Elsass, dieser Unterschied könnte durch die größere Anzahl an Allgemeinärzten im Elsass ausgeglichen werden.
- die Frauenärzte (weitere Daten zur Gynäkologie und Geburtshilfe sind im Kapitel 4 dargestellt).

Les chirurgiens-dentistes

Densité de chirurgiens dentistes libéraux en Alsace et dans le Bade-Wurtemberg en 1991 et en 1998 (pour 100 000 habitants)

Zahnärzte

Niedergelassene Zahnärzte im Elsass und in Baden-Württemberg 1991 und 1998 (je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
DRASS – DREES – INSEE ; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

On dénombre en 1998, 1 193 chirurgiens-dentistes libéraux en Alsace, 7 358 dans le Bade-Wurtemberg (dont 2 007 dans le Regierungsbezirk de Karlsruhe et 1 659 dans le Regierungsbezirk de Freiburg). Globalement, depuis le début des années 1990 les densités sont très proches de part et d'autre du Rhin.

La densité de chirurgiens-dentistes libéraux n'a pas augmenté en Alsace entre 1991 et 1998, se maintenant autour de 66 pour 100 000. On observe en revanche une légère augmentation pour le Land du Bade-Wurtemberg, passant de 64 en 1991 à 71 pour 100 000 en 1998.

1998 wurden im Elsass 1.193 niedergelassene Zahnärzte (wörtlich „Zahnchirurgen") gezählt, 7.358 in Baden-Württemberg (davon 2.007 im Regierungsbezirk Karlsruhe und 1.659 im Regierungsbezirk Freiburg). Insgesamt ist seit Beginn der 90er Jahre die Versorgung mit Zahnärzten beiderseits des Rheins sehr ähnlich.

Die Versorgungsdichte mit Zahnärzten hat im Elsass zwischen 1991 und 1998 nicht zugenommen und blieb bei etwa 66 je 100.000 Einwohnern. Im Gegensatz dazu ist in Baden-Württemberg eine leichte Zunahme von 64 im Jahr 1991 auf 71 im Jahr 1998 jeweils auf 100.000 Einwohner zu verzeichnen.

Les autres professions de santé

Les infirmiers

Les données de démographie des infirmiers libéraux ne sont plus disponibles en Allemagne depuis le début des années 1990.

En 2000, 1 102 infirmiers libéraux exercent en Alsace, ce qui représente une densité nettement inférieure à la moyenne nationale (63,5 pour 100 000 contre 97,4 pour 100 000). A contrario, les infirmiers salariés sont plus nombreux dans la région que sur l'ensemble du pays (11 310 infirmiers soit une densité de 652,2 pour 100 000 contre 556,9 en moyenne nationale).

Les pharmaciens

Il faut signaler qu'en Alsace-Moselle un quota limite l'ouverture de nouvelles pharmacies à une pour 3 500 habitants (sauf dérogations), régime différent de celui pratiqué pour le reste de la France où le quota est d'une officine pour 2 500 ou 3 000 habitants, en fonction de la taille de la commune.

Ces mesures législatives se traduisent en Alsace par un nombre de pharmaciens par officine plus importants. La densité de pharmaciens non titulaires est en conséquence supérieure à la moyenne nationale.

En 1997 en Alsace, on compte 1 502 pharmaciens dont 531 titulaires d'officine. Dans la zone d'étude du Bade on dénombre 655 pharmacies en février 1997. La densité des officines est proche dans ces deux régions : 31 pour 100 000 en Alsace et 30 pour 100 000 dans le Bade.

Weitere Gesundheitsberufe

Krankenpfleger und -schwestern

Daten über selbständig tätige Krankenschwestern und -pfleger sind in Deutschland seit Beginn der 90er Jahre nicht mehr verfügbar.

Im Jahr 2000 übten im Elsass 1.102 Krankenschwestern und -pfleger ihre Tätigkeit als Selbständige aus, die Versorgungsdichte liegt damit deutlich unter dem nationalen Durchschnitt (63,5 gegenüber 97,4 jeweils auf 100.000 Einw.). Im Gegensatz dazu sind die angestellten Pflegekräfte in der Region häufiger als im gesamten Land (11.310 Krankenschwestern und -pfleger, das entspricht einer Dichte von 652,2 pro 100.000 Einwohnern, gegenüber 556,9 im nationalen Mittel).

Apotheker und Apotheken

Hier muss beachtet werden, dass in der Region Elsass-Mosel die Neueröffnung der Apotheken (von Ausnahmen abgesehen) auf eine je 3.500 Einwohner begrenzt ist. Diese Regelung weicht vom Rest Frankreichs ab, wo die Begrenzung auf einer Apotheke je 2.500 bis 3.000 Einwohner liegt abgestuft nach Wohnortgröße.

Die gesetzlichen Regelungen wirken sich im Elsass somit in einer höheren Zahl von Apothekern je Apotheke aus. Dementsprechend sind Apotheker ohne eigene Apotheke im Elsass häufiger als in Frankreich insgesamt.

1997 wurden im Elsass 1.502 Apotheker gezählt, davon 531 als Inhaber einer Apotheke. Im Februar 1997 gab es in der badischen Berichtsregion 655 Apotheken. Die Apothekendichte ist in beiden Gebieten ähnlich: 31 auf 100.000 Einwohner im Elsass und 30 je 100.000 in Baden.

Les Médecines parallèles (« Heilpraktiker »)

En Allemagne, la pratique des médecines parallèles est encadrée par la loi. En 1957, des écoles de formation de « Heilpraktiker » furent ouvertes sur décision du tribunal administratif d'Etat. Elles doivent permettre en particulier à ces praticiens de rediriger leurs clients vers la médecine en cas de besoin.

Les effectifs des « Heilpraktiker » ont connu une forte hausse entre 1970 et 1990, passant de 1 900 à 7 000 sur l'ensemble du pays. En 1998, ils étaient 14 000 à exercer outre-Rhin (estimations nationales à partir des données du « Micro-recensement à 1 % »). L'information n'est pas disponible à l'échelle des Länder[3].

Alternative Medizin („Heilpraktiker")

In Deutschland ist die Tätigkeit als „Heilpraktiker" gesetzlich geregelt. 1957 wurden Schulen zur Ausbildung von Heilpraktikern aufgrund einer Entscheidung eines Verwaltungsgerichts eröffnet. Insbesondere soll ein Heilpraktiker dazu in der Lage sein, im Bedarfsfall seine Patienten an eine „klassische" medizinische Versorgung weiterzuleiten.

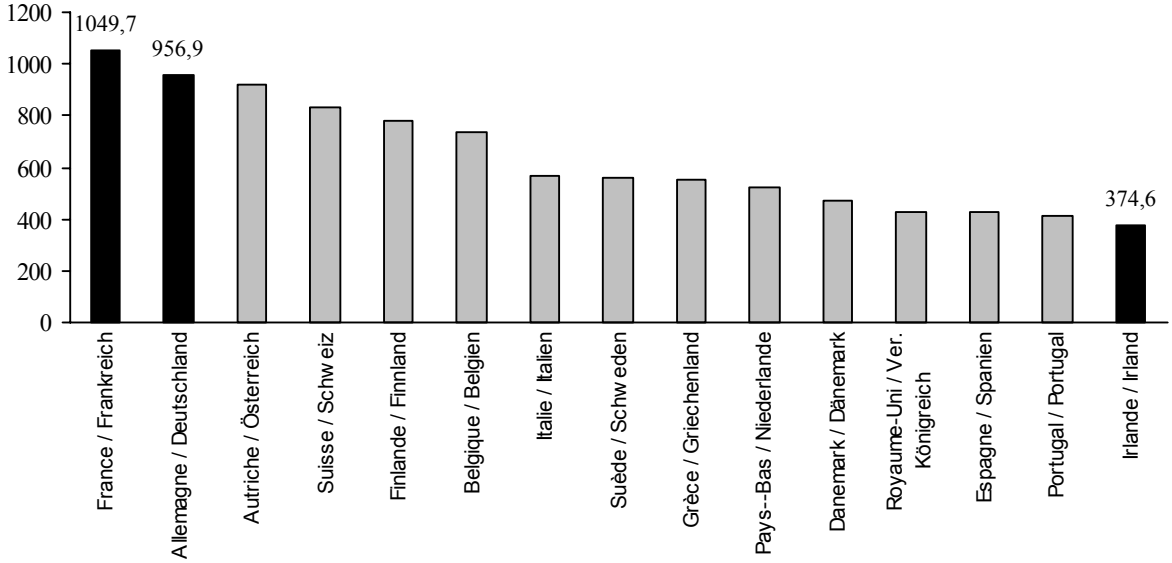
Die Zahl der Heilpraktiker hat zwischen 1970 und 1990 im gesamten Bundesgebiet von 1.900 auf 7.000 deutlich zugenommen. 1998 übten nach Schätzungen des Mikrozensus (1 % der Bevölkerung) 14.000 Personen bundesweit diese Tätigkeit aus. Auf Länderebene gibt es dazu keine Daten[3].

SYSTEME HOSPITALIER EN EUROPE

Taux d'équipement hospitalier (nombre de lits pour 100 000 habitants) en Europe en 1996

KRANKENHAUSVERSORGUNG IN EUROPA

Krankenhausversorgung (Anzahl der Betten je 100.000 Einwohner) in Europa 1996



Source/Quelle
OMS/WHO Europe

Selon l'OMS, les taux d'équipement hospitaliers mesurés en Europe varient de 374,6 pour 100 000 en Irlande à 1 049,7 en France. La France et l'Allemagne arrivent en tête des pays européens.

En ce qui concerne les lits de soins de courte durée (définis par l'OMS comme les lits dont la durée moyenne de séjour est de 18 jours ou moins, exclusion faite des lits pour personnes âgées, pour le traitement de la tuberculose...), les écarts entre pays européens sont également très marqués. Si l'Allemagne reste en tête des pays les mieux équipés, la France se situe en 6ème position. La proportion de lits de court séjour par rapport à l'offre hospitalière totale est très variable : elle est de 76 % en Allemagne contre 47 % en France.

Nach Angaben der WHO variiert in Europa die Ausstattung mit Krankenhausbetten zwischen 374,6 in Irland und 1.049,7 in Frankreich (jeweils auf 100.000 Einwohner). Frankreich und Deutschland liegen an der Spitze unter den europäischen Ländern.

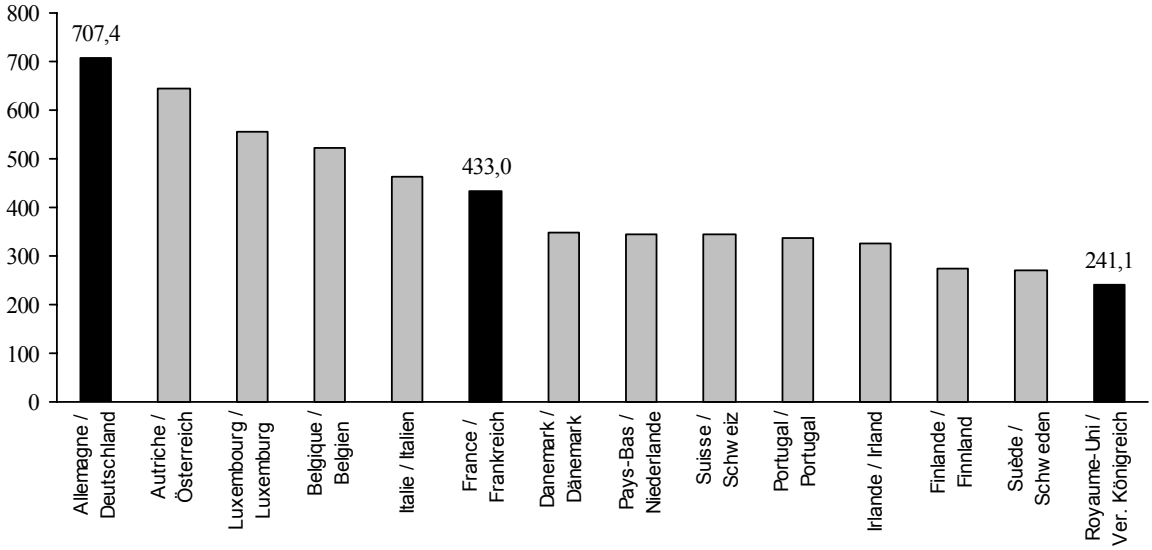
Auch bei der Ausstattung mit Betten der Akutversorgung (nach der Definition der WHO sind dies Betten mit einer mittleren Verweildauer von weniger als 18 Tagen, ausschließlich Spezialbetten für alte Menschen, die Tuberkulose-Behandlung...) bestehen deutliche Unterschiede unter den europäischen Ländern[1]. Während Deutschland an der Spitze der am besten ausgestatteten Länder liegt, nimmt Frankreich den 6ten Rang ein. Der Anteil der Akutbetten an der Gesamtzahl der Krankenhausbetten unterscheidet sich ebenfalls deutlich zwischen Deutschland mit 76 % und Frankreich mit 47 %.

Etant donnée la complexité des définitions utilisées par l'OMS, il faut sans doute rester prudent en ce qui concerne ces données. Tous les états participant peuvent-ils fournir des statistiques correspondant réellement aux définitions ?

Berücksichtigt man die Komplexität der von der WHO verwendeten Definitionen, so sollten diese Daten zweifellos vorsichtig interpretiert werden. Können alle Mitgliedsstaaten statistische Daten liefern, die wirklich den Definitionen entsprechen?

Taux d'équipement de lits de soins de courte durée en Europe en 1997 (pour 100 000 habitants)

Ausstattung mit Krankenhausbetten für die Akutbehandlung in Europa 1997 (je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
OMS/WHO Europe

LES EQUIPEMENTS HOSPITALIERS DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR

La nomenclature des établissements ou des services semble assez proche de part et d'autre de la frontière :
En **France**, on distingue :

- les services de soins de courte durée : comparables aux établissements classés en « Akutversorgung » en Allemagne (hors psychiatrie)
- les services de soins de suite et de réadaptation : comparables aux « Rehabilitationseinrichtungen »
- les services de soins de longue durée, concernant essentiellement des personnes âgées lourdement dépendantes
- les services de psychiatrie

En **Allemagne**, on distingue seulement deux types d'établissement :

- Akutversorgung ; il s'agit des établissements de soins de courte durée. Ce groupe d'établissement distingue les hôpitaux généraux « Allgemeine krankenhäuser », les hôpitaux psychiatriques (parfois associés à la neurologie), et les hôpitaux de jour (ou de nuit).
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen : qui regroupe des établissements de soins de suite, des établissements de réadaptation et des établissements « de prévention ».

En Allemagne, il n'y a pas d'équivalent hospitalier aux services de soins de longue durée. Des établissements spécifiques, financés par la « Pflegeversicherung » (assurance dépendance) depuis 1995 et réglementés en ce qui concerne l'équipement et les personnels par une loi sur les hébergements, prennent en charge les personnes âgées dépendantes. Ces établissements peuvent être plus ou moins médicalisés et certains sont aptes à accueillir des patients qui, en

EINRICHTUNGEN DER KRANKENHAUSVERSORGUNG IM OBERRHEINTAL

Die Bezeichnungen für stationäre Einrichtungen und Dienste scheinen sich beiderseits der Grenze weitgehend zu entsprechen:
In **Frankreich** unterscheidet man:

- Dienste der Kurzzeitversorgung vergleichbar mit Krankenhäusern der „Akutversorgung" in Deutschland (ohne Psychiatrie)
- Dienste zur Anschlußversorgung und Wiedereingliederung, die den „Rehabilitationseinrichtungen" entsprechen
- Dienste der Langzeitversorgung, die im wesentlichen die Pflege von alten Menschen mit hoher Pflegebedürftigkeit gewährleisten
- Psychiatrische Einrichtungen

In **Deutschland** werden nur zwei Arten von Einrichtungen unterschieden:

- Akutversorgung: Dabei handelt es sich um Einrichtungen zur Kurzzeitversorgung. Innerhalb dieser Kategorie werden Allgemeinkrankenhäuser, psychiatrische Einrichtungen (teilweise mit Neurologie) und Tageskliniken (bzw. Nachtkliniken) unterschieden.
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen: Diese umfassen Einrichtungen zur Anschlussheilbehandlung, zur Rehabilitation und Vorbeugung.

In Deutschland gibt es keine Krankenhäuser zur Langzeitpflege, vergleichbar mit denen in Frankreich. Spezielle Einrichtungen sichern die Versorgung von pflegebedürftigen, in der Regel alten Menschen. Sie wird hauptsächlich durch die 1995 eingeführte Pflegeversicherung finanziert, die Versorgungsstandards sind im Heimgesetz geregelt Diese Pflegeheime bieten abgestufte medizinische Betreuung bis hin zur Komplettversorgung bzw. Intensivpflege schwerst pflegebedürftiger Patienten, die in Frankreich in

France, auraient relevé d'une hospitalisation en service de soins de longue durée.

Au 31 décembre 1997, on dénombre en **Alsace** 16 140 lits en hospitalisation complète (soit une densité de 94 pour 10 000 habitants). On distingue en particulier : 8 083 lits en soins de courte durée (47 pour 10 000), 2 755 en soins de suite et de réadaptation (16 pour 10 000), 3 649 lits de soins de longue durée (21 pour 10 000) et 1 653 lits de psychiatrie (10 pour 10 000) (source : Statistique Annuelle des Etablissements 1998, DREES).

Cette même année, 98 072 lits sont installés dans les hôpitaux du **Bade-Wurtemberg** (94 lits pour 10 000 habitants). Dans les établissements classés en « Akutversorgung » (soins de courte durée et psychiatrie) on dénombre 66 478 lits, soit un taux d'équipement de 64 pour 10 000. Les lits des « Rehabilitationseinrichtungen » sont au nombre de 31 594 (30,4 pour 10 000 habitants).

die Zuständigkeit der Langzeitkrankenhäuser fallen würde.

Am 31. Dezember 1997 wurden im **Elsass** 16.140 vollstationäre Krankenhausbetten gezählt (was einer Dichte von 94 Betten je 10.000 Einwohnern entspricht). Hierbei unterscheidet man zwischen: 8.083 Betten zur Kurzzeitbehandlung (47 auf 10.000 Einw.), 2.755 Betten für Anschluß- und Rehabilitationsbehandlungen (16 je 10.000), 3.649 Langzeitpflegebetten (21 je 10.000) und 1.653 psychiatrische Betten (10 auf 10.000) (Quelle: Statistique Annuelle des Etablissements 1998, DREES).

Im gleichen Jahr waren in den Krankenhäusern **Baden-Württembergs** 98.072 Betten aufgestellt (94 Betten pro 10.000 Einwohner). In den Häusern der Akutversorgung (Kurzzeitpflege und Psychiatrie) bestanden 66.478 Betten, damit kamen auf 10.000 Einwohner 64 Betten. Die Rehabilitationseinrichtungen hatten 31.594 Betten (30,4 pro 10.000 Einwohner).

Taux d'équipement hospitalier en Alsace et dans le Bade-Wurtemberg en 1997 (pour 10 000 habitants), hors soins de longue durée

Ausstattung mit Krankenhausbetten im Elsass und Baden-Württemberg in 1997 (je 10.000 Einwohner), ohne Pflegeeinrichtung

Source/Quelle
Statistiches Landesamt Baden-Württemberg / DREES – INSEE

A ce niveau d'agrégation statistique, il semble que le taux d'équipement hospitalier global (soins de courte durée, psychiatrie et services de soins de suite et de réadaptation) soit plus faible en Alsace que dans le Bade-Wurtemberg. La différence s'explique avant tout par une offre en lits de soins de suite et de réadaptation nettement plus développée du côté allemand. Ces données mériteraient d'être approfondies par une comparaison systématique des activités prises en charge par chaque type d'établissement. Les statistiques disponibles ne permettent pas, à elles seules, de faire un tel travail ; seule une étude spécifique permettrait de contrôler la comparabilité des données recueillies de part et d'autre du Rhin.

Auf diesem statistischen Agregationsniveau scheint die Krankenversorgung insgesamt (Kurzzeitpflege, Psychiatrie und Einrichtungen zur Anschluß- und Rehabilitationsbehandlung) im Elsass geringer als in Baden-Württemberg. Der Unterschied besteht vor allem in einem deutlich höheren Angebot an Betten zur Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation auf deutscher Seite. Diese Betrachtungen sollten durch einen systematischen Vergleich der Leistungen in den einzelnen Einrichtungsarten vertieft werden. Da dies mit den vorliegenden Daten jedoch nicht alleine möglich ist, könnte nur eine spezielle Studie die Vergleichbarkeit der für die beiden Seiten des Rheins vorliegenden Daten klären.

Répartition des lits suivant les spécialités des services

L'analyse plus détaillée de l'équipement hospitalier se heurte, une fois de plus, aux divergences des systèmes statistiques français et allemands. La répartition des lits suivant la spécialité n'est pas la même dans les deux pays :

- En **Allemagne** : on distingue 7 spécialités (voir graphique page suivante) et une catégorie autre.
- En **France** : pour le court-séjour on distingue uniquement les spécialités médicales, des spécialités chirurgicales et de la gynécologie-obstétrique. La psychiatrie est comptabilisée à part.

Il n'est pas possible, à partir des données françaises, de recréer les catégories utilisées en Allemagne, ni de regrouper les catégories allemandes pour obtenir les 3 types de lits considérés en France.

On peut tout de même établir quelques comparaisons (avec toutes les réserves émises précédemment) :
- les taux d'équipement en

Krankenhausbetten nach Fachrichtungen

Ein detaillierter Vergleich der Krankenhausversorgung scheitert – wiederum – an den Unterschieden in den französischen und deutschen Statistiken, da die Zuordnung der Betten zu den Fachrichtungen in den beiden Ländern sich nicht genau entspricht:

- In **Deutschland** werden 7 Fachrichtungen (siehe folgende Darstellung) sowie eine Kategorie „Sonstige" unterschieden.
- In **Frankreich** werden in der Kurzzeitversorgung nur die medizinische, die chirurgische und die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachrichtung unterschieden. Die Psychiatrie wird extra aufgeführt.

Es ist weder möglich, aus den französischen Daten die in Deutschland benutzen Kategorien zu erstellen, noch die deutschen Kategorien zu den 3 in Frankreich verwendeten Fachrichtungen zusammenzufassen.

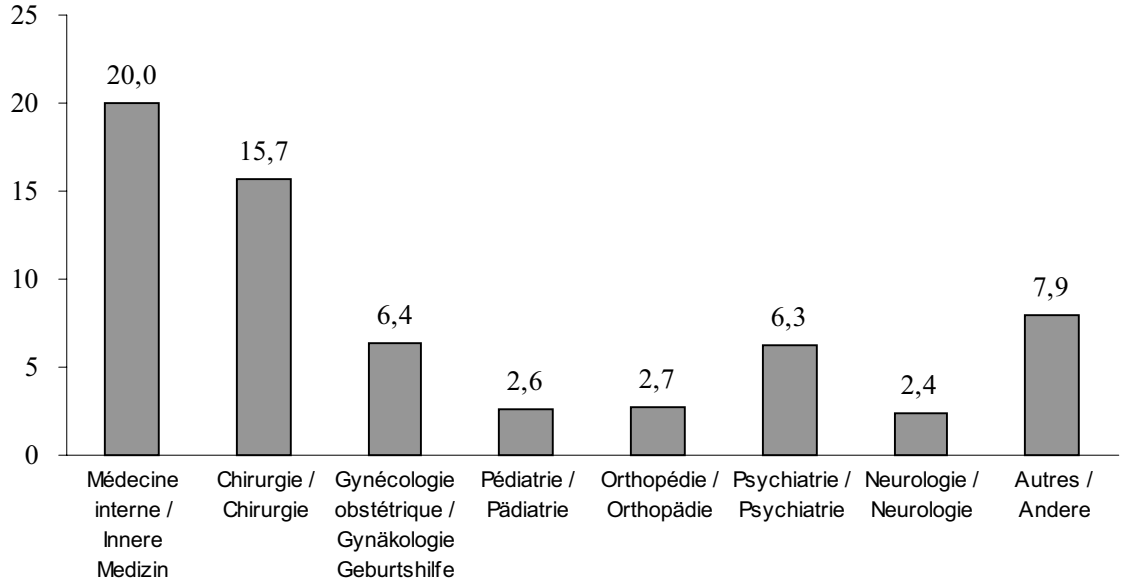
Immerhin können - unter den bereits genannten Vorbehalten - einige Vergleiche gezogen werden:
- die Versorgungsdichte mit

psychiatrie sont plus élevés en Alsace que dans le Bade-Wurtemberg,
- les taux d'équipement en gynécologie-obstétrique sont plus élevés dans le Bade-Wurtemberg.

psychiatrischen Betten ist im Elsass höher als in Baden-Württemberg,
- die Ausstattung mit geburtshilflich-gynäkologischen Betten ist höher in Baden-Württemberg.

Répartition des lits hospitaliers selon la spécialité dans le Bade-Wurtemberg en 1997 (taux pour 10 000 habitants)

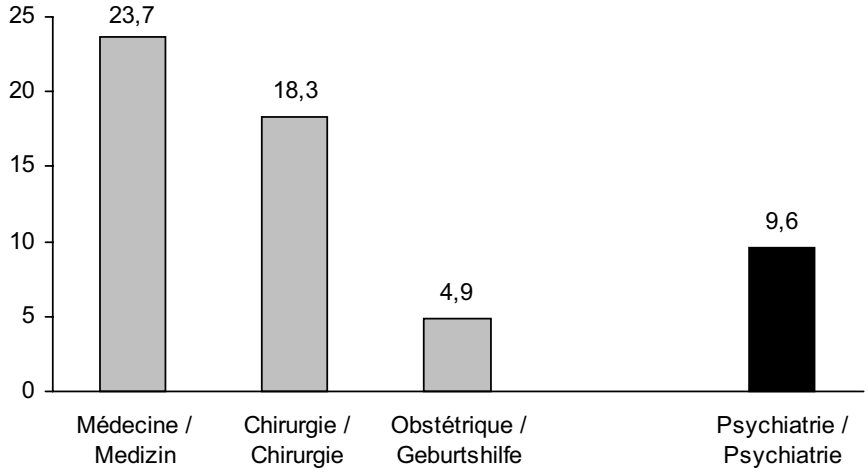
Aufteilung der Krankenhausbetten nach Fachrichtungen in Baden-Württemberg 1997 (Anzahl je 10.000 Einwohner)



Source/Quelle
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Krankenhausstatistik)

Répartition des lits de court-séjour* et de psychiatrie selon la spécialité en Alsace en 1997 (taux pour 10 000 habitants)

Aufteilung der Kurzzeit-Betten* nach Fachrichtungen sowie psychiatrische Betten im Elsass 1997 (Anzahl je 10.000 Einwohner)



Source/Quelle
Statistique Annuelle des Etablissements 1997 – DREES
INSEE (estimations de la population / Bevölkerungsschätzung)

** médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique.*

** Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie-Geburtshilfe.*

L'activité hospitalière

On retrouve, pour la mesure de l'activité hospitalière, les difficultés de comparaison citées précédemment (divergence des systèmes statistiques, problèmes de définitions des spécialités médicales).

Pour comparer les durées moyennes de séjour et les taux d'occupation des lits d'hospitalisation de part et d'autre du Rhin, il faudrait pouvoir définir des spécialités médicales comparables en France et en Allemagne. Ce n'est pas le cas actuellement.

En 1997, dans les hôpitaux « Akutversorgung » du **Bade-Wurtemberg**, la durée moyenne de séjour est globalement de 11,2 jours (pour les sept catégories définies précédemment, comprenant en particulier les lits de psychiatrie). Le détail par service montre de fortes disparités (voir graphique page suivante).

Leistungen in der Krankenhausversorgung

Bei der Beschreibung der stationären Leistungen bestehen ebenfalls die bereits oben genannten Schwierigkeiten (Unterschiede bei den statistischen Systemen, Probleme der Definition medizinischer Fachrichtungen).

Der Vergleich der mittleren Aufenthaltsdauer sowie der Bettennutzung beiderseits des Rheins setzt die Definition vergleichbarer medizinischer Fachrichtungen voraus. Dies ist derzeit nicht gegeben.

In **Baden-Württemberg** lag 1997 die mittlere Verweildauer in Krankenhäusern der Akutversorgung bei 11,2 Tagen (für die oben genannten 7 Fachrichtungen, insbesondere einschließlich Psychiatrie). Unter den Fachrichtungen bestehen deutliche Unterschiede (siehe folgende Graphik).

Cette même année en **Alsace**, la durée moyenne de séjour était de 5,6 jours en soins de courte durée et de 27,9 jours en psychiatrie.

Dans les services de soins de suite et de réadaptation alsaciens, la durée moyenne de séjour est de 26,3 jours en 1997, contre 26,7 jours dans les établissements du Bade-Wurtemberg.

De façon globale, la tendance en **France comme en Allemagne** est à une diminution des durées moyennes de séjour accompagnant une diminution du nombre de lits. Le nombre d'entrées est quant à lui en constante augmentation (source : FNORS SCORE santé – Gesundheitsrahmenbericht Baden-Württemberg).

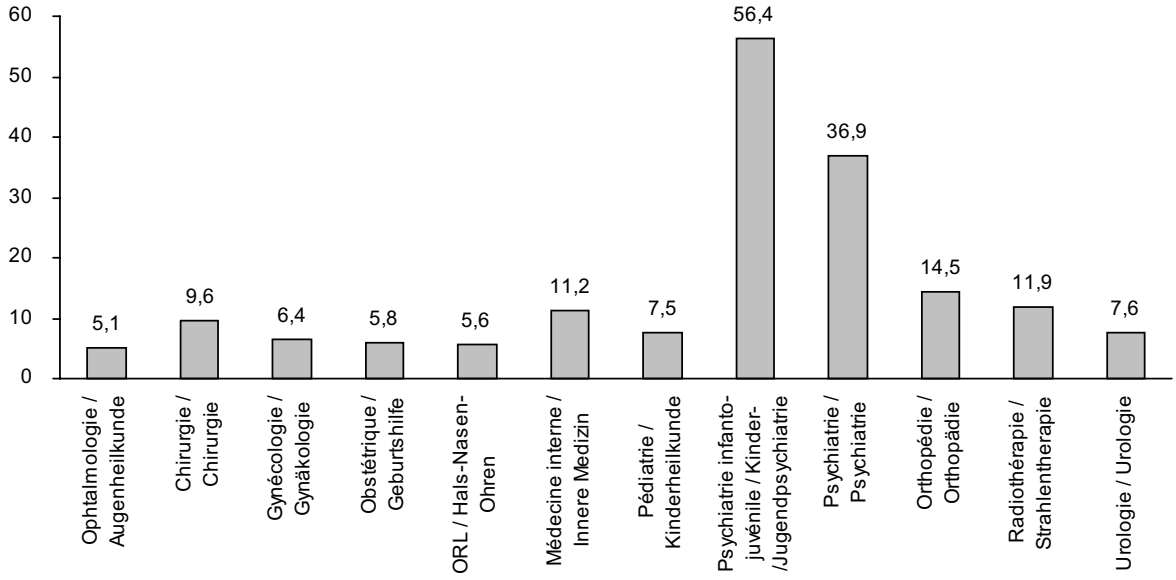
Im **Elsass** lag die durchschnittliche Verweildauer im gleichen Jahr in der Kurzzeitpflege bei 5,6 Tagen und bei 27,9 Tagen in der Psychiatrie.

In den elsässischen Einrichtungen zur Anschluß- und Rehabilitationsbehandlung lag die durchschnittliche Verweildauer 1997 bei 26,3 Tagen, in den entsprechenden Einrichtungen Baden-Württembergs bei 26,7 Tagen.

Generell besteht in **Frankreich wie in Deutschland** bereits seit Jahren eine Tendenz zur Verringerung der mittleren Verweildauer in Verbindung mit einer Reduktion der Bettenzahl. Dagegen steigt die Zahl der Krankenhausaufenthalte konstant an (Quelle: FNORS Score Santé – Gesundheitsrahmenbericht Baden-Württemberg).

Durée moyenne de séjour par type de service dans les hôpitaux du Bade-Wurtemberg en 1997 (exprimés en jours)

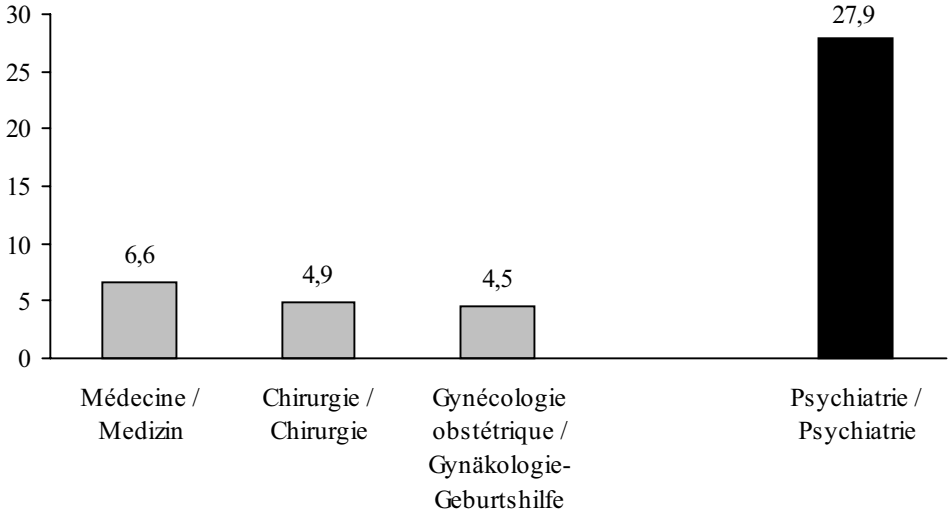
Mittlere Auftenthaltsdauer nach Fachrichtung in den Krankenhäusern Baden-Württembergs 1997 (in Tagen)



Source/Quelle
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Krankenhausstatistik)

Durée moyenne de séjour par type de service dans les hôpitaux d'Alsace en 1997 (exprimés en jours)

Mittlere Auftenthaltsdauer nach Fachrichtung in den Krankenhäusern des Elsass 1997 (in Tagen)



Source/Quelle
Statistique Annuelle des Etablissements 1997 – DREES
INSEE (estimations de la population/Bevölkerungsschätzung)

Personnel médical et paramédical

Les médecins hospitaliers

On dénombre 2 836 médecins salariés (y compris les attachés, non compris les internes) dans les hôpitaux **alsaciens** au 31 décembre 1997, soit 1 934 équivalents temps plein. Ces statistiques correspondent à l'ensemble des services hospitaliers de la région, c'est à dire les services de soins de courte durée, de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée.

Dans le **Bade-Wurtemberg**, on compte en 1997, en « Akutkrankenhäuser » (soins de courte durée et psychiatrie) 13 009 médecins hospitaliers (donc salariés), 1 571 médecins en formation (internes) et 232 dentistes. Il ne s'agit que de médecins exerçant à temps plein. Dans les établissements de « prévention et de réadaptation »

Ärztliches und Pflegepersonal

Krankenhausärzte

In den **elsässischen** Krankenhäusern wurden zum 31. Dezember 1997 2.836 angestellte Ärzte gezählt (darunter die „angegliederten" Belegärzte, ausschließlich Ärzte in Ausbildung), dies entspricht 1.934 Vollzeitstellen. Diese Zahlen gelten für alle Krankenhäuser in der Region, d.h. für die Kurzzeitversorgung, die Psychiatrie, die Anschluß- und Rehabilitationsbehandlung und die Langzeitpflege.

In **Baden-Württemberg** wurden 1997 in den Akutkrankenhäusern (einschließlich Psychiatrie) 13.009 Krankenhausärzte (in nicht selbständiger Beschäftigungsform) gezählt, 1.571 Ärzte in der Ausbildung und 232 Zahnärzte. Dabei handelt es sich ausschließlich um Vollzeitstellen. In den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wurden

(Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen) sont dénombrés 1 299 médecins hospitaliers et 41 médecins en formation. Il est très difficile de comparer ces données à celles de l'Alsace.

1.299 Krankenhausärzte und 41 Ärzte in Ausbildung gezählt. Es ist sehr schwierig, diese Daten mit denen des Elsass zu vergleichen.

L'analyse détaillée par type de service n'est pas directement disponible en France ni en Allemagne.

Eine detaillierte Aufschlüsselung nach Fachrichtungen ist unmittelbar weder in Frankreich noch in Deutschland verfügbar.

Le personnel paramédical (infirmiers et aides soignantes)

En 1997, dans les établissements hospitaliers alsaciens, on dénombrait 7 913 infirmiers, 1 014 cadres infirmiers et 715 infirmiers spécialisés (anesthésistes...).

Pflegepersonal (Krankenschwestern und -pfleger sowie Pflegehilfskräfte)

1997 wurden in den elsässischen Krankenhäusern 7.913 Pflegekräfte gezählt, 1.014 leitende Pflegekräfte und 715 Pflegekräfte mit Zusatzausbildungen (Anästhesie...).

Dans le Bade-Wurtemberg, 44 467 infirmiers (y compris puéricultrices) travaillent dans les établissements hospitaliers cette même année, ce qui représente une densité inférieure à celle calculée en Alsace (42,8 pour 10 000).

In Baden-Württemberg arbeiteten im gleichen Jahr 44.467 Krankenschwestern und –pfleger (einschließlich Kinderkrankenschwestern) in den Krankenhäusern, was im Vergleich zum Elsass einer geringeren Versorgung entspricht (42,8 je 10.000 Einw.).

En ce qui concerne les aides soignants, on dénombre 8 341 professionnels (dont 55 % n'ont pas de diplôme spécifique) dans les établissements hospitaliers du Bade-Wurtemberg en 1997.

8.341 Pflegehilfskräfte wurden 1997 in den Krankenhäusern Baden-Württembergs gezählt (darunter 55 % ohne anerkannte Ausbildung).

En 1997, les établissements hospitaliers alsaciens emploient 6 176 aides-soignants.

1997 waren in den elsässischen Krankenhäusern 6.176 Pflegehilfskräfte beschäftigt.

Encore une fois, ces données ne sont pas actuellement comparables. Elles ne concernent pas les mêmes types de services : les statistiques françaises sont relatives à l'ensemble des services hospitaliers, alors que les données allemandes ne concernent que les services de soins de courte durée, de psychiatrie et le services de soins de suite et de réadaptation.

Erneut sind diese Daten nicht direkt vergleichbar, da sie nicht die gleiche Art der Einrichtung betreffen: Die französischen Statistiken gelten für alle Krankenhäuser, während die deutschen Daten nur die Einrichtungen für die Akutversorgung, für Psychiatrie sowie die Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen umfassen.

Par ailleurs, une comparaison fiable des différentes catégories de personnel devrait passer par une comparaison des attributions de chacun des professionnels de l'équipe soignante.

Außerdem müsste ein zuverlässiger Vergleich der verschiedenen Personalkategorien mit einem Vergleich ihrer jeweiligen Aufgabenstellung im Pflegeteam verbunden werden.

Consommation transfrontalière de soins

En France, l'Assurance Maladie peut prendre en charge des soins délivrés en Allemagne sous certaines conditions :

- si l'assuré est un travailleur frontalier : il a, dans ce cas, la possibilité de choisir librement son lieu de soins,
- si l'assuré n'est pas un travailleur frontalier : il peut être pris en charge à l'étranger pour des soins remboursés en France qui ne peuvent être délivrés dans un « délai normalement nécessaire » dans le pays, ou en cas d'urgence au cours d'un séjour à l'étranger.

Les demandes de soins à l'étranger ont fait l'objet d'une étude par le régime général d'Assurance Maladie [13]. Si elles sont peu nombreuses, l'étude montre qu'elles sont en constante augmentation, passant de 38 en 1995 à 223 en 2000. Ces demandes, qui sont jugées appropriées dans 9 cas sur 10, concernent souvent un besoin de PET-scan (équipement d'imagerie médicale) ou de dialyse. Elles traduisent une insuffisance de l'offre de soins régionale pour ces deux types d'équipements. Les travailleurs frontaliers ne sont pas pris en compte par cette étude.

« En 1997, les frontaliers alsaciens au nombre de 30 000 avaient pour eux-mêmes (et pas pour leurs ayant-droits) le libre accès au système de soins ambulatoires et hospitaliers aussi bien allemands que français. Or les caisses allemandes ont constaté que ces frontaliers ne faisaient pas grand usage de la possibilité d'être soignés en Allemagne, même si à certaines époques des prestations particulières (lunettes, dans une moindre mesure prothèses dentaires) étaient sollicitées en Allemagne en raison d'une meilleure prise en charge.[14] »

Grenzüberschreitende Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung

In Frankreich kann die Krankenversicherung unter bestimmten Bedingungen die Kosten für Gesundheitsversorgung in Deutschland übernehmen:

- Wenn der Versicherte ein Grenzgänger ist, kann er in diesem Fall den Ort seiner Versorgung frei wählen.
- Wenn der Versicherte kein Grenzgänger ist, kann er im Ausland mit Leistungen versorgt werden, die in Frankreich erstattungsfähig sind, aber nicht zu einem „normalerweise benötigten Termin" im Land zur Verfügung gestellt werden können, sowie im Notfall während eines Auslandsaufenthalts.

Die Nachfrage nach Versorgungsleistungen im Ausland waren Gegenstand einer Studie der allgemeinen Krankenversicherung.[13] Auch wenn sie bisher zahlenmäßig gering ist, so ist ihre Anzahl doch stetig von 38 im Jahr 1995 auf 223 im Jahr 2000 gestiegen. Die Anfragen, die in 9 von 10 Fällen als angemessen eingestuft werden, betreffen überwiegend die Positronen-Emmissions-Tomographie (PET, medizinisches Bildgebungsverfahren) bzw. die Dialyse. Sie weisen bei diesen beiden Verfahren auf ein unzureichendes regionales Angebot hin. Grenzgänger wurden in dieser Studie nicht berücksichtigt.

„1997 hatten die 30.000 elsässischen Grenzgänger für sich selbst (nicht für ihre mitversicherten Familienmitglieder) einen freien Zugang zu den ambulanten und stationären Versorgungsangeboten sowohl in Deutschland wie auch in Frankreich. Die deutschen Krankenkassen stellten jedoch fest, dass die Grenzgänger keinen großen Gebrauch von der Möglichkeit machten, in Deutschland behandelt zu werden, auch wenn zu gewissen Zeiten bestimmte Leistungen (Brillen, in geringerem Umfang auch Zahnersatz) in Deutschland nachgefragt wurden wegen eines höheren Erstattungsanteils.[14]"

[1] *Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, D.-C. LAMBERT, Seuil, 2000, 523 p.
[2] *La Maîtrise des dépenses dans le système de santé allemand : Le secteur ambulatoire*, Journal d'Economie Médicale*, 1993, N°5 p.265-279*
[3] *Das Gesundheitswesen in Deutschland*. BESKE, HALLAUER; 1999
[4] *Indikatorensatz.,* Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB), 1996, p. 222
[5] *Economie de la santé : Le système français* A. BERESNIAK et G. DURU, MASSON, 4ème édition, mars 1997, page 23
[6] *Le régime général en 1997 ,* Carnets statistiques 1998, n°99, L'Assurance Maladie
[7] *La santé en Europe.* La Documentation Française, 1994, p.73-75
[8] *Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa*. J. HOHMANN, Huber 1998
[9] *La protection sociale des personnes à bas revenus dans les pays européens*. Etudes et Résultats N°19, DREES, juin 1999.
[10] *La démographie médicale en Allemagne et la planification de la couverture sanitaire* J. WOLAS, Actualité et dossier en santé publique, n°17, décembre 1996
[11] *Le carnet de santé de la France en l'an 2000*. Rapport sous l'égide de la Mutualité française. Mutualité française, Syros, juin 2000.
[12] *L'offre de soins en Alsace : intervention de M. Joseph LOSSON*, directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie – URCAM. Les Etats Généraux de la Santé en Alsace, janvier 1999.
[13] *Les soins programmés à* l'étranger. Analyse des demandes des assurés d'Alsace-Moselle en 2000 (régime général). J.-J. KUSS, G. WEIL, 2001, Echelon Régional du Service Médical de la région Alsace-Moselle.
[14] Extrait de *« L'attente des assurés et quelques propositions (2ème partie)* ». R.KRIEGEL. Texte rédigé pour le Groupe expert « Accès aux soins et prise en charge » de la Conférence du Rhin Supérieur, juin 1997.

CHAPITRE 4

La mère et l'enfant

KAPITEL 4

Mutter und Kind

La mère et l'enfant 105

Contexte démographique 105

UNE EVOLUTION DE LA STRUCTURE FAMILIALE 105

UNE FECONDITE TRES FAIBLE PARTOUT EN EUROPE 112

RECUL DE L'AGE A LA MATERNITE 115

NATALITE : STABILITE RELATIVE DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR 116

Mesures de politiques périnatales 121

PLAN QUINQUENNAL GOUVERNEMENTAL D'AVRIL 1994 121

PLAN PERINATALITE 1995-2000 - MESURES GOUVERNEMENTALES : 122

PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE DANS LE BADE-WURTEMBERG 123

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE ALSACE 1999-2004 123

PLANIFICATION HOSPITALIÈRE « KRANKENHAUSBEDARFSPLÄNE » 125

LA « COMMISSION REGIONALE DE LA NAISSANCE » 125

RECUEILS DE DONNEES PERINATALES 126

Autour de la grossesse 127

VISITES PRENATALES : UNE ORGANISATION DIFFERENTE EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE 127

NOMBRE MOYEN D'ECHOGRAPHIES EQUIVALENT DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR 128

EN ALSACE, LES HOSPITALISATIONS DURANT LA GROSSESSE SONT PLUS FREQUENTES 130

DIAGNOSTIC ANTENATAL : L'AMNIOCENTESE 131

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (I.V.G) 132

TABAGISME ET GROSSESSE 137

Autour de la naissance 139

UN RECOURS PLUS FREQUENT AUX CESARIENNES DANS LES LÄNDER ALLEMANDS QU'EN ALSACE 141

ANESTHESIE PERIDURALE NETTEMENT PLUS PRATIQUEE EN FRANCE 141

UN TAUX DE PREMATURITE PLUS FAIBLE EN ALSACE QUE DANS LES LÄNDER DU BADE-WURTEMBERG ET DE LA RHENANIE-PALATINAT 138

TAUX D'HYPOTROPHIE EN HAUSSE DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR 142

NAISSANCES MULTIPLES EN AUGMENTATION 145

ALLAITEMENT 147

Mortalité *153*

LA MORTALITE INFANTILE EN EUROPE 153

LA MORTALITE INFANTILE DANS LA VALLEE DU RHIN 155

ANALYSE DES COMPOSANTES DE LA MORTALITE FOETO-INFANTILE 157

TAUX DE MORTALITE DES 1-4 ANS ET DES 5-14 ANS PAR GRANDES CAUSES 162

MORTALITÉ MATERNELLE 164

Morbidité infantile *167*

COUVERTURE VACCINALE DE L'ENFANT 168

Offre de soins *171*

DEMOGRAPHIE MEDICALE 171

LES EQUIPEMENTS HOSPITALIERS 175

Politiques familiales *177*

PRESTATIONS FAMILIALES 178

Gesundheit von Mutter und Kind 105

Demografischer Überblick *105*

VERÄNDERUNG DER FAMILIENSTRUKTUREN 105

GERINGE FRUCHTBARKEIT ÜBERALL IN EUROPA 112

VERSCHIEBEN VON GEBURTEN AUF EIN HÖHERES ALTER DER MÜTTER 115

BEI DEN GEBURTSZIFFERN GERINGE VERÄNDERUNGEN IM OBERRHEINTAL 116

Gesundheitspolitische Massnahmen im Perinatalbereich *121*

DER FÜNF-JAHRES-PLAN DER FRANZÖSISCHEN REGIERUNG VOM APRIL 1994 - VORSCHLÄGE DES HAUPTAUSSCHUSSES FÜR ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT (HCSP) 121

PERINATALPLAN 1995-2000 - MAßNAHMEN DER REGIERUNG 122

PRIORITÄTEN FÜR DIE ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT IN BADEN-WÜRTTEMBERG 123

REGIONALER PLAN ZUR ORGANISATION DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IM ELSASS 1999-2004 ..... **123**

KRANKENHAUSBEDARFSPLÄNE IN DEUTSCHLAND **125**

DER REGIONALAUSSCHUß FÜR GEBURTEN IN FRANKREICH **125**

PERINATALUMFRAGE UND PERINATALERHEBUNG **126**

Zur Schwangerschaft ***127***

SCHWANGERENBETREUUNG: UNTERSCHIEDLICHE ORGANISATION IN FRANKREICH UND IN DEUTSCHLAND **127**

IM MITTEL GLEICHE ANZAHL AN ULTRASCHALLUNTERSUCHUNGEN IM OBERRHEINTAL **128**

KRANKENHAUSAUFENTHALTE WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT HÄUFIGER IM ELSASS **130**

VORGEBURTLICHE DIAGNOSTIK: DIE FRUCHTWASSERUNTERSUCHUNG **131**

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH **132**

TABAKKONSUM WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT **137**

Zur Entbindung ***139***

KAISERSCHNITTENTBINDUNGEN HÄUFIGER IN DEN BEIDEN DEUTSCHEN LÄNDERN **139**

PERIDURALANAESTHESIE DEUTLICH HÄUFIGER IN FRANKREICH **141**

HÄUFIGKEIT VON FRÜHGEBURTEN IM ELSASS NIEDRIGER ALS IN BADEN-WÜRTTEMBERG UND RHEINLAND-PFALZ **142**

HÄUFIGKEIT VON UNTERGEWICHTIGEN NEUGEBORENEN NIMMT ZU IM OBERRHEINTAL **145**

MEHRLINGSGEBURTEN NEHMEN ZU **147**

STILLEN **148**

Zur Sterblichkeit ***153***

SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IN EUROPA **153**

SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM OBERRHEINTAL **155**

DIE SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IN IHREN TEILASPEKTEN **157**

DIE STERBLICHKEIT UND WICHTIGSTEN TODESURSACHEN IN DEN ALTERSGRUPPEN 1 BIS 4 UND 5 BIS 14 JAHRE **162**

DIE MÜTTERSTERBLICHKEIT **164**

Krankheiten im Kindesalter ***167***

DURCHIMPFUNGSGRAD BEI KINDERN **168**

Strukturen der gesundheitlichen Versorgung ***171***

MEDIZINISCHES PERSONAL **171**

EINRICHTUNGEN DER KRANKENHAUSVERSORGUNG **175**

Familienpolitik ***177***

FAMILIENBEIHILFEN **178**

La mère et l'enfant

Mutter und Kind

Contexte démographique

Demografischer Überblick

UNE EVOLUTION DE LA STRUCTURE FAMILIALE

En France, comme en Allemagne, la structure des familles (voir définition dans l'encadré) a fortement évolué au cours des trente dernières années : diminution du nombre d'enfants par famille, augmentation du nombre de familles monoparentales, diminution du nombre de couples mariés, développement des familles recomposées. La famille « classique », se composant de parents mariés et de leurs enfants, a perdu en importance. Même si la majorité des enfants vivent comme auparavant avec leurs deux parents, les familles monoparentales et les conjoints non mariés avec enfants ont gagné en importance.

VERÄNDERUNG DER FAMILIENSTRUKTUREN

In Frankreich wie in Deutschland haben sich die Familienstrukturen (Definition s. Rahmen) in den vergangenen dreißig Jahren stark verändert: Verringerung der Anzahl der Kinder je Familie, Zunahme der Ein-Eltern-Familien, Rückgang der Anzahl verheirateter Paare, Entstehung von neu zusammengesetzten Familien (sog. „Patchwork"-Familien). Die „klassische" Familie, bestehend aus beiden miteinander verheirateten Elternteilen mit ihren Kindern, hat an Bedeutung verloren. Obwohl die große Mehrheit der Kinder nach wie vor mit beiden Eltern zusammenlebt, haben Familien mit alleinerziehendem Elternteil und nichteheliche Lebensgemeinschaften mit Kindern an Bedeutung gewonnen.

Evolution du nombre de familles avec enfants

En Allemagne, le nombre de couples sans enfants a augmenté de façon constante depuis le début des années soixante-dix. Ce nombre inclut aussi bien les couples qui restent toute leur vie sans enfants que ceux qui n'ont pas encore d'enfants ainsi que les parents d'enfants déjà adultes et ayant fondé leur propre foyer.

Veränderungen in der Anzahl der Familien mit Kindern

In Deutschland ist die Anzahl kinderloser Ehepaare seit Beginn der 70er Jahre kontinuierlich gestiegen. Darin eingeschlossen sind allerdings neben den zeitlebens kinderlosen Paaren auch diejenigen, die noch keine Kinder haben, und diejenigen, deren Kinder bereits erwachsen sind und einen eigenen Haushalt gegründet haben.

Le nombre absolu de couples avec enfants *(de 0 à 17 ans*) est passé de

Die absolute Zahl der Ehepaare mit Kindern *(von 0 bis 17 Jahren)* ist in

1,5 million dans le Bade-Wurtemberg en 1975 à 1,4 million en 1998. Parallèlement, le nombre de familles ayant augmenté durant cette période, la part des couples avec enfants a diminué dans l'ensemble des modes de vie familiaux, elle est passé de 47 % à 36 %[1].

Baden-Württemberg von 1,5 Mio. im Jahr 1975 auf 1,4 Mio. im Jahr 1998 zurückgegangen. Da darüber hinaus die Gesamtzahl der Familien in diesem Zeitraum angestiegen ist, ging der Anteil der Elternpaare mit Kindern an allen Familienformen von 47 % auf 36 % zurück[1].

Il n'est pas possible, à l'heure actuelle, d'établir de comparaisons transfrontalières sur la base des mêmes définitions. En effet, les seules données dont nous disposons pour l'Alsace concernent des couples avec enfant de 0 à 24 ans.

Gegenwärtig ist es nicht möglich, grenzüberschreitende Vergleiche auf der Grundlage gleicher Definitionen vorzunehmen, da für das Elsass lediglich eine Statistik über (Ehe)Paare mit Kindern bis einschl. 24 Jahren zur Verfügung steht.

En Alsace, le nombre de couples avec enfant de 0 à 24 ans a diminué de 4 % entre les deux derniers recensements. On en dénombrait ainsi 233 688 en 1990, contre 224 209 en 1999. Comme dans le Bade-Wurtemberg, la proportion des couples avec enfant parmi l'ensemble des modes de vie familiaux est en baisse en Alsace (46 % en 1999 contre 53 % en 1990).

Im Elsass ging die Zahl der Paare mit Kindern unter 25 Jahren zwischen den letzten beiden Volkszählung zurück: 1990 wurden 262.840 Paare gegenüber 224.209 Paaren im Jahre 1999 gezählt. Ähnlich wie in Baden-Württemberg geht auch im Elsass der Anteil von Paaren mit Kindern an allen Familienarten zurück (46 % im Jahr 1999 gegenüber 53 % 1990).

Définitions « statistiques » de la notion de famille [33]

Définition française :
Selon la définition française des recensements généraux de la population, la famille est un ensemble d'au moins deux personnes résidant dans le même logement, soit en couple marié ou non, avec ou sans enfant, soit un parent seul élevant un ou plusieurs enfants. La construction d'une famille se fonde seulement sur une résidence commune : elle n'impose aucun lien de sang entre l'enfant et les adultes qui l'élèvent. Par exemple, l'ensemble formé par un enfant, sa mère (biologique) divorcée et le nouveau conjoint de celle-ci constitue une famille.

En France, on a abandonné en 1990, la limite d'âge imposée aux enfants dans la définition antérieure de la famille. Au recensement de 1982, ne pouvait être enfant qu'une personne de moins de 25 ans. Au dessus de 25 ans, l'enfant était considéré comme « personne isolée » du ménage. Ainsi, un ménage composé d'une femme de 50 ans et de sa fille de 27 ans, était un ménage sans famille : la mère et la fille était deux personnes isolées. Avec la définition adoptée en 1990, ces deux femmes forment une famille monoparentale.

Définition allemande :
L'Allemagne définit la famille selon les recommandations des Nations Unies comme tout couple avec ou sans enfants ainsi que tout parent isolé (…) vivant avec leurs enfants célibataires. Les personnes mariées vivant séparément, les personnes divorcées et les veufs / veuves sont également comptabilisés parmi les familles. Cette définition est fondée sur le lien marital et la parenté : plusieurs familles peuvent donc cohabiter dans un même ménage. Comme en France, il n'y a aucune limite d'age pour compter un enfant (encore célibataire) comme membre d'une famille[2]*.*

„Statistische" Definitionen des Familienbegriffs [33]

In Frankreich:
Gemäß der französischen Definition für die allgemeine Volkszählung besteht eine Familie aus mindestens zwei Personen, die einen gemeinsamen Haushalt führen, sei es als verheiratetes oder nicht verheiratetes Paar, mit oder ohne Kinder oder als ein Elternteil mit einem oder mehreren Kindern. Die Bildung einer Familie basiert alleine auf dem gemeinsamen Haushalt: sie setzt keine biologischen Bindungen zwischen dem Kind und den Erwachsenen, die es erziehen, voraus. Beispielsweise bildet die Lebensgemeinschaft eines Kindes, seiner geschiedenen (biologischen) Mutter und ihres neuen Lebenspartners eine Familie.

In Frankreich wurde 1990 die Altersgrenze für Kinder in der Familiendefinition aufgegeben. 1982 wurden anläßlich der Volkszählung nur Personen unter 25 Jahren als Kinder gezählt. Ab einem Alter von 25 Jahren wurde das Kind als „alleinstehende Person" eines Haushalts betrachtet. Daher wurde ein Haushalt bestehend aus einer 50-jährigen Mutter und ihrer 27-jährigen Tochter nicht als Familie, sondern als zwei alleinstehende Personen erfaßt. Seit der Definition von 1990 bilden die beiden Frauen nun eine Ein-Eltern-Familie.

In Deutschland:
Gemäß den Empfehlungen der Vereinten Nationen wird in Deutschland Familie als (Ehe)Paar mit oder ohne Kinder sowie als alleinerziehender Elternteil (...), der mit seinen unverheirateten Kindern zusammenlebt, definiert. Zu den Familien zählen auch Getrenntlebende, Geschiedene und Verwitwete. Diese Definition basiert auf Ehe und Elternschaft, daher können mehrere Familien in einem Haushalt zusammenleben. Wie in Frankreich gibt es für die Erfassung (noch nicht verheirateter) Kinder als Familienmitglied keine Altersgrenze[2]*.*

Baisse du nombre d'enfants dans les ménages

En France comme en Allemagne, la tendance est à une diminution du nombre d'enfants au sein des familles.

Ainsi, dans le Bade-Wurtemberg, alors qu'au milieu des années soixante-dix un couple avait en moyenne 2,0 enfants (de 0 à 17 ans), ce nombre n'était plus que de 1,8 à la fin des années quatre-vingt-dix. Cette diminution est surtout due à un fort recul des familles nombreuses (familles de trois enfants ou plus). Elles représentaient plus de 60 % des familles au début du XX^{ème} siècle, un quart en 1970 et seulement 15 % à la fin du siècle. Cette décroissance du nombre d'enfants concerne également les parents isolés : la part des familles monoparentales de trois enfants et plus est passée de 13 % au milieu des années soixante-dix à environ 6 % à la fin des années quatre-vingt-dix. En 1998, un parent isolé élevait en moyenne 1,4 enfant [1].

Selon l'INSEE, dans les années soixante-dix en Alsace, les couples avaient en moyenne 1,98 enfant de 0 à 16 ans. Au recensement de 1999, on dénombre 52 856 familles comprenant au moins 3 enfants de 0 à 24 ans en Alsace (couples et familles monoparentales). Leur nombre est en baisse de 6 % depuis 1990. Ces familles nombreuses représentent 10 % des modes de vie familiaux, contre 12 % en 1990.

Evolution contrastée de la durée de la cohabitation familiale

En Allemagne, le recul du nombre d'enfants par famille et le départ précoce des jeunes gens du domicile parental sont des facteurs qui raccourcissent clairement la durée de

Anzahl der Kinder in den Familien sinkt

In Frankreich und Deutschland geht die Entwicklung in Richtung einer geringeren Anzahl von Kindern innerhalb der Familie.

So lebten in Baden-Württemberg bis Mitte der 70er Jahre durchschnittlich 2,0 Kinder (unter 18 Jahren) bei einem Ehepaar, Ende der 90er Jahre lag die durchschnittliche Kinderzahl pro Ehepaar nur noch bei 1,8. Diese Verringerung ist insbesondere auf einen starken Rückgang der kinderreichen Familien (mit drei und mehr Kindern) zurückzuführen: Hatten zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch über 60 % und 1970 immerhin noch rund ein Viertel aller Familien drei und mehr Kinder, trifft dies im ausgehenden Jahrtausend nur noch auf knapp 15 % der Familien zu. In diese rückläufige Entwicklung der Kinderzahlen eingeschlossen sind alleinerziehende Väter und Mütter: Der Anteil der Alleinerziehenden mit drei und mehr Kindern ist von 13 % Mitte der 70er Jahre auf etwa 6 % Ende der 90er Jahre gesunken. Im Mittel betreute ein Alleinerziehender im Jahr 1998 1,4 Kinder [1].

Nach Angaben von INSEE hatten Eltern im Elsass in den 70er Jahren im Mittel 1,98 Kinder im Alter bis einschl. 16 Jahren. 1999 ermittelte die Volkszählung im Elsass 52.856 Familien mit mindestens drei Kindern im Alter bis einschl. 24 Jahren (Familien mit zwei und einem Elternteil). Im Vergleich zu 1990 ist ihre Anzahl um 6 % zurückgegangen. Die kinderreichen Familien bilden einen Anteil von 10 % an allen Formen familiären Zusammenlebens, 1990 waren es noch 12 %.

Gegensätzliche Entwicklungen in der Dauer des Zusammenlebens von Eltern und Kindern

Der Rückgang der Kinderzahl pro Familie und die durchschnittlich frühere Ablösung junger Menschen vom Elternhaus sind Faktoren, durch die sich in Deutschland der Lebens-

vie commune des parents et des enfants.

Inversement, en France les jeunes adultes quittent le foyer parental plus tardivement que par le passé. Ainsi, en Alsace, d'après le recensement de 1990, 13 % des 20-24 ans et 4 % des 25-29 ans vivaient encore au sein de la cellule familiale[3].

Cette évolution a amené à abandonner la limite d'âge de 25 ans pour les enfants dans la définition de la famille (voir encadré de définition plus haut).

abschnitt, in dem Eltern mit Kindern zusammenleben, deutlich verkürzt.

Im Unterschied dazu verlassen in Frankreich junge Leute später das Elternhaus als in der Vergangenheit. 1990 zeigte die Volkszählung, dass im Elsass 13 % der 20- bis 24-Jährigen und 4 % der 25- bis 29-Jährigen noch in ihrer Kernfamilie lebten[3].

Diese Entwicklung hat dazu geführt, für Kinder die Altersgrenze von 25 Jahren in der Definition des Familienbegriffs aufzugeben (s. Kasten oben).

Une augmentation du nombre des familles monoparentales

En Europe, 12 % des familles sont monoparentales en 1996, d'après le panel européen des ménages (Eurostat)[4].

Zunehmende Zahl Alleinerziehender

In Europa waren 1996 nach dem Haushaltspanel von Eurostat 12 % der Familien alleinerziehend [4].

*Selon l'INSEE les **familles monoparentales** sont composées d'un père ou d'une mère de famille sans conjoint avec un ou plusieurs enfants. Rappelons que depuis le recensement de 1990, il n'y a plus de limite d'âge pour être enfant d'une famille, alors qu'aux autres recensements (1982, 1975, …) tout enfant de 25 ans ou plus était un « isolé » du ménage.*

*Nach INSEE bestehen **alleinerziehende Familien** aus einem Vater oder einer Mutter ohne Ehepartner mit einem oder mehreren Kindern. Es ist anzumerken, dass es seit der Volkszählung von 1990 keine Altersgrenze für die Zuordnung von Kindern zu einer Familie mehr gibt, während in früheren Volkszählungen (1982, 1975, ...) Kinder ab einem Alter von 25 Jahren als „alleinstehende Person" eines Haushalts galten.*

En France, les taux de familles monoparentales varient selon les sources de données considérées. Elles varient entre 10 % selon l'enquête Budget de famille en 1995 et 15 % dans l'enquête Force de travail en 1996. Ces différences proviennent notamment de méthodes de recueil différentes. D'après le recensement de la population, l'Alsace comptait en 1990 41 900 pères et mères isolés, représentant 9 % de l'ensemble des familles alsaciennes.

In Frankreich variiert der Anteil der alleinerziehenden Familien je nach Datenquelle zwischen 10 % nach der Umfrage zum Familienbudget 1995 und 15 % in der Umfrage zur Situation am Arbeitsmarkt 1996. Diese Unterschiede sind vor allem methodisch bedingt. Nach der Volkszählung von 1990 waren im Elsass 41.900 Mütter und Väter alleinerziehend, dies entspricht einem Anteil von 9 % an allen elsässischen Familien.

Il n'est malheureusement pas

Die Ergebnisse der französischen

possible de comparer ces chiffres avec ceux des régions allemandes. En effet, en Allemagne, les couples non mariés vivant maritalement sont toujours comptés comme « célibataires sans enfants » ou comme « familles monoparentales », alors qu'ils pourront être comptés comme couple avec enfant en France. Pour établir une comparaison il faudrait pouvoir soustraire ce type de couple de la statistique allemande sur les parents isolés.

Volkszählung können leider nicht mit deutschen Zahlen verglichen werden. Denn in Deutschland werden nichteheliche Lebensgemeinschaften als „Alleinstehende ohne Kinder" bzw. als „Alleinerziehende" erfaßt, während sie in Frankreich als Paar mit Kindern zählen. Um einen Vergleich durchführen zu können, müßten in der deutschen Statistik die Anzahl der nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern von der Anzahl der Alleinerziehenden subtrahiert werden können.

Dans le Land de Rhénanie-Palatinat la proportion de familles monoparentales s'élève à 17 %. Cette proportion est de 16 % dans le Bade-Wurtemberg. Dans ce Land, le nombre de parents isolés avec des enfants mineurs a doublé entre 1972 et 1998, passant de 94 700 à 188 100.

In Rheinland-Pfalz liegt daher der Anteil der Alleinerziehenden bei 17 %, in Baden-Württemberg bei 16 %. In diesem Bundesland hat sich die Zahl der alleinerziehenden Väter und Mütter mit minderjährigen Kindern zwischen 1972 und 1998 von 94.700 auf 188.100 verdoppelt.

Dans le Bade-Wurtemberg, le phénomène des familles monoparentales a aujourd'hui d'autres origines que dans les années soixante et soixante-dix. En 1961, deux tiers de ces parents isolés étaient veufs alors qu'en 1995, le décès du conjoint ne jouait plus qu'un rôle mineur (30 %). Dans les années soixante-dix, la part des mères divorcées et séparées ayant leur propre foyer a augmenté, elles représentaient 40 % des familles monoparentales en 1995. De plus, depuis le début des années quatre-vingt, on observe un nombre croissant de célibataires (jamais mariés) parmi les familles monoparentales (17 % en 1998).

Das Phänomen „Alleinerziehende" hat heute in Baden-Württemberg andere Ursachen als noch in den 60er und 70er Jahren. 1961 waren nahezu zwei Drittel der Alleinerziehenden verwitwet. Der Familienstand Verwitwung spielte 1995 mit etwa 30 % eine weitaus geringere Rolle. In den 70er Jahren hat der Anteil der geschiedenen und getrenntlebenden Mütter zugenommen. Er lag 1995 bei knapp 40 %. Seit Beginn der 80er Jahre ist ein wachsender Anteil Lediger (weder verwitwet noch getrennt/geschieden) an den Alleinerziehenden zu beobachten, der 1998 17 % betrug.

En France, le nombre de ménages monoparentaux n'a cessé d'augmenter ces trois dernières décennies et notamment à cause du nombre croissant des séparations et des divorces : 85 % des familles monoparentales sont constituées de mères vivant seules avec leurs enfants[5]. Même si la part des pères « isolés » a continuellement augmenté depuis les années soixante-dix, ils représentent toujours moins d'une famille monoparentale sur cinq en 1998 (18,6 % dans le Land du Bade-Wurtemberg et 17,1 % en Rhénanie-Palatinat).

In Frankreich ist in den letzten drei Jahrzehnten die Zahl der alleinerziehenden Haushalte fortlaufend gestiegen und dies insbesondere aufgrund der zunehmenden Zahl von Trennungen und Scheidungen. 85 % der alleinerziehenden Familien besteht aus Frauen und ihren Kindern[5]. Obwohl der Anteil der Männer an den Alleinerziehenden seit den 70er Jahren stetig zugenommen hat, machten sie 1998 immer noch weniger als eine von fünf alleinerziehenden Familien aus (Baden-Württemberg: 18,6 %, Rheinland-Pfalz: 17,1 %).

En 1998, dans le Bade-Wurtemberg, les familles monoparentales constituaient plus d'un quart des allocataires d'aides sociales de subsistance. En 1998, 19,0 % des familles monoparentales bénéficiaient d'aides sociales soit un taux huit fois plus élevé que dans l'ensemble de la population du Bade-Wurtemberg (2,3 %).

En France, les prestations familiales (dont l'allocation de parent isolé dite A.P.I) représentent 48 % des transferts sociaux perçus par les familles monoparentales, avant les prestations logement à 23 %[4]. En Alsace, on note une légère augmentation du taux de familles monoparentales bénéficiant de l'allocation parent isolé (A.P.I), passant de 11,1 % au 1er janvier 1992 à 12,9 % au 1er janvier 1998, soit la même évolution que dans le reste du pays.

1998 waren in Baden-Württemberg über ein Viertel aller Bedarfsgemeinschaften von Empfängern laufender Hilfe zum Lebensunterhalt Alleinerziehende. Die Sozialhilfequote bei Alleinerziehenden lag 1998 mit 19 % mehr als achtmal so hoch wie die Quote in der Gesamtbevölkerung (2,3 %).

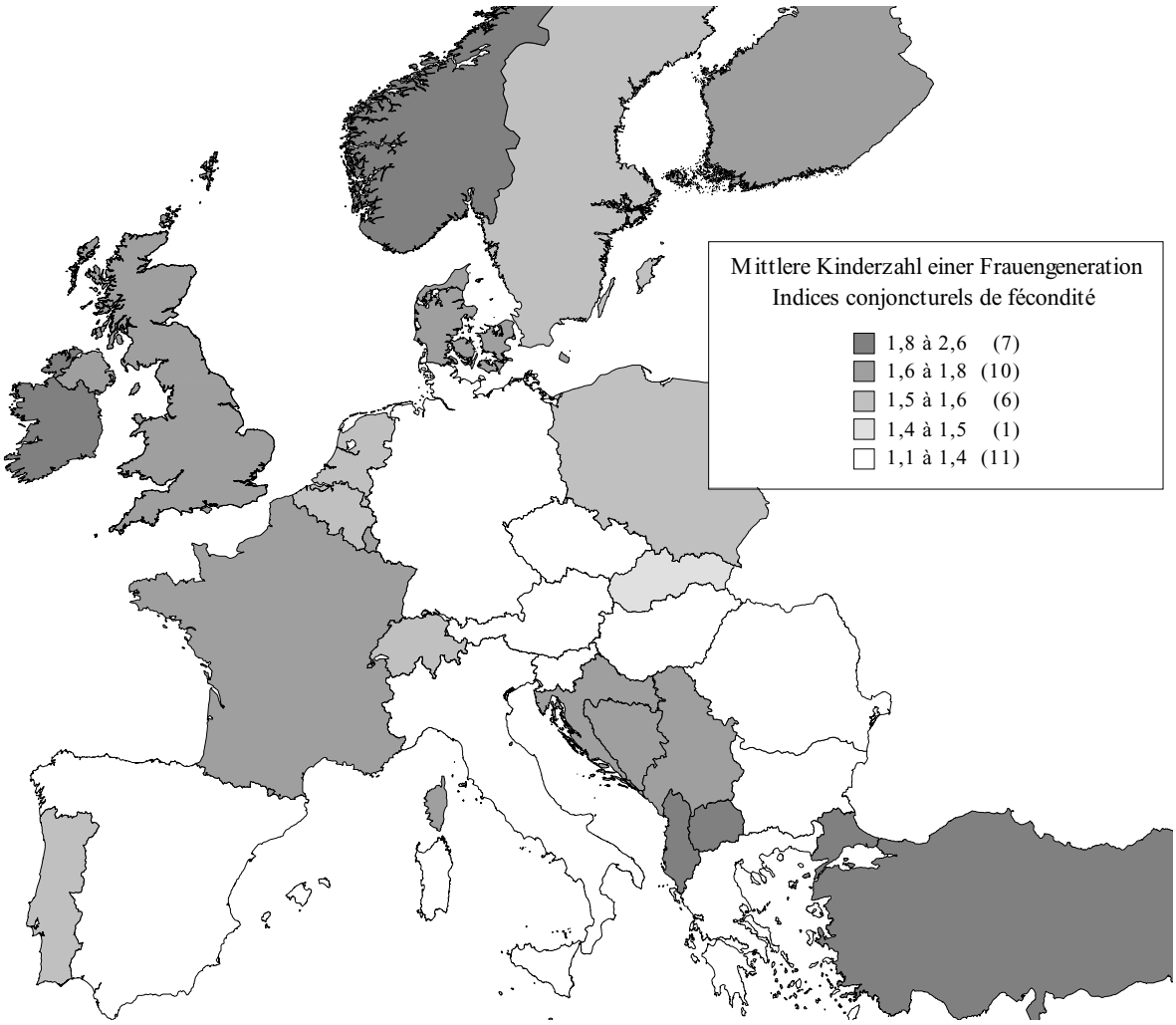
Der Anteil von Kindergeld und anderen Familienleistungen (wie die Zuwendung für alleinerziehende Eltern) liegt mit 48 % aller Sozialleistungen für Alleinerziehende in Frankreich noch vor dem Wohngeld mit 23 %[4]. Für das Elsass ist eine leichte Zunahme des Anteils Alleinerziehender mit einer Zuwendung aus der Familienkasse (API) zu verzeichnen. Am 1. Januar 1992 waren es 11,1 % gegenüber 12,9 % am 1. Januar 1998. Dies entspricht der Entwicklung im gesamten Land.

UNE FECONDITE TRES FAIBLE PARTOUT EN EUROPE

GERINGE FRUCHTBARKEIT ÜBERALL IN EUROPA

Indices conjoncturels de fécondité dans les pays européens (1999)

Mittlere Kinderzahl einer Frauengeneration in Europa (1999)



Source/Quelle
INED[6]

Globalement, on a observé une diminution du nombre moyen d'enfants par femme durant les années 60 dans toute l'Europe. En Europe de l'Ouest le nombre moyen d'enfants par femme s'est stabilisé vers la fin des années 70, avec cependant une tendance modérée à la baisse, tandis qu'en Europe du Sud ce nombre

Allgemein wurde in den 60er Jahren in Europa eine drastische Abnahme der durchschnittlichen Kinderzahl je Frau beobachtet. Diese Entwicklung stabilisierte sich in Westeuropa gegen Ende der 70er Jahre mit einer weiterhin schwachen Tendenz zur Abnahme, während in Südeuropa die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau bis in

moyen a commencé à baisser dans les années 70, tendance qui s'est maintenue jusque dans les années 90. En Europe du Nord on observe même depuis le milieu des années 80 une reprise de la fécondité.

Selon l'Institut National d'Etudes Démographiques français (INED), le taux de fécondité est actuellement très faible dans tous les pays européens, et le nombre moyen d'enfants par femme est inférieur à 2,1, seuil à atteindre pour permettre le renouvellement d'une génération[7].

die 90er Jahre abnahm, nachdem der Rückgang erst verzögert in den 70er Jahren eingesetzt hatte. Bemerkenswert ist eine Zunahme der Fruchtbarkeit in Nordeuropa seit Mitte der 80er Jahre.

Nach Angaben des französischen Nationalinstituts für Demografie (INED) ist derzeit die Fruchtbarkeitsziffer in allen europäischen Ländern sehr niedrig und nähert sich einer mittleren Kinderzahl von weniger als 2,1 pro Frau, dem für die Erneuerung einer Generation notwendigen Grenzwert[7].

Le taux de fécondité *est le rapport du nombre de naissances au nombre de femmes en âge de procréer.*

Le taux de fécondité par âge *est le rapport du nombre de naissances issues de mères d'un âge donné au nombre de femmes du même âge.*

L'indice conjoncturel (ou synthétique) de fécondité *ou somme des naissances réduites est le nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes qui seraient soumises, pendant leur vie, aux conditions de fécondité par âge durant la période d'observation, en l'absence de mortalité. Il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge de 15 à 49 ans.*

Le taux brut de natalité *est le rapport des naissances vivantes d'une année à la population moyenne de cette même année.*

Die Fruchtbarkeitsziffer *ist die Zahl der Geburten im Verhältnis zur Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter.*

Die alterspezifische Fruchtbarkeitsziffer *ist das Verhältnis der Geburten der Frauen einer Altersgruppe zur Anzahl aller Frauen dieser Altersgruppe.*

Theoretischer Fruchtbarkeitsindex *oder* ***Mittlere Kinderzahl einer Frauen-Generation:*** *Durchschnittliche Kinderzahl der Frauen einer Generation unter der Annahme, dass während ihres Lebens für sie die altersentsprechende Fruchtbarkeit im jeweiligen Beobachtungszeitraum zutrifft ohne Berücksichtigung des Sterbegeschehens. Der Index wird berechnet als Summe der altersspezifischen Fruchtbarkeit zwischen 15 und 49 Jahren.*

Die rohe Geburtenrate *ist das Verhältnis der Lebendgeburten eines Jahres zur mittleren Bevölkerung des selben Jahres.*

Si la fécondité des femmes françaises a diminué elle reste malgré tout parmi les plus fortes d'Europe. En 1997, on mesure en France un **indice conjoncturel de fécondité** de 1,71, égal à celui du Royaume-Uni et inférieur à ceux des pays nordiques, alors que l'Allemagne avec un indice conjoncturel de fécondité de 1,36 se place juste après l'Italie et

Auch wenn die Fruchtbarkeit der französischen Frauen zurückgegangen ist, bleibt sie unter den höchsten in Europa: 1997 betrug der **Fruchtbarkeitsindex** für Frankreich 1,71 und war damit gleich dem in Großbritannien, jedoch niedriger als in den nordischen Ländern. Deutschland liegt mit einem Fruchtbarkeitsindex von 1,36 gleich hinter Italien und Spanien[8]. Im gleichen Jahr (1997) betrug dieser

l'Espagne[8]. Cette même année, il était de 1,68 enfants par femme en Alsace contre 1,84 en 1982 (Source : INSEE). Cet indice n'est pas calculé pour le Bade-Wurtemberg ni pour la Rhénanie-Palatinat.

Il est en revanche possible d'établir des comparaisons transfrontalières à l'échelle de la Vallée du Rhin Supérieur à partir du ***taux de fécondité*** (voir définition de cet indicateur dans l'encadré en page précédente). En 1997, le taux de fécondité alsacien est ainsi de 57,2 naissances pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans. Il n'est que de 51,0 dans la zone d'étude du Bade-Wurtemberg, et de 48,6 dans la zone d'étude du Palatinat.

Le taux de fécondité est plus élevé en Alsace que dans le Bade-Wurtemberg, ce qui s'explique uniquement par une plus forte fécondité aux âges jeunes (surtout entre 20 et 29 ans). A partir de 30 ans, on ne mesure plus de différence entre ces deux régions (voir graphique ci-dessous).

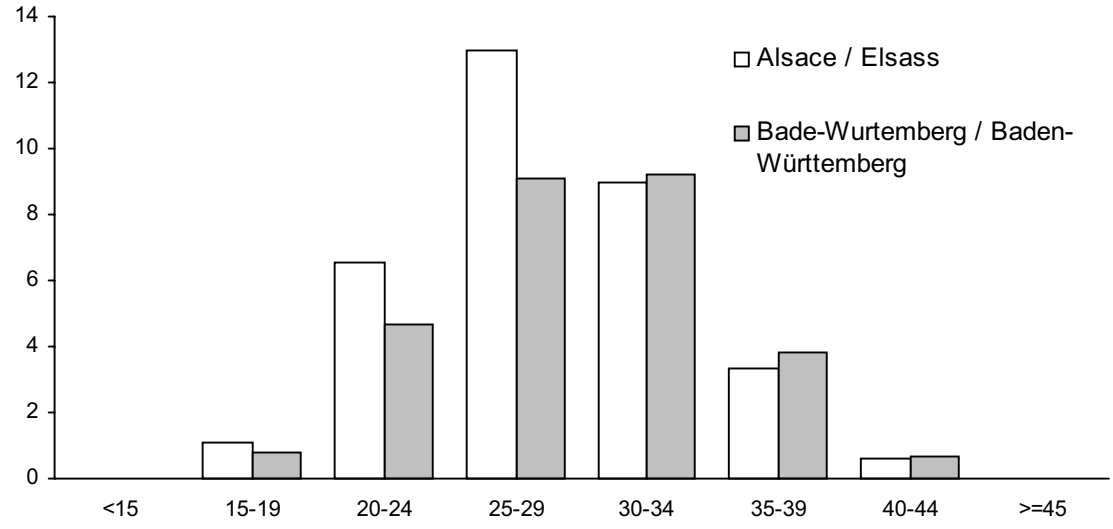
Index für das Elsass 1,68 gegenüber 1,84 im Jahr 1982 (Quelle: INSEE). Dieser Index wird für Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz nicht berechnet.

Dagegen können anhand der ***Fruchtbarkeitsziffern*** (Definition s. Kasten auf der vorhergehenden Seite) grenzüberschreitende Vergleiche für das Oberrheintal angestellt werden. 1997 lag die Fruchtbarkeitsziffer im Elsass bei 57,2 Geburten auf 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren. In der badischen Berichtsregion liegt sie lediglich bei 51,0 Geburten, in der Südpfalz bei 48,6 jeweils auf 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren.

Die gegenüber Baden-Württemberg höhere Fruchtbarkeitsziffer des Elsass erklärt sich allein über eine höhere Fruchtbarkeit bei jüngeren Frauen (insbesondere in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen). Ab einem Alter von 30 Jahren können keine regionalen Unterschiede mehr beobachtet werden (s. folgende Abbildung).

Taux de fécondité par classe d'âge Bade-Wurtemberg et Alsace en 1997 pour 1 000 naissances vivantes

Altersspezifische Fruchtbarkeitsziffer 1997, Baden-Württemberg und Elsass, je 1.000 Lebendgeborene



Source/Quelle
INSEE, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

RECUL DE L'AGE A LA MATERNITE

La baisse de la fécondité s'explique entre autre par le phénomène de « retard de calendrier », c'est à dire le recul de l'âge à la maternité.

En France, les grossesses sont de plus en plus tardives : en 1997, 5 % des mères avaient plus de 38 ans contre 2 % en 1982. Dans les Länder de l'ex-République Fédérale Allemande[a], l'âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant est passé de 25,2 ans en 1980 à 28,6 ans en 1997. Ces évolutions se traduisent par une baisse de la fécondité des femmes avant 30 ans (particulièrement chez les 20-24 ans), associée à une augmentation à partir de 30 ans.

On retrouve ce phénomène à l'échelle régionale : en Alsace, la part des mères de 30 ans ou plus est passée de 24 % en 1982 à 40 % en 1997. Dans le Bade-Wurtemberg, l'âge moyen au premier enfant des femmes mariées était de 24,9 ans en 1975, contre 28,8 ans en 1998.

Comme le montre le graphique de la page suivante, le phénomène est plus marqué dans le Bade-Wurtemberg qu'en Alsace (avec respectivement 17 % et 12 % de mères de plus de 35 ans en 1997). Ces différences sont susceptibles d'avoir un impact direct sur les besoins en matière d'offre de soins. En effet, les risques pour la mère et l'enfant augmentent avec l'âge à la maternité. Ainsi, la proportion de grossesses potentiellement à risque est plus élevé dans le Bade-Wurtemberg ce qui peut correspondre à des besoins en services adaptés (néonatologie et réanimation néonatale) plus importants à nombre de naissances égal.

VERSCHIEBEN VON GEBURTEN AUF EIN HÖHERES ALTER DER MÜTTER

Der Rückgang der Fruchtbarkeit erklärt sich unter anderem durch eine Verschiebung von Geburten auf ein höheres Alter der Mütter.

In Frankreich werden Schwangerschaften immer mehr auf ein höheres Alter der Frau verschoben. So waren 1997 5 % der Mütter älter als 38 Jahre gegenüber 2 % im Jahr 1982. In den früheren Bundesländern Deutschlands[a] lag 1980 das durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt ihres 1. Kindes bei 25,2 Jahren, 1997 waren es 28,6 Jahre. Diese Entwicklung drückt sich in einer geringeren Fruchtbarkeit der Frauen unter 30 Jahren (insbesondere der 20- bis 24-Jährigen) aus, bei einer gleichzeitig höheren Fruchtbarkeit von Frauen älter als 30 Jahre.

Eine ähnliche Entwicklung ist auch auf regionaler Ebene zu beobachten. Im Elsass waren 1982 24 % der Mütter 30 Jahre und älter gegenüber 40 % im Jahr 1997. In Baden-Württemberg war 1975 eine Mutter bei der Geburt ihres 1. ehelichen Kindes im Mittel 24,9 Jahre alt, 1998 waren es dagegen 28,8 Jahre.

Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, ist diese Entwicklung in Baden-Württemberg ausgeprägter als im Elsass (mit einem Anteil von 17 bzw. 12 % an Müttern im Alter von 35 Jahren und mehr im Jahre 1997). Diese Unterschiede wirken sich wahrscheinlich direkt auf den Versorgungsbedarf aus. Tatsächlich werden Risiken für Mutter und Kind mit steigendem Alter der Mutter häufiger. Daher ist der Anteil potenzieller Risikoschwangerschaften in Baden-Württemberg höher. Damit kann bei gleicher Geburtenzahl ein höherer Bedarf an speziellen Versorgungsstrukturen (in der Neugeborenen(intensiv)betreuung) verbunden sein.

[a] Les données pour les Länder d'ex-République Démocratique Allemande ne sont pas disponibles avant 1991.
Daten für die neuen Bundesländer Deutschlands sind nicht vor 1991 erhältlich.

Répartition des mères selon l'âge Bade-Wurtemberg et Alsace en 1997

Altersstruktur der Mütter 1997, Baden-Württemberg und Elsass

Source/Quelle
INSEE, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

NATALITE : STABILITE RELATIVE DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR

En France, la baisse de la fécondité (1,70 enfant par femme en âge de procréer en 1995) se traduit par une diminution du nombre de naissances qui se rapproche de 700 000 (il était de 850 000 au début des années 70), en dépit d'un effectif de femmes d'âge fécond plus élevé que jamais[7].

Le même constat peut être fait Outre-Rhin. En 1994, l'Allemagne réunifiée a enregistré 770 000 naissances (source : Eurostat), alors qu'en 1970, 1 056 000 nouveau-nés avaient vu le jour en Allemagne, dont 819 000 en Allemagne de l'Ouest et 237 000 en Allemagne de l'Est.

En 1993, dans un contexte européen, les régions du Nord de la France (y compris l'Alsace) et du sud de l'Allemagne (y compris le Bade-Wurtemberg) se trouvent dans une situation relativement favorable en terme de natalité (voir carte suivante).

BEI DEN GEBURTSZIFFERN GERINGE VERÄNDERUNGEN IM OBERRHEINTAL

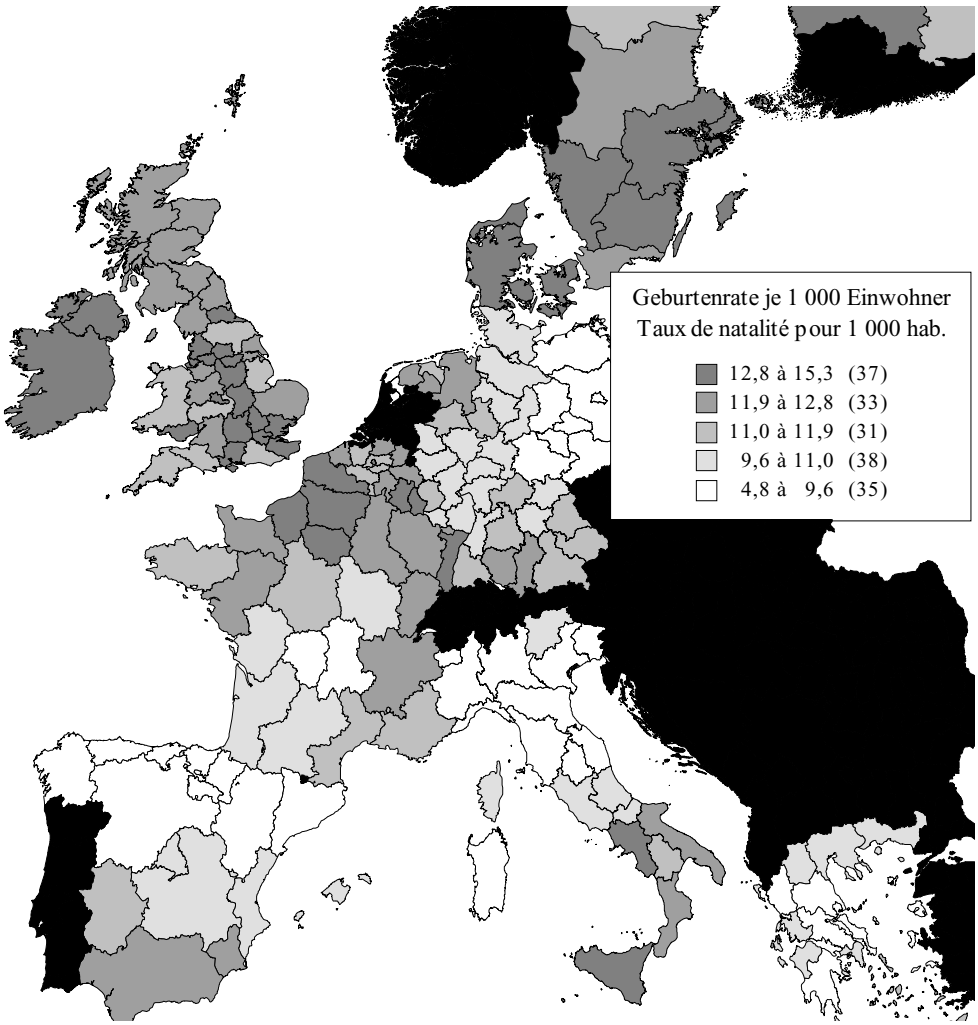
In Frankreich hat die geringe Fruchtbarkeit (1,70 Kinder je gebärfähiger Frau im Jahr 1995) zum Rückgang der Geburtenzahlen geführt, die bei etwa 700.000 liegen (zu Beginn der 70er Jahre etwa 850.000), obwohl noch nie so viele Frauen im gebährfähigen Alter gezählt wurden[7].

Die gleiche Feststellung kann auch für die andere Rheinseite getroffen werden: 1994 wurden im wieder vereinten Deutschland 770.000 Geburten registriert (Quelle: Eurostat), während 1970 1.056.000 Neugeborene das Licht der Welt erblickten, davon 819.000 in Westdeutschland und 237.000 in Ostdeutschland.

Im europäischen Vergleich nahmen 1993 die nördlichen Regionen Frankreichs (wozu auch das Elsass zählt) und der Süden Deutschlands eine vergleichsweise günstige Position hinsichtlich der Geburtenrate ein (s. folgende Karte).

Taux de natalité dans les régions européennes en 1993

Geburtenrate in den europäischen Regionen 1993



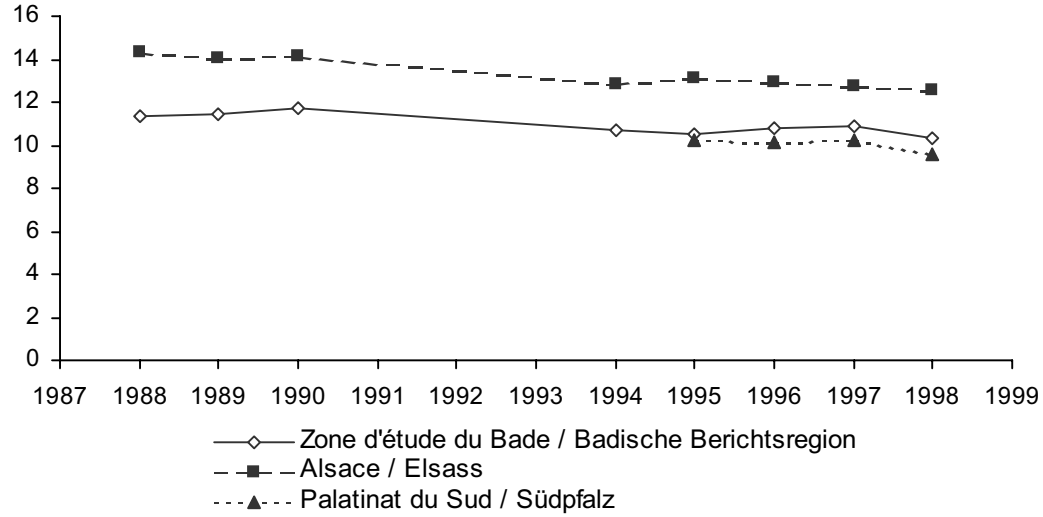
Source/Quelle
Eurostat

Remarques : les pays pour lesquels les données ne sont pas disponibles figurent en noir sur la carte (par exemple : Portugal, ex-Yougoslavie, Pays-Bas…).

Anmerkung: Länder, für die keine Angaben vorliegen, sind schwarz dargestellt (z.B. Portugal, ehemaliges Jugoslawien, Niederlande...).

Evolution des taux de natalité pour 1 000 habitants entre 1988 et 1998 en Alsace, en Palatinat du Sud et dans la zone d'étude du Bade

Entwicklung der Geburtenrate je 1.000 Einwohner 1988 bis 1998 im Elsass, der Südpfalz und der badischen Berichtsregion



Source/Quelle
INSEE, Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz

De 1988 à 1998, les taux de natalité dans les trois zones étudiées sont relativement stables, avec une légère tendance à la baisse. On dénombre environ 22 000 naissances chaque année en Alsace, 23 000 dans la zone d'étude du Bade et 3 000 dans le Palatinat du Sud.

Sur toute la période d'étude le taux alsacien est supérieur à ceux observés sur les zones d'études du Bade-Wurtemberg et de la Rhénanie Palatinat. On mesure ainsi un taux de 12,6 naissances pour 1 000 habitants en Alsace en 1998 (12,6 en France métropolitaine), alors qu'il n'est que de 10,3 dans le Bade-Wurtemberg et de 9,6 en Rhénanie-Palatinat (9,6 pour l'ensemble de l'Allemagne). Cette différence est en partie due à un taux de fécondité plus élevé en Alsace (en 1997 : on compte 57,2 naissances pour 1 000 femmes en âge de procréer en Alsace, contre respectivement 51,0 et 48,6 dans le Bade-Wurtemberg et en Rhénanie-Palatinat). Les différences que l'on observe entre ces Länder et la région

Die Geburtenraten blieben in den vergangenen Jahren bei leicht rückläufiger Tendenz relativ konstant: Im Elsass werden jährlich etwa 22.000 Kinder geboren, in der badischen Berichtsregion sind es etwa 23.000 Neugeborene und in der Südpfalz ungefähr 3.000 Geburten.

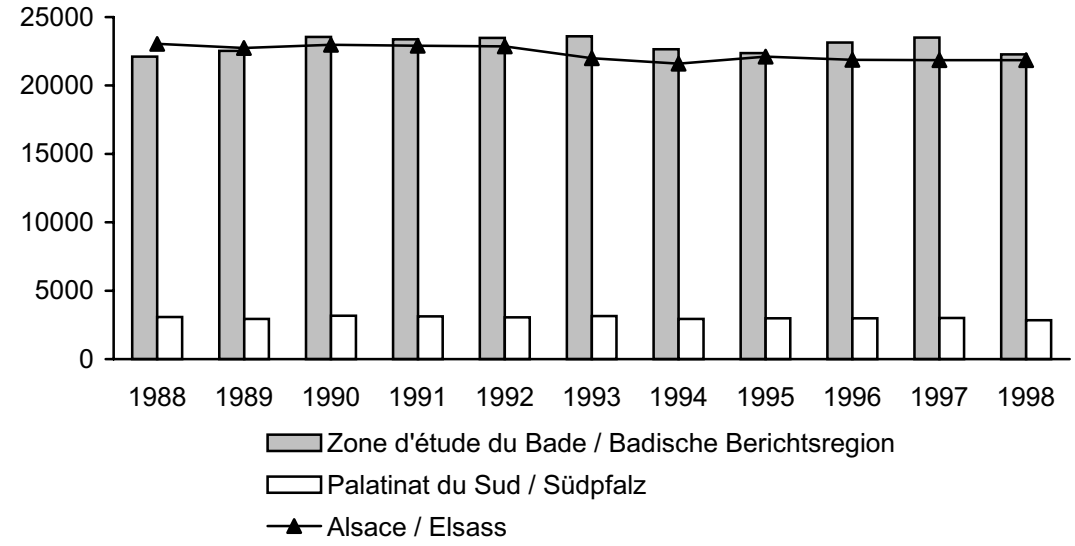
Während des gesamten Beobachtungszeitraums liegt die elsässische Geburtenrate höher als die der badischen oder der südpfälzischen Berichtsregion. So ermittelte man 1998 für das Elsass eine Geburtenrate von 12,6 Kindern je 1.000 Einwohner (für Gesamt-Frankreich lag sie ebenfalls bei 12,6) während sie in Baden-Württemberg nur 10,3 und in Rheinland-Pfalz 9,6 betrug (für Deutschland liegt sie insgesamt gleichfalls bei 9,6). Dieser Unterschied ist zum Teil durch die höhere Fruchtbarkeit im Elsass bedingt (1997 kamen im Elsass 57,2 Geburten auf 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter gegenüber 51,0 in Baden-Württemberg bzw. 48,7 in Rheinland-Pfalz). Die Abweichungen, die man zwischen diesen beiden Bundesländern und dem

Alsace sont le reflet des différences entre les deux pays.

Elsass beobachten kann, entsprechen zugleich den Unterschieden zwischen den beiden Staaten.

Evolution du nombre de naissances de 1988 à 1998 dans la Vallée du Rhin Supérieur

Entwicklung der Geburtenzahlen 1988 bis 1998 im Oberrheintal



Source/Quelle
INSEE, Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz

Mesures de politiques périnatales

PLAN QUINQUENNAL GOUVERNEMENTAL D'AVRIL 1994 - PROPOSITIONS DU HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE (H.C.S.P)

En France, dans son rapport " Pour un nouveau plan périnatalité " publié en janvier 1994, le Haut Comité de la Santé Publique soulignait que, malgré les progrès réalisés, la France demeurait au 10^{e} ou 12^{e} rang mondial pour la plupart des indicateurs, notamment pour la mortalité maternelle.

Le groupe de travail a proposé la mise en œuvre d'une politique périnatale nationale par objectifs s'appuyant sur le développement de stratégies locales et régionales adaptées aux situations spécifiques et fondées sur la mise en place de réseaux de soins.

Quatre priorités nationales déclinées selon quatre indicateurs pertinents ont alors été proposées :

1. La mortalité maternelle : diminuer à 9 pour 100 000 naissances les décès maternels avant 1999.
2. La mortalité périnatale : diminuer de 3 pour mille naissances le taux de mortalité périnatale avant 1999.
3. Un indicateur de suivi : réduire à 0,5 % le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse (moins de 3 consultations).
4. Un indicateur de morbidité : diminuer à 4 % le taux d'enfants nés vivants ayant un poids inférieur à 2 500 g en 1999.

Gesundheitspolitische Massnahmen im Perinatalbereich

DER FÜNF-JAHRES-PLAN DER FRANZÖSISCHEN REGIERUNG VOM APRIL 1994 - VORSCHLÄGE DES HAUPTAUSSCHUSSES FÜR ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT (HCSP)

Der Hauptausschuß für Öffentliche Gesundheit **in Frankreich** hatte in seinem Bericht "Für einen neuen Perinatalplan" vom Januar 1994 hervorgehoben, daß das Land trotz der realisierten Fortschritte bei den meisten Kennzahlen nur den 10. bzw. 12. Rang einnahm; dies traf insbesondere für die Müttersterblichkeit zu.

Damals empfahl der Ausschuß die Einführung einer an Zielen ausgerichteten nationalen Perinatalpolitik anhand von lokalen und regionalen Strategien, die an spezifische Situationen angepaßt sind und auf der Einführung von Gesundheits-Netzwerken basieren.

In der Folge wurden in Form von vier zentralen Kennzahlen vier nationale Prioritäten vorgeschlagen:

1. Müttersterblichkeit: Reduzierung der Müttersterbefälle auf 9 je 100.000 Geburten bis 1999.
2. Perinatale Sterblichkeit: Reduktion der perinatalen Sterbefälle auf 3 je 1.000 Geburten bis 1999.
3. Als Kennzahl für die Betreuung: Reduktion der während der Schwangerschaft nicht oder schlecht betreuten Frauen (weniger als 3 Untersuchungen) auf 0,5 %.
4. Als Kennzahl für das Krankheitsgeschehen: Reduzierung der Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 g auf 4 % bis 1999.

PLAN PERINATALITE 1995-2000 - MESURES GOUVERNEMENTALES

Les recommandations émises par le HCSP ont été reprises par le gouvernement dans le Plan de Périnatalité publié en avril 1994[9]. Les mesures retenues pour le plan périnatalité 1995-2000 répondent à **cinq priorités** :

1. **Augmentation de la sécurité lors de l'accouchement** par l'élaboration de normes minimales de sécurité et l'application d'une politique régionalisée visant à formaliser, par une charte, le réseau de soins périnatals, qui existe déjà de façon informelle entre les différents établissements alsaciens. L'objectif principal de ce réseau est d'aider et de coordonner le transfert in utero vers la structure la plus adaptée pour la prise en charge de la mère et du nouveau-né, ceci afin d'éviter des transferts tardifs et d'assurer la sécurité du nouveau-né et de sa mère. Il a aussi pour but de valoriser des soins de proximité de qualité.
2. **Amélioration du suivi de la grossesse** par une meilleure qualité de la surveillance de la grossesse et des échographies, par une responsabilisation des femmes enceintes et par la diminution du nombre de femmes n'ayant que trois consultations prénatales.
3. **Amélioration des soins aux nouveau-nés** à travers le perfectionnement des techniques de réanimation néonatale, la suppression des transferts inutiles en pédiatrie et la valorisation des pédiatres en maternité.
4. **Humanisation des conditions de l'accouchement** notamment par l'utilisation des techniques de lutte contre la douleur.
5. **Evaluation de la politique suivie** grâce à la consolidation du

PERINATALPLAN 1995-2000 - MAßNAHMEN DER REGIERUNG

Die Empfehlungen des Hauptausschusses wurden von der Regierung in den 1994 veröffentlichten Perinatalplan übernommen[9]. Die im Perinatalplan 1995-2000 enthaltenen Maßnahmen verfolgen **fünf Prioritäten**:

1. **Erhöhung der Sicherheit während der Entbindung** mit der Ausarbeitung von Mindest-Sicherheits-Normen und der Anwendung einer Regionalpolitik zur Institutionalisierung (mittels Charta) der Netzwerke der perinatalen Versorgung, die bereits informell zwischen verschiedenen elsässischen Gesundheitseinrichtungen bestehen. Das Hauptziel dieses Netzwerkes besteht in der Hilfe und Koordination der Verlegungen "in utero" in die am besten für Mutter und Kind geeignete Versorgungseinrichtung. Ziel ist ebenfalls die Nutzung qualitativ guter Nahversorgung.
2. **Verbesserung der Schwangerschaftsbetreuung** durch eine verbesserte Qualität der Schwangerschaftsvorsorge und Ultraschalluntersuchungen, durch mehr Mitverantwortung der Schwangeren und die Verringerung des Anteils von Frauen, die nur drei Untersuchungen haben.
3. **Verbesserung der Neugeborenenversorgung** durch Verbesserung der Neugeborenen-Íntensivversorgung, die Vermeidung unnötiger Verlegungen in den Kinderkliniken und den Einsatz von Kinderärzten in den Geburtskliniken.
4. **Humanisierung der Geburtssituation** insbesondere durch die Nutzung von schmerzlindernden Techniken.
5. **Evaluierung der Durchführung dieser Politik** durch eine stärkere

rôle des Comités techniques consultatifs des naissances (CTCN).

Rolle der beratenden Fachausschüsse für Geburten.

PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE DANS LE BADE-WURTEMBERG

Avec son rapport sur la santé des enfants, le Bade-Wurtemberg a pour la première fois en 1994 officialisé un rapport régional sur la santé. Ce premier rapport a permis de disposer d'un état des lieux complet de la situation. Un second rapport a permis, en l'an 2000, de mettre à jour l'analyse réalisée en 1994. Cette mise à jour s'attache également à présenter les actions mises en place suite à la diffusion du premier rapport et leur évaluation. Ces actions portaient sur les points suivants [1]:

- Prévention des accidents chez les enfants,
- Prévention de la prématurité,
- Action sur les facteurs de risques dans le développement psychosocial,
- Poursuite du projet-pilote des observatoires de la santé comme services permanents.

Par ailleurs, certaines questions, comme celle des inégalités sociales d'accès à la santé, ont pris une place plus importante dans le champ politique.

PRIORITÄTEN FÜR DIE ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Baden-Württemberg hat 1994 mit dem „Bericht zur gesundheitlichen Situation der Kinder" seinen ersten Landesgesundheitsbericht veröffentlicht. Dieser erste Kindergesundheitsbericht hatte einen Schwerpunkt in der Bestandsaufnahme und Situationsanalyse. Der zweite Kindergesundheitsbericht 2000 schreibt die 1994 begonnene Berichterstattung fort und setzt einen Schwerpunkt bei den Aktivitäten, die in der Folge des ersten Kindergesundheitsberichts Priorität erhalten haben und ermöglicht ihre Evaluation. Diese waren [1]:

- Die Prävention von Kinderunfällen
- Die Prävention von Frühgeburten
- Risikofaktoren in der psychosozialen Entwicklung
- Fortführung des Pilotprojekts Beobachtungsgesundheitsämter als Dauereinrichtung

Zusätzlich haben beispielsweise Fragen der sozialen Chancengleichheit im Gesundheitswesen eine besondere politische Bedeutung gewonnen.

SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE ALSACE 1999-2004 – AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION

Un nouveau schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) a été mis en place en Alsace pour la période 1999-2004. Il a pour objet de « prévoir et de susciter les évolutions

REGIONALER PLAN ZUR ORGANISATION DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IM ELSASS 1999-2004 - REGIONALBEHÖRDE FÜR KRANKENHÄUSER

Im Elsass wurde für den Zeitraum 1999 bis 2004 ein neuer Regionalplan für die Organisation der Gesundheitsversorgung (SROS) entwickelt. Sein Ziel ist es, notwendige Entwicklungen

nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé ».

Le dispositif de soins de périnatalité doit viser trois objectifs :

1. Assurer l'accès à un suivi de qualité des grossesses et optimiser la prévention, le dépistage et l'orientation des grossesses à risque.
2. Assurer une prise en charge des urgences obstétricales.
3. Optimiser l'offre de soins périnatale en favorisant le lien mère-enfant[10].

Le dispositif repose sur la répartition géographique des établissements et une organisation des maternités en trois niveaux de soins. Il existe ainsi :

- des établissements dits de niveau 3, ne disposant pas d'unité de néonatalogie,
- des établissements dits de niveau 2, disposant d'une unité de néonatalogie, qui prennent en charge les grossesses de « risque périnatal prévisible »,
- des établissements dits de niveau 1, disposant d'une réanimation néonatale, qui prennent en charge les grossesses à haut risque.

Le réseau de soins périnatal doit compléter ce dispositif. Il correspond à la formalisation de coopérations entre établissements et professionnels de santé, qui se sont mises en place depuis plusieurs années dans la région. Les objectifs propres du réseau sont nombreux, il doit permettre :

- d'assurer une meilleure orientation de la femme enceinte et du nouveau-né,
- de favoriser la coordination et la continuité des soins,
- de promouvoir la délivrance de soins de proximité et de qualité.

im Angebot der Gesundheitsdienste vorauszuplanen und anzuregen, um den Bedarf der nächsten fünf Jahre optimal abdecken zu können.

Das Angebot der Perinatalversorgung verfolgt drei Ziele:

1. Sicherstellung des Zugangs zu einer guten Schwangerschaftsvorsorge und Optimierung der Prävention, Früherkennung und Weiterbetreuung von Risikoschwangerschaften.
2. Sicherstellung der Versorgung von geburtshilflichen Notfällen.
3. Optimierung der Strukturen der Perinatalversorgung unter Förderung der Mutter-Kind-Beziehung[10].

Das Angebot beruht auf einer flächendeckenden Versorgung mit Einrichtungen und der dreistufigen Organisation von Entbindungskliniken. Es wird unterschieden zwischen:

- Einrichtungen der Stufe 3 verfügen nicht über eine neonatologische Station.
- Einrichtungen der Stufe 2 verfügen über eine neonatologische Station, und versorgen Schwangerschaften mit einem vorhersehbaren perinatalen Risiko.
- Einrichtungen der Stufe 1 sind mit neonatologischen Intensivbetten ausgestattet und betreuen Hochrisiko-Schwangerschaften.

Das Netz der Perinatalversorgung hat die Aufgabe, das Versorgungsangebot zu vervollständigen. Es entspricht einer Formalisierung der Kooperationen zwischen Einrichtungen und Fachleuten des Gesundheitswesens, wie sie schon seit mehreren Jahren in der Region praktiziert werden. Das Netz hat zahlreiche eigene Ziele, es soll

- Eine bessere Beratung der Schwangeren und des Neugeborenen sicherstellen
- Die Koordination und Kontinuität der Versorgung unterstützen

Versorgung in der Nähe und von guter Qualität fördern.

PLANIFICATION HOSPITALIÈRE « KRANKENHAUSBEDARFSPLÄNE »

En Allemagne, la planification hospitalière est du ressort du Land. Ce dernier établit un plan hospitalier (Krankenhausbedarfspläne) comparable au SROS français. Cependant, les réformes actuellement discutées, prévoient que le financement des hôpitaux (y compris les investissements) soit assuré uniquement par les caisses de maladie publiques afin que le rôle de l'état du Land soit diminué.

KRANKENHAUSBEDARFSPLÄNE IN DEUTSCHLAND

In Deutschland fällt die Krankenhausbedarfsplanung in die Zuständigkeit der deutschen Bundesländer. Diese stellen den Krankenhausbedarfsplan auf, der dem französischen SROS vergleichbar ist. Die derzeit diskutierten Reformen sehen jedoch vor, dass die Finanzierung der Krankenhäuser (einschl. der Investitionskosten) ausschließlich durch die gesetzlichen Krankenkassen getragen werden soll, um die Rolle des jeweiligen Bundeslandes zu verringern.

LA « COMMISSION REGIONALE DE LA NAISSANCE »

En France, cette commission (ex–comité technique de contrôle des naissances (CTCN)) placée auprès de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), est chargée de contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique périnatale de la région : favoriser le développement de réseaux, impulser des actions de formation, aider à l'évaluation des actions menées en périnatalité… Elle a aussi pour mission de recenser les difficultés rencontrées par les femmes souhaitant accéder à la contraception ou recourir à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Elle se réunit plusieurs fois par an et est composée de professionnels oeuvrant dans le champ de la périnatalité (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, etc.…) et d'autres représentants du monde de la santé (Agence Régionale de l'Hospitalisation - ARH, Observatoire Régional de la Santé – ORS, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie – URCAM)[11]. Elle n'a pas d'équivalent en Allemagne.

DER REGIONALAUSSCHUß FÜR GEBURTEN IN FRANKREICH

In Frankreich ist dieser Ausschuß (früher: Technischer Ausschuß für die Überwachung von Geburten (CTCN)) bei der Regionaldirektion für Gesundheit und Soziales (DRASS) eingerichtet und hat den Auftrag, zur Definition und Einführung einer regionalen Perinatalpolitik beizutragen: Die Entwicklung von Netzwerken zu fördern, Weiterbildungsmaßnahmen anzuregen, bei der Evaluierung der durchgeführten Maßnahmen zu dieser Politik mitzuwirken... Zu seinen Aufgaben gehört ferner, Schwierigkeiten von Frauen zu erfassen, die eine Schwangerschaftsverhütung oder einen Schwangerschaftsabbruch wünschen.

Der Ausschuß tagt mehrmals im Jahr und setzt sich zusammen aus Fachleuten aus dem Perinatalbereich (Frauenärzte, Hebammen usw.) wie auch aus Vertretern des gesamten Gesundheitswesens (Regionale Krankenhausbehörde (ARH), Regionaler Dienst für Gesundheitsbeobachtung (ORS), Regionalunion der Krankenkassen (URCAM))[11]. In Deutschland gibt es keine entsprechende Struktur.

RECUEILS DE DONNEES PERINATALES

Les services de protection maternelle et infantile recueillent de façon continue des données provenant des certificats de santé du 8ème jour, du 9ème et du 24ème mois de l'enfant. Par ailleurs, le logiciel de la Commission régionale de la naissance (voir paragraphe précédent) permet également d'analyser des données régionales par maternité.

Les enquêtes périnatales françaises s'inscrivent dans le plan périnatalité. Les données diffusées concernent essentiellement l'échelon national. La dernière enquête disponible date de 1998. Les données concernent les indicateurs principaux de l'état de santé de l'enfant, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement ainsi que les facteurs de risque périnatal. L'étude a porté sur toutes les naissances enregistrées durant une semaine dans les maternités publiques ou privées des départements français. L'ensemble de l'échantillon 1998 était composé de 14 077 femmes (dont 420 femmes en Alsace)[12].

En Allemagne un recueil permanent de données périnatales (Perinatal-erhebung) est institué légalement depuis 1989 comme procédure nationale d'assurance qualité. Les maternités et les sages-femmes en milieu libéral transmettent les données de tous les accouchements d'une année et reçoivent une interprétation en comparaison à la moyenne régionale. Les données concernent 114 291 femmes en 1997 dans le Bade-Wurtemberg et 39 500 femmes en 1998 en Rhénanie-Palatinat.

PERINATALUMFRAGE UND PERINATALERHEBUNG

In Frankreich erfassen die Dienste zum Schutz von Mutter und Kind regelmäßig Daten aus den Protokollen der Untersuchungen (Gesundheitszertifikate), die am 8. Lebenstag sowie im 9. und im 24. Lebensmonat des Kindes erfolgen. Der Regionalausschuß für Geburten (s. oben) kann diese Daten auch nach Entbindungskliniken aufschlüsseln.

Die französischen Perinatalumfragen werden im Rahmen des Perinatalplans durchgeführt. Die Ergebnisse werden in erster Linie auf nationaler Ebene veröffentlicht. Die letzte verfügbare Umfrage stammt aus dem Jahr 1998. Die Inhalte betreffen die wichtigsten Kennzahlen über den Gesundheitszustand des Kindes, die medizinische Versorgung während der Schwangerschaft und der Geburt wie auch die Risikofaktoren. Die Umfrage wird als Stichprobe durchgeführt und erfaßt alle Geburten, die während einer Woche in den öffentlichen und privaten Geburtskliniken der französischen Departements registriert wurden. 1998 umfaßte die Stichprobe 14.077 Frauen (davon waren 420 Frauen aus dem Elsass)[12].

Die deutsche Perinatalerhebung ist als eine flächendeckende Maßnahme der Qualitätssicherung in den geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser seit 1989 gesetzlich verankert. Die beteiligten Geburtskliniken und Hebammen erfassen alle Geburten eines Jahres und erhalten ihre Daten ausgewertet und mit regionalen Vergleichszahlen zurück. 1997 wurden in Baden-Württemberg 114.291 Frauen erfaßt, in Rheinland-Pfalz waren es 1998 39.500.

Autour de la grossesse

VISITES PRENATALES : UNE ORGANISATION DIFFERENTE EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE

En France, si l'accouchement a lieu à terme, le nombre obligatoire de visites prénatales est de sept. En deçà de ce chiffre, la femme ne peut pas bénéficier de l'allocation jeunes enfants. Le premier examen obligatoire doit avoir lieu avant la fin du troisième mois.

En Allemagne dix visites prénatales sont recommandées aux femmes enceintes dont la grossesse n'est pas considérée à risque. Il n'existe plus « d'incitation financière » depuis 1989. La première visite devrait avoir lieu, à peu près comme en France, avant la treizième semaine de grossesse.

Selon l'enquête périnatale de 1998, les femmes françaises ont bénéficié en moyenne de 8,7 visites prénatales, chiffre stable depuis la précédente enquête (en 1995 : 8,9 visites). Seules 9,7 % des femmes ont eu moins de sept visites.

En Alsace, la proportion de femmes ayant bénéficié de moins de sept visites prénatales est en augmentation entre 1995 et 1998 passant de 6,0 % à 10,0 %. Selon les données de PMI (certificat de santé au 8ème jour), dans le Bas-Rhin 2,0 % des femmes ont été très peu suivies au cours de leur grossesse (moins de cinq visites médicales en 1999). Cette proportion était de 1,1 % dans le Bade-Wurtemberg, en 1997.

La proportion de femmes ayant effectué dix visites prénatales ou plus est importante en Allemagne : elle s'élève à 75 % en Rhénanie-Palatinat

Zur Schwangerschaft

SCHWANGERENBETREUUNG: UNTERSCHIEDLICHE ORGANISATION IN FRANKREICH UND IN DEUTSCHLAND

In Frankreich beträgt die vorgeschriebene Mindestanzahl an Untersuchungen bei einer termingerechten Entbindung sieben. Wird diese Anzahl unterschritten, verliert die Mutter den Anspruch auf Kleinkindergeld. Die erste Untersuchung muss vor dem Ende des dritten Schwangerschaftsmonats stattfinden.

In Deutschland werden bei einer komplikationslosen Schwangerschaft zehn Vorsorgeuntersuchungen empfohlen. Finanzielle Anreize bestehen seit 1989 nicht mehr. Die erste Untersuchung sollte – ähnlich wie in Frankreich - vor der 13. Schwangerschaftswoche stattfinden.

Nach der Perinatalumfrage von 1998 erhielten französische Frauen im Mittel 8,7 Vorsorgeuntersuchungen, ein Wert, der sich seit der 1. Umfrage wenig verändert hat (1995: 8,9 Untersuchungen). Lediglich 9,7 % der Frauen hatten weniger als sieben Untersuchungen.

Im Elsass stieg die Häufigkeit von Schwangeren mit weniger als sieben Vorsorgeuntersuchungen zwischen 1995 und 1998 von 6 % auf 10 % an. Nach den Angaben des Dienstes zum Schutz von Mutter und Kind (ärztliche Untersuchung am 8. Lebenstag) waren 1999 im Unterelsass 2,0 % der Frauen während der Schwangerschaft sehr schlecht betreut (weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen). In Baden-Württemberg lag 1997 dieser Anteil bei 1,1 %.

Der Anteil der Frauen in Deutschland mit zehn und mehr Vorsorgeuntersuchungen ist beträchtlich: In Rheinland-Pfalz lag er 1998 bei 75 %,

en 1998 et 76,2 % dans le Bade-Wurtemberg en 1997. A titre de comparaison, seulement 33,4 % de femmes du Bas-Rhin ont bénéficié d'un nombre équivalent de visites en 1999.

En 1998, en Rhénanie-Palatinat 87 % des femmes passaient leur première visite avant la treizième semaine . En 1997, 85,2 % des femmes du Land Bade-Wurtemberg réalisent leur première visite dans le même délai, taux en augmentation depuis quelques années. Toutefois, pour 9,5 % des femmes enceintes du Bade-Wurtemberg, la première visite a eu lieu entre la treizième et la seizième semaine de grossesse et encore plus tard pour 3,2 % des femmes. De telles données ne sont pas disponibles pour la région Alsace : leur recueil n'est pas prévu par le certificat de santé du huitième jour.

in Baden-Württemberg waren es 1997 76,2 %. Im Vergleich dazu wurden 1999 im Niederelsass lediglich bei 33,4 % der Frauen eine entsprechende Anzahl von Untersuchungen durchgeführt.

1998 ließen in Rheinland-Pfalz 87 % der schwangeren Frauen die erste Untersuchung vor der 13. Schwangerschaftswoche durchführen, in Baden-Württemberg waren es 1997 85,2 %. Der Anteil der Frauen, die vor der 13. Schwangerschaftswoche zur Vorsorge gehen, steigt seit mehreren Jahren an. Allerdings fand in Baden-Württemberg bei 9,5 % der schwangeren Frauen die erste Untersuchung erst zwischen der 13. und 16. Schwangerschaftswoche statt, bei 3,2 % sogar noch später. Für das Elsass stehen diese Angaben nicht zur Verfügung, da ihre Erhebung im Rahmen der Untersuchung am 8. Lebenstag nicht vorgesehen ist.

NOMBRE MOYEN D'ECHOGRAPHIES EQUIVALENT DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR

Dans le cadre de la surveillance de la grossesse, trois échographies sont conseillées en Allemagne :

- 1ère échographie entre 8 et 12 semaines de grossesse
- 2ème entre 18 et 22 semaines
- 3ème entre 29 et 32 semaines

En France, en 1998, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) préconise deux échographies en cours de grossesse (la première vers 11 à 13 semaines d'aménorrhée, soit 9 à 11 semaines de grossesse, et la seconde entre 22 et 24 semaines d'aménorrhée c'est à dire entre 20 et 22 semaines de grossesse). L'ANAES ne se prononce sur la troisième échographie réalisée en routine vers 32 semaines d'aménorrhées dans certains pays[13].

IM MITTEL GLEICHE ANZAHL AN ULTRASCHALLUNTERSUCHUNGEN IM OBERRHEINTAL

In Deutschland sind im Rahmen der Schwangerenvorsorge drei Ultraschalluntersuchungen vorgesehen:

1. Ultraschalluntersuchung: 8. bis 12. Schwangerschaftswoche
2. 18. bis 22. Schwangerschaftswoche
3. 29. bis 32. Schwangerschaftswoche

In Frankreich hat 1998 die nationale Zentralstelle für die Zulasssung und Evaluation im Gesundheitswesen (ANAES) zwei Ultraschalluntersuchungen im Verlauf einer Schwangerschaft empfohlen (die erste 11 bis 13 Wochen nach der letzten Menstruation, d.h. zwischen der 9. und 11. Schwangerschaftswoche, die zweite 22 bis 24 Wochen nach der letzten Menstruation bzw. in der 20. bis 22. Schwangerschaftswoche). Die Zentralstelle äußert sich nicht zur 3. Ultraschalluntersuchung, die in manchen Ländern rou-

tinemäßig etwa 32 Wochen nach Ausbleiben der Periode durchgeführt wird[13].

La protection maternelle et infantile indique dans son carnet de santé que, généralement, deux échographies sont prescrites, l'une à la fin du 4ème mois (19 à 21 semaines), l'autre à la fin du 7ème mois (31 à 33 semaines). L'échographie réalisée entre 8 et 12 semaines de grossesse est facultative, mais elle permet une datation précise du terme de la naissance, si les examens cliniques n'ont pu le définir[14].

Der Dienst für den Schutz von Mutter und Kind legt in seinem Vorsorgeheft dar, dass in der Regel zwei Ultraschalluntersuchungen vorgeschrieben sind, eine zum Ende des 4. Schwangerschaftsmonats (19. bis 21. Woche), die andere zum Ende des 7. Monats (31. bis 33. Woche). Die Ultraschalluntersuchung in der 8. bis 12. Woche ist freigestellt, dient jedoch der genauen Berechnung des Geburtstermins, falls dieser nicht durch klinische Untersuchungen ermittelt werden konnte[14].

En France, selon l'enquête périnatale, la proportion de femmes ayant bénéficié de plus de trois échographies a augmenté entre 1995 et 1998 passant de 48,5 % à 53,9 %. Le nombre moyen d'échographies par femme augmente également, il passe de 4,0 en 1995 à 4,3 en 1998. Selon la même enquête, en Alsace 68,4 % des femmes enceintes ont bénéficié de trois échographies ou plus en 1998, pourcentage supérieur à la France métropolitaine (54,0 %).

In Frankreich ist nach den Angaben der Perinatalumfrage der Anteil der Schwangeren mit mehr als drei Ultraschalluntersuchungen zwischen 1995 und 1998 von 48,5 % auf 53,9 % angestiegen. Gleichermaßen stieg die mittlere Anzahl der Ultraschalluntersuchungen je Frau zwischen 1995 und 1998 von 4,0 auf 4,3 an. Dieselbe Umfrage berichtet auch, dass im Elsass 1998 bei 68,4 % der schwangeren Frauen mehr als drei Ultraschalluntersuchungen durchgeführt wurden, ein im Vergleich zu Frankreich (54,0 %) höherer Prozentsatz.

Si dans le Bade-Wurtemberg les mères bénéficient d'un nombre de consultations plus élevé durant leur grossesse qu'en Alsace, la pratique de l'échographie semble y être sensiblement aussi fréquente. En effet, dans ce Land, en 1997, 59,9 % des femmes ont bénéficié de trois échographies ou plus. La première échographie a lieu précocement entre la 3ème et la 12ème semaine de grossesse pour 60 % des femmes, contre un peu moins de 40 % en 1990. Cette dernière donnée n'est pas recueillie en France.

Auch wenn in Baden-Württemberg die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen für werdende Mütter höher ist als im Elsass, scheint die Häufigkeit von Ultraschalluntersuchungen ungefähr gleich zu sein. Tatsächlich hatten 1997 in Baden-Württemberg 59,9 % der Frauen drei oder mehr Ultraschalluntersuchungen. Bei über 60 % der Frauen findet eine erste Ultraschalluntersuchung bereits zwischen der 3. und 12. Schwangerschaftswoche statt. 1990 waren es noch etwas weniger als 40 %. Die letztgenannten Angaben werden in Frankreich nicht erhoben.

EN ALSACE, LES HOSPITALISATIONS DURANT LA GROSSESSE SONT PLUS FREQUENTES

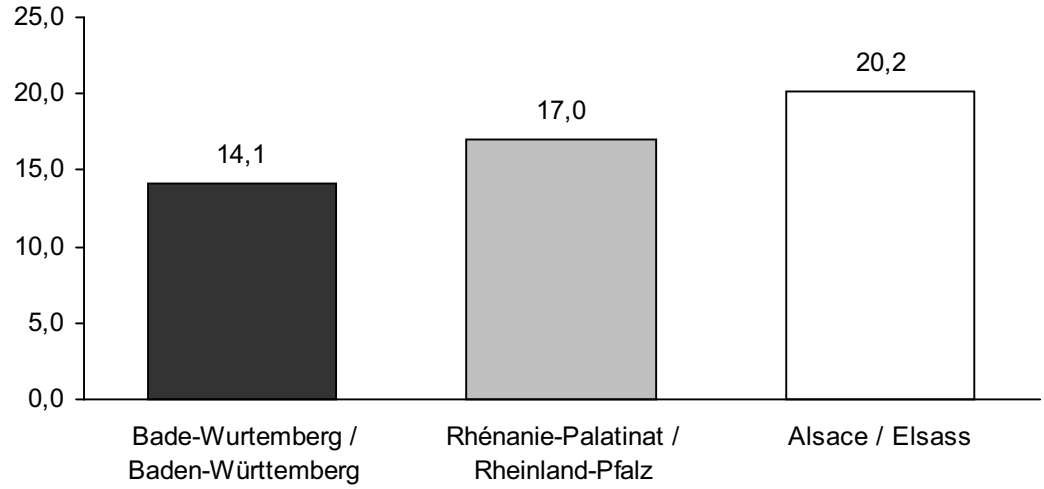
Selon l'enquête périnatale de 1998, en Alsace, 20,2 % des femmes enceintes ont été hospitalisées au moins une fois au cours de leur grossesse (hors interruption volontaire de grossesse). Ce pourcentage, équivalent à la valeur nationale (21,6 %), est nettement supérieur à ceux mesurés dans les Länder du Bade-Wurtemberg et de la Rhénanie-Palatinat (graphique ci-dessous). On peut noter qu'en 1992, le taux mesuré en Bade-Wurtemberg était de 24,9 % et qu'il a fortement baissé depuis.

KRANKENHAUSAUFENTHALTE WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT HÄUFIGER IM ELSASS

Im Elsass hatten 1998 nach Angaben der Perinatalumfrage 20,2 % der schwangeren Frauen mindestens einen Krankenhausaufenthalt im Laufe ihrer Schwangerschaft (ausgenommen Schwangerschaftsabbruch). Die Häufigkeit entspricht damit dem nationalen Durchschnitt (21,6 %), liegt jedoch höher als in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (s. Abbildung). Anzumerken ist ferner, dass die Häufigkeit von vorgeburtlichen Krankenhausaufenthalten in Baden-Württemberg stark zurückgegangen ist, 1992 lag sie noch bei 24,9 %

Taux d'hospitalisation durant la grossesse pour 100 femmes enceintes (Bade-Wurtemberg en 1997, Rhénanie-Palatinat et Alsace en 1998)

Krankenhausaufenthalte während der Schwangerschaft je 100 Schwangere (Baden-Württemberg: 1997, Rheinland-Pfalz und Elsass: 1998)



Source/Quelle
Enquête périnatale 1998 INSERM U.149 ;
Perinatalerhebungen Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz

En France, les principaux motifs d'hospitalisation sont la « menace d'accouchement » (37,5 %), les hypertensions (13,4 %) et le retard de croissance intra-utérin (RCIU : 5,3%).

Die häufigsten Gründe für einen vorgeburtlichen Krankenhausaufenthalt sind in Frankreich eine drohende Frühgeburt (37,5 %), Bluthochdruck (13,4 %) und kindliche Wachstumsverzögerungen (5,3 %).

Cette différence du recours à l'hospitalisation en cours de grossesse est difficile à interpréter. Elle peut être liée à plusieurs phénomènes (plus grande fréquence des problèmes de santé, différence de pratique médicale…).

Die unterschiedliche Inanspruchnahme stationärer Versorgung während der Schwangerschaft lässt sich nur schwer erklären. Sie kann im Zusammenhang mit mehreren Gründen stehen (häufigere gesundheitliche Probleme, unterschiedliche ärztliche Praktiken...).

DIAGNOSTIC ANTÉNATAL : L'AMNIOCENTÈSE

La comparaison des données allemandes et françaises concernant l'amniocentèse est délicate pour deux raisons :
En Allemagne, les amniocentèses ayant lieu après 22 semaines de grossesse ne sont plus comptabilisées (passé ce délai les amniocentèses sont rares, elles ne peuvent plus mener à une interruption de la grossesse). En France, il n'y a pas de limite temporelle au recueil des données.
La « Perinatalerhebung » d'où sont tirées les données pour le Bade-Wurtemberg ne concerne que les grossesses arrivées à terme. Elle ne comptabilise donc que les amniocentèses qui n'ont pas été suivies d'une interruption de grossesse. En France, les données de l'enquête périnatale incluent les interruptions de grossesse.

VORGEBURTLICHE DIAGNOSTIK: DIE FRUCHTWASSER-UNTERSUCHUNG

Der Vergleich der deutschen und französischen Daten zur Fruchtwasseruntersuchung ist aus zwei Gründen schwierig:

In Deutschland werden Fruchtwasseruntersuchungen nach Beginn der 22. Schwangerschaftswoche nicht mehr erfasst (sie werden in diesem Zeitraum nur selten durchgeführt, das Ergebnis kann nicht zur Begründung eines Schwangerschaftsabbruchs herangezogen werden). In Frankreich ist die statistische Erfassung zeitlich unbegrenzt.

Die Daten für Baden-Württemberg stammen aus der Perinatalerhebung, die lediglich die Entbindungen umfasst. Daher können ihre Auswertungen nur etwas zur Häufigkeit der Fruchtwasseruntersuchungen aussagen, die nicht zu einem Schwangerschaftsabbruch geführt haben. Die französische Perinatalumfrage enthält dagegen auch die Schwangerschaftsabbrüche.

En France comme en Allemagne, l'âge moyen des mères est en augmentation au cours des dernières décennies. Le nombre des femmes potentiellement concernées par la réalisation d'une amniocentèse est donc en hausse, car le potentiel de grossesses à risque s'accroît. Cet examen est remboursé en France pour toutes les femmes âgées de 38 ans ou plus en début de grossesse. En France métropolitaine, 11,1 % de l'ensemble des femmes enceintes ont eu recours à l'examen d'amniocentèse en 1998. Le motif est à 36,8 % l'âge maternel et à taux égal

In Frankreich wie in Deutschland ist das durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder in den letzten Jahrzehnten angestiegen. Damit wächst die Anzahl der Frauen, die potenziell eine Fruchtwasseruntersuchung durchführen lassen, da mögliche Schwangerschaftsrisiken häufiger werden. Die Kosten dafür werden in Frankreich für alle schwangeren Frauen, die bei Beginn der Schwangerschaft 38 Jahre und älter sind, erstattet. 1998 wurde in Frankreich bei 11,1 % der schwangeren Frauen eine Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt. In 36,8 % der Fälle war sie durch das

le résultat du dosage sanguin maternel [12].

Si on observait en 1989, en France, de fortes disparités régionales de recours à l'amniocentèse (avec des taux alsaciens légèrement supérieurs à la moyenne nationale), la donnée n'est plus disponible actuellement, en dehors des enquêtes périnatales[15].

En Allemagne, il n'existe que des données régionales dans le Land du Bade-Wurtemberg : en 1998, 9,4 % des femmes ont eu recours à une amniocentèse avant 22 semaines de grossesse (ce taux était de 7 % en 1992).

Alter der Frau begründet, gleich häufig wurde das Ergebnis einer mütterlichen Blutuntersuchung genannt [12].

1989 waren in Frankreich noch große regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Fruchtwasseruntersuchungen zur beobachten (im Elsass lag die Häufigkeit leicht über dem französischen Durchschnitt). Heute ist diese Statistik im Rahmen der Perinatalumfrage nicht mehr verfügbar[15].

Für Deutschland stehen nur landesweite Daten zur Verfügung: 1998 ließen in Baden-Württemberg 9,4 % der Entbindenden eine Fruchtwasseruntersuchung vor der 22. Schwangerschaftswoche durchführen (1992 waren es 7,0 %).

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (I.V.G)

La législation de part et d'autre du Rhin

En France, la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G) a été promulguée en 1975 pour une durée de cinq ans. Elle a été reconduite de manière définitive le 31 décembre 1979, avec quelques modifications par rapport au texte initial. Cette intervention, pratiquée dans les établissements hospitaliers, est prise en charge par l'Etat depuis 1983[1633].

Toute femme en situation de détresse peut demander une IVG à un médecin. Après un entretien social et une semaine de réflexion (délai qui peut être réduit en cas d'urgence), elle doit confirmer sa demande. L'intervention doit impérativement être pratiquée dans un établissement hospitalier public ou un établissement privé agréé.

Le 30 mai 2000, la nouvelle loi sur l'IVG et la contraception a été votée.

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Zur gesetzlichen Regelung beiderseits des Rheins

In Frankreich wurde 1975 zunächst befristet für die Dauer von 5 Jahren das Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch auf Anfrage erlassen. Nach einigen Textveränderungen wurde es am 31. Dezember 1979 zu einem unbefristeten Gesetz. Die Kosten für diesen Eingriff, der in Krankenhäusern durchgeführt wird, werden seit 1983 vom Staat übernommen[33].

Jede Frau in einer Notlage kann einen Schwangerschaftsabbruch bei einem Arzt verlangen. Nach einem „Sozial"-Gespräch und einer Woche Wartezeit (verkürzte Frist im Notfall möglich) muss sie ihren Antrag bestätigen. Der Eingriff darf nur in einem öffentlichen Krankenhaus oder einer zugelassenen privaten Einrichtung erfolgen.

Am 30. Mai 2000 wurde das neue Gesetz über Schwangerschaftsabbruch

Le délai autorisé pour pratiquer une IVG est passé de 10 à 12 semaines de grossesse (14 semaines d'aménorrhée), s'alignant ainsi sur celui accordé par les autres pays européens. Cette loi aménage également l'obligation faite aux mineures d'avoir une autorisation parentale : en cas de refus elles pourront être accompagnées par un adulte de leur choix. Elle supprime en outre l'obligation de consultation sociale pour les personnes majeures. Finalement, l'intervention pourra être prise en charge en médecine de ville, dans le cadre d'une convention avec un établissement de santé. Cette nouvelle loi a été fondée en partie sur le rapport rendu par le Professeur I. Nisand au ministre de l'Emploi et de la solidarité sur l'IVG en France et qui visait à résoudre les difficultés d'accès à l'IVG constatées en France[17].

Le terme allemand « Schwangerschaftsabbruch » comprend les interruptions de grossesse volontaires et thérapeutiques. En Allemagne, l'interruption volontaire de grossesse n'est pas pénalisée jusqu'à douze semaines de grossesse. Un entretien de conseil social – attesté par un certificat d'un service reconnu - doit avoir lieu 3 jours avant que cette intervention soit faite par un médecin. Les coûts de l'interruption sont pris en charge soit par l'assurance sociale ou sur d'autres bases en cas de revenu faible.

Données statistiques concernant l'IVG

Au niveau national, 214 000 interruptions volontaires de grossesse ont été pratiquées en France en 1998[18]. En 1996, on constatait que le recours à l'IVG était plus fréquent dans les régions du sud de la France (excepté Midi-Pyrénées) et en Ile de France. Il est difficile d'interpréter les évolutions au cours du temps, elles sont en partie liées à une évolution de l'exhaustivité des

und Empfängnisverhütung verabschiedet. Die zulässige Frist für die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs wurde von 10 auf 12 Schwangerschaftswochen (d.h. 14 Wochen nach dem Beginn der letzten Regel) verlängert und damit an die Regelung in anderen europäischen Ländern angepasst Das Gesetz regelt ebenfalls die bisher für Minderjährige vorgeschriebene elterliche Einverständniserklärung: Sollte sie verweigert werden, können die Minderjährigen auch durch eine Person ihrer Wahl begleitet werden. Ferner hebt es bei volljährigen Schwangeren die Verpflichtung zum „Sozial"-Gespräch auf und schließlich kann der Eingriff im Rahmen einer Zulassung durch eine Gesundheitseinrichtung auch ambulant durchgeführt werden. Das neue Gesetz beruht zum Teil auf dem Bericht zur Lösung von Zugangsschwierigkeiten zum Schwangerschaftsabbruch in Frankreich von Prof. I. Nisand an den Minister für Arbeit und Solidarität in Frankreich [17].

Die deutsche Bezeichnung "Schwangerschaftsabbruch" umfaßt die Eingriffe auf Anfrage (aufgrund sozialer Notlage) und aus medizinisch-therapeutischer Indikation. Ein Schwangerschaftsabbruch auf Anfrage ist in Deutschland bis zur 12. Schwangerschaftswoche straffrei. Eine Beratung durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle muss drei Tage vor der Durchführung dieses Eingriffs bei einem Arzt erfolgt sein. Die Kosten für den Abbruch übernimmt die gesetzliche Krankenkasse oder bei geringem Einkommen andere Kostenträger.

Statistische Angaben zum Schwangerschaftsabbruch

In Frankreich wurden 1998 214.000 Schwangerschaftsabbrüche auf Anfrage durchgeführt[18]. 1996 wurden Schwangerschaftsabbrüche am häufigsten im Süden Frankreichs (außer in Midi-Pyrénées) und in der Hauptstadtregion (Ile de France) durchgeführt. Die zeitlichen Entwicklungen sind schwierig zu erklären, sie sind teilweise durch Schwankungen in der Vollständigkeit der Meldungen bedingt.

déclarations. Selon l'INED, l'exhaustivité du recueil des données s'est améliorée et le recours à l'IVG a diminué depuis les années 80[19]. Le taux de sous-déclaration n'est toutefois pas négligeable : on estimait en effet que 35 % des IVG n'étaient pas déclarées en 1994.

Nach INED hat sich seit Beginn der 80er Jahre die Vollständigkeit der Datenerhebung verbessert, die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche ist zurückgegangen[19]. Die Dunkelziffer ist jedoch keinesfalls vernachlässigbar: Schätzungen gehen davon aus, dass 1994 35 % der Abbrüche nicht gemeldet wurden.

D'après l'INED[20], en 1996, 85 % des IVG sont réalisées dans des établissements publics de santé en Alsace. La part du secteur public est importante, car le système hospitalier public français est tenu par la loi de répondre aux demandes d'interruption de grossesse.

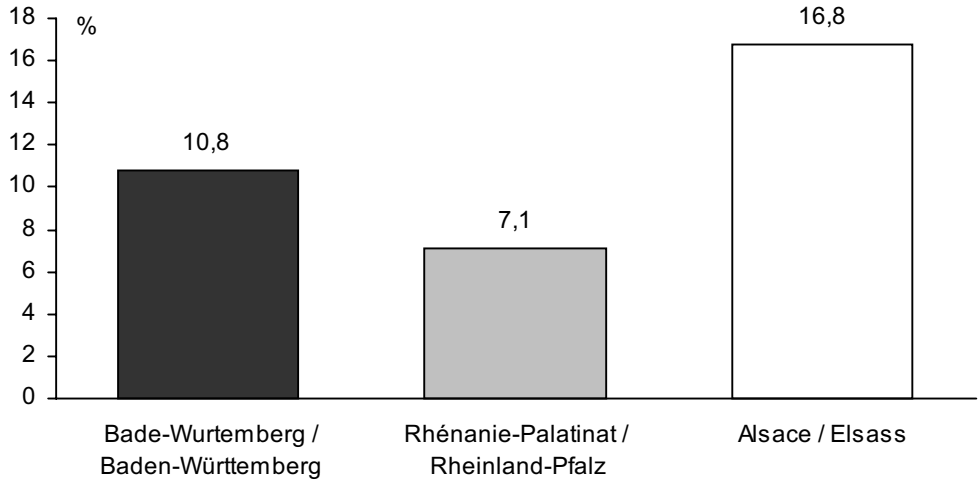
Nach Angaben von INED[20] wurden 1996 im Elsass 85 % der Abbrüche in öffentlichen Einrichtungen durchgeführt. Der Anteil des öffentlichen Sektors ist bedeutend, da das öffentliche französische Krankenhaussystem nach dem Gesetz dazu verpflichtet ist, dem Bedarf nach Schwangerschaftsabbrüchen zu entsprechen.

Le ratio d'IVG pour 100 naissances était de 15 en Allemagne de l'Ouest en 1992, contre 23 % en France[2].

In West-Deutschland kamen 1992 auf 100 Geburten 15 Schwangerschaftsabbrüche, in Frankreich waren es im gleichen Jahr 23 %[2].

Nombre d'IVG pour 100 conceptions en 1996-1997 (Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat, Alsace)

Schwangerschaftsabbrüche auf 100 Konzeptionen 1996-1997 (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Elsass)



Source/Quelle
Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, DRASS d'Alsace

En Alsace, 16,8 conceptions sur 100 ont abouti à une IVG entre 1996 et 1997 (on dénombre ainsi 4 368 IVG en 1997 dans la région). Le

Im Elsass wurden über die Jahre 1996 und 1997 16,8 von 100 Schwangerschaften abgebrochen (entsprechend wurden 1997 4.368 Schwangerschafts-

pourcentage est nettement plus faible dans les deux Länder allemands (10,8 % dans le Land de Bade-Wurtemberg et 7,1 % dans le Land de Rhénanie-Palatinat). En 1997, on enregistre ainsi 14 048 IVG dans le Bade-Wurtemberg, 3 259 en Rhénanie-Palatinat.

brüche in der Region gezählt). In den beiden deutschen Ländern ist der Anteil deutlich geringer (mit 10,8 % in Baden-Württemberg bzw. 7,1 % in Rheinland-Pfalz). Entsprechend wurden 1997 in Baden-Württemberg 14.048 Abbrüche erfasst, in Rheinland-Pfalz waren es 3.259.

Conceptions : *elles comprennent le nombre de naissances vivantes, le nombre de mort-nés et le nombre d'IVG.*
Avertissement : *Pour calculer le taux d'IVG dans les Länder du Bade-Wurtemberg et de la Rhénanie-Palatinat, nous avons utilisé au numérateur le nombre de « Schwangerschaftsabbrüche » ayant comme cause « sonstige schwere Notlage » (« autres urgences graves ») qui correspond à une situation de « détresse sociale ». Il regroupe le plus grand nombre d'interruptions de grossesse (96 % en 1997).*
Il faut toutefois comparer les données allemandes et françaises avec prudence. En effet, le service des statistiques du Bade-Wurtemberg précise qu'en raison des changements fréquents des bases législatives dans le passé, les chiffres concernant les interruptions de grossesse sont à considérer avec réserve. Il est probable que ces pourcentages soient sous-estimés dans les Länder allemands.
Jusqu'en 1995, les médecins avaient l'obligation de recueillir les données mais n'étaient pas forcés de les diffuser en raison du respect de l'anonymat et les contrôles n'étaient pas obligatoires. Un nouveau règlement des Statistiques nationales a été mis en place au 1er janvier 1996. Depuis, la diffusion des données est obligatoire, qui plus est, des contrôles auprès des cabinets libéraux et des directions des hôpitaux peuvent être effectués. Malgré tout, comme en France, des réserves subsistent quant à l'exhaustivité du recueil.

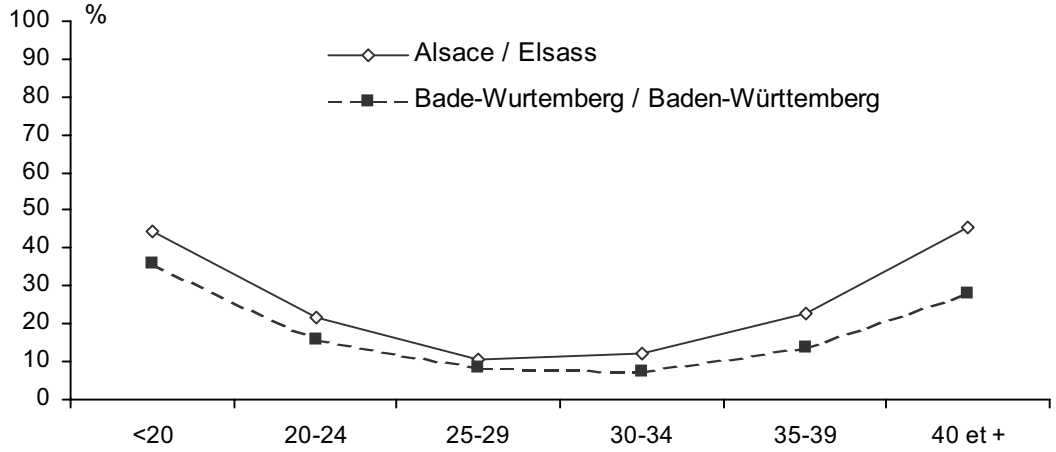
Konzeptionen: *Summe aus der Anzahl der Lebend- und Totgeborenen und der Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche.*

Anmerkung: *Zur Berechnung der Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz wurden im Zähler die Schwangerschaftsabbrüche aus der Kategorie "sonstige schwere Notlage" verwendet, die einer "Sozialen Notlage" entsprechen. Sie stellt die größte Gruppe unter den Schwangerschaftsabbrüchen dar (Baden-Württemberg: 1997 96 %).*

Die deutschen und französischen Daten können nur vorsichtig miteinander verglichen werden. So betont das Statistische Landesamt, daß aufgrund der in der Vergangenheit sich häufig ändernden Rechtsgrundlagen die Zahlen mit Vorbehalt zu betrachten sind. Wahrscheinlich wird die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in den deutschen Ländern unterschätzt.
Bis 1995 waren die Ärzte zur Datenerhebung verpflichtet, die Weiterleitung der Daten wurde aus Rücksicht auf die Anonymität nicht durchgesetzt, Kontrollen waren nicht vorgeschrieben. Mit der Neuregelung der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche ab 1.1.1996 ist aufgrund der Pflicht zur Auskunft durch die Inhaber der Arztpraxen und Leiter der Krankenhäuser eine Kontrolle möglich. Jedoch bleiben – wie auch in Frankreich - weiterhin Vorbehalte hinsichtlich der Vollständigkeit der erhobenen Daten.

Pourcentage d'IVG* selon l'âge en 1996 (Bade-Wurtemberg, Alsace)

Häufigkeit von Schwangerschafts-abbrüchen* nach Altersklassen 1996 (Baden-Württemberg, Elsass)



Source/Quelle
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg,
Statistiques de l'avortement en France – annuaire 1996 INED

** Attention : le pourcentage présenté dans ce graphique n'est pas rapporté au nombre total des conceptions. Il est calculé en faisant le rapport : (IVG) / (IVG + naissances vivantes).*

** Vorsicht: Die in dieser Abbildung dargestellte Häufigkeit bezieht sich nicht auf die Gesamtzahl der Konzeptionen. Sie wurde berechnet als Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche dividiert durch die Summe der Schwangerschaftsabbrüche und der Lebendgeborenen.*

De part et d'autre de la frontière, les ratios « nombre d'IVG sur nombre de naissances vivantes » sont les plus élevés aux âges extrêmes (avant 20 ans et après 40 ans). Les explications sont multiples : moins bonne maîtrise de la contraception à ces âges, fragilités sociales (surtout chez les très jeunes femmes)… Quel que soit l'âge, le recours à l'IVG semble un peu plus fréquent en Alsace que dans le Bade-Wurtemberg.

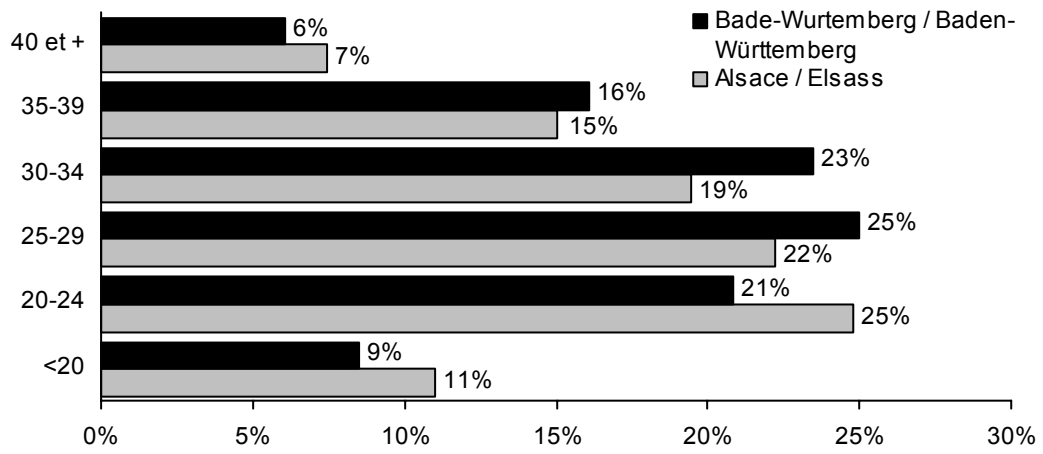
Si les pourcentages sont particulièrement élevés avant 20 ans et après 40 ans (âges auxquels il y a peu de naissances), il faut tout de même souligner que la grande majorité des IVG concernent des femmes qui ont entre 20 et 39 ans (85 % des IVG dans le Land du Bade-Wurtemberg et 82 % en Alsace).

Beiderseits des Rheins werden in den extremen Altersgruppen (unter 20 Jahre und älter als 40 Jahre) mehr Schwangerschaftsabbrüche relativ zur Anzahl der Lebendgeborenen gezählt. Die Gründe dafür sind vielfältig: unsicherer Umgang mit Verhütung in diesen Altersgruppen, soziale Unsicherheiten (insbesondere bei sehr jungen Frauen)... Unabhängig vom Alter scheinen Schwangerschaftsabbrüche im Elsass häufiger in Anspruch genommen zu werden.

Auch wenn Schwangerschaftsabbrüche in den Altersgruppen der unter 20-Jährigen bzw. der über 40-Jährigen besonders häufig sind, so muss doch darauf hingewiesen werden, dass die überwiegende Mehrheit der Abbrüche bei Frauen im Alter von 20 bis 39 Jahren durchgeführt wird (85 % in Baden-Württemberg und 82 % im Elsass).

Répartition des IVG par âge en 1996 (Alsace, Bade-Wurtemberg)

Altersstruktur bei Schwangerschaftsabbrüchen 1996 (Elsass, Baden-Württemberg)



Source/Quelle
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg,
Statistiques de l'avortement en France – annuaire 1996 INED

TABAGISME ET GROSSESSE

La consommation de tabac au cours de la grossesse peut avoir des conséquences graves sur la santé de la mère et de l'enfant (entre autre l'augmentation du risque d'interruption pathologique de grossesse et de retard de croissance intra-utérin). Pourtant les données comportementales des femmes durant la grossesse restent peu disponibles en France comme en Allemagne.

En France, selon les résultats de l'enquête périnatale de 1998, 25 % des femmes fumaient au minimum une cigarette par jour (39,4 % avant la grossesse), au troisième trimestre de grossesse. Ce pourcentage est stable depuis 1995.

Une enquête épidémiologique de l'ORSAL, relative à la pratique de l'allaitement maternel, a été menée dans le cadre d'une évaluation d'action dans trois sites de naissances en Alsace ; elle a été

TABAKKONSUM WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

Der Tabakkonsum während der Schwangerschaft kann schwerwiegende Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind haben (u.a. ein höheres Risiko für eine Fehlgeburt und für kindliche Wachstumsverzögerungen). Dennoch sind in Frankreich wie in Deutschland Daten über das Verhalten von Frauen während der Schwangerschaft nur sehr spärlich vorhanden.

Die französische Perinatalumfrage von 1998 zeigt, dass 25 % der Frauen im dritten Trimenon mindestens eine Zigarette täglich rauchten (39,4 % vor Beginn der Schwangerschaft). Dieser Wert ist seit 1995 konstant geblieben.

1999 wurde von ORSAL eine - für die Bevölkerung des Elsass jedoch nicht repräsentative – epidemiologische Erhebung zum mütterlichen Stillverhalten durchgeführt. Befragt wurden in drei verschiedenen Geburtskliniken 1.160

réalisée en 1999 auprès de 1 160 femmes trois jours après l'accouchement. Elle ne visait pas à donner une image représentative de la situation alsacienne. Sous cette réserve, elle montre que près de trois femmes enquêtées sur dix (28 %) fument. Les mères fumeuses déclarent fumer en moyenne 7 à 8 cigarettes par jour. Parmi les femmes qui ne fument pas, 15 % ont arrêté au moment de la grossesse[21].

Frauen drei Tage nach der Entbindung. Auch unter Berücksichtigung der methodischen Einschränkungen zeigt die Studie, daß fast drei von 10 befragten Frauen rauchten (28 %). Die Raucherinnen unter den Müttern gaben an, durchschnittlich 7 bis 8 Zigaretten pro Tag zu rauchen. Unter den Frauen, die nicht rauchten, hatten 15 % zu Beginn der Schwangerschaft damit aufgehört[21].

Les données périnatales du Bade-Wurtemberg nous permettent de calculer le taux de femmes se déclarant fumeuses durant la grossesse ; il s'élève à environ 13 % en 1997. A noter que les données sont recueillies durant les visites prénatales.

Mit den Daten aus der Perinatalerhebung Baden-Württemberg kann der Anteil der Frauen berechnet werden, die sich selbst während der Schwangerschaft als Raucherinnen bezeichnet haben: 1997 waren dies 13 %. Es bleibt anzumerken, dass die Angaben im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen erfasst werden.

On n'observe pas de différence notable avec le Land de Rhénanie-Palatinat, puisque la *« Perinatal-erhebung »* fait observer qu'un peu plus d'une femme enceinte sur 10 (12,2 %) se déclare fumeuse en 1998 (plus de 5 cigarettes par jour).

Im Vergleich mit Rheinland-Pfalz ergibt sich fast kein Unterschied. Die Perinatalerhebung für 1998 zeigt, dass sich ebenfalls gut 1 von 10 schwangeren Frauen (12,2 %) als Raucherin (mit mehr als fünf Zigaretten pro Tag) bezeichnet.

Ces taux sont nettement inférieurs à celui de l'Alsace, mais on ne peut comparer directement ces données puisqu'elles ne sont pas recueillies durant les mêmes périodes, ni selon la même méthode.

Diese Werte sind deutlich niedriger als die für das Elsass. Sie sind jedoch nur eingeschränkt vergleichbar, da sie weder zum gleichen Zeitpunkt noch mit derselben Methodik erhoben werden.

Dans chacun des deux pays, on peut cependant redouter un certain nombre de sous-déclarations en matière de consommation de tabac, ces chiffres sont donc vraisemblablement sous-estimés.

Zu beiden Seiten des Rheins ist von einer Untererfassung des Tabakkonsums auszugehen, die berichteten Häufigkeiten stellen wahrscheinlich eine Unterschätzung dar.

Autour de la naissance

UN RECOURS PLUS FREQUENT AUX CESARIENNES DANS LES LÄNDER ALLEMANDS QU'EN ALSACE

La proportion de césariennes a augmenté ces dernières années en France passant, selon l'enquête périnatale de 15,9 % en 1995 à 17,6 % en 1998. En Allemagne, cette donnée est recueillie par la Perinatalerhebung, organisée à l'échelle du Land, mais n'est pas disponible pour le pays dans son ensemble.

Le pourcentage de césariennes en Alsace reste inférieur à la moyenne nationale mais ce mode d'accouchement est en augmentation dans la région (13,4 % en 1992, 14,3 % en 1997). Selon la « Perinatalerhebung », le taux d'enfants nés par césarienne est plus élevé en Rhénanie-Palatinat (20,9 %) et dans le Land du Bade-Wurtemberg (19,0 %) en 1997. Les taux allemands sont en augmentation depuis 1992, l'écart entre l'Alsace et les deux Länder étudiés a tendance à augmenter.

Zur Entbindung

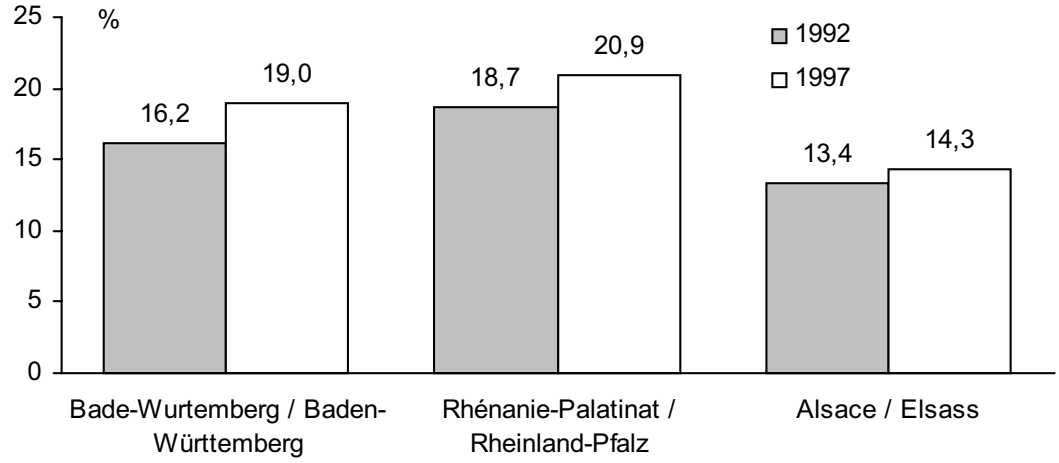
KAISERSCHNITT-ENTBINDUNGEN HÄUFIGER IN DEN BEIDEN DEUTSCHEN LÄNDERN

Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen hat in Frankreich in den letzten Jahren nach den Ergebnissen der Perinatalumfragen von 15,9 % im Jahre 1995 auf 17,6 % im Jahre 1998 zugenommen. Für Deutschland liegen keine Angaben vor, da die Daten der Perinatalerhebung nur für das jeweilige Bundesland erfasst und ausgewertet werden.

Im Elsass bleibt die Häufigkeit von Kaiserschnitten unter dem französischen Mittelwert und nimmt in der Region zu (von 13,4 % im Jahre 1992 auf 14,2 % im Jahre 1997). Nach der Perinatalerhebung war 1997 in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg der Anteil der durch Kaiserschnitt entbundenen Kinder mit 20,9 % bzw. 19,0 % höher als im Elsass. Die Häufigkeit von Kaiserschnitten steigt in Deutschland seit 1992 an, damit vergrößert sich der Unterschied zwischen den beiden deutschen Ländern und dem Elsass.

Evolution du taux de césarienne pour 100 accouchements (Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat, Alsace)

Entwicklung der Kaiserschnittrate je 100 Geburten (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Elsass)



Source/Quelle
Perinatalerhebungen Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz
DRASS – SESI

En Alsace, la pratique des césariennes est très variable selon les maternités. Une analyse des données hospitalières alsaciennes en 1999 (Tableau de bord des naissances – Commission Régionale de la Naissance) permet de relever des taux allant de 8 % à 22 % selon la maternité. Si on observe des différences en fonction du statut de l'établissement (en moyenne moins de césariennes dans les hôpitaux publiques) on n'en mesure pas en fonction du niveau de soins (les maternités de niveau 1 accueillent pourtant plus fréquemment des grossesses à risque). On ne dispose pas de données équivalentes pour le versant allemand de la Vallée du Rhin Supérieur.

Im Elsass ist die Häufigkeit von Kaiserschnitten in den einzelnen Geburtskliniken sehr unterschiedlich. Die Analyse der Daten aus elsässischen Entbindungskliniken des Jahres 1999 (Bericht der Regionalkommission für Geburten) zeigt je nach Klinik Häufigkeiten zwischen 8 % und 22 %. Unterschiede in der Kaiserschnittrate können in Abhängigkeit der Trägerschaft der Klinik beobachtet werden (im Mittel haben öffentliche Krankenhäuser niedrigere Raten), jedoch nicht in Abhängigkeit der Versorgungsstufe (Geburtskliniken der Stufe 1 nehmen häufiger Risikoschwangerschaften auf). Für die deutschen Gebiete des Oberrheintals liegen keine entsprechenden Daten vor.

Ces dernières années, l'augmentation du nombre des naissances multiples (liées en particulier aux fécondations in vitro) a pu expliquer une hausse du taux de naissances par césarienne. Ainsi, 56,6 % des enfants issus d'une grossesse multiple sont nés par césarienne dans le Haut-Rhin en 1998. Bien qu'il soit élevé ce chiffre reste légèrement inférieur à celui du Land du Bade-

In den vergangenen Jahren konnte die zunehmende Häufigkeit von Mehrlingsschwangerschaften (insbesondere aufgrund der in-vitro Fertilisation) den Anstieg der Kaiserschnittraten erklären. So wurden 1998 im Ober-Elsass 56,6 % der Kinder einer Mehrlingsschwangerschaft durch Kaiserschnitt entbunden. Dieser Wert bleibt jedoch unter dem Vergleichswert für Baden-Württemberg (1997: 62 %) und

Wurtemberg (62 % en 1997) et à celui de la Rhénanie-Palatinat (58,8 %).

Rheinland-Pfalz (58 %).

ANESTHESIE PERIDURALE NETTEMENT PLUS PRATIQUEE EN FRANCE

En France, comme le montre l'Enquête périnatale de 1998, plus des deux tiers des accouchements se font sous péridurale ou rachianesthésie (67,5 %), la plupart du temps sous péridurale (58,0 %). Seules 29,5 % des femmes accouchent sans aucune anesthésie. Cette donnée n'est disponible qu'à l'échelle des Länder (source : Perinatalerhebung) et pas pour le pays dans son ensemble.

Les données du Tableau de bord des naissances (Commission Régionale de la Naissance) de 1999 permettent de connaître les spécificités régionales en matière d'analgésie durant l'accouchement et de les comparer aux données des deux Länder Allemands. Le recours à l'anesthésie locale est majoritaire en Alsace (56,5 % des accouchements) alors qu'il concerne moins d'une parturiente sur cinq en Rhénanie-Palatinat et en Bade-Wurtemberg.

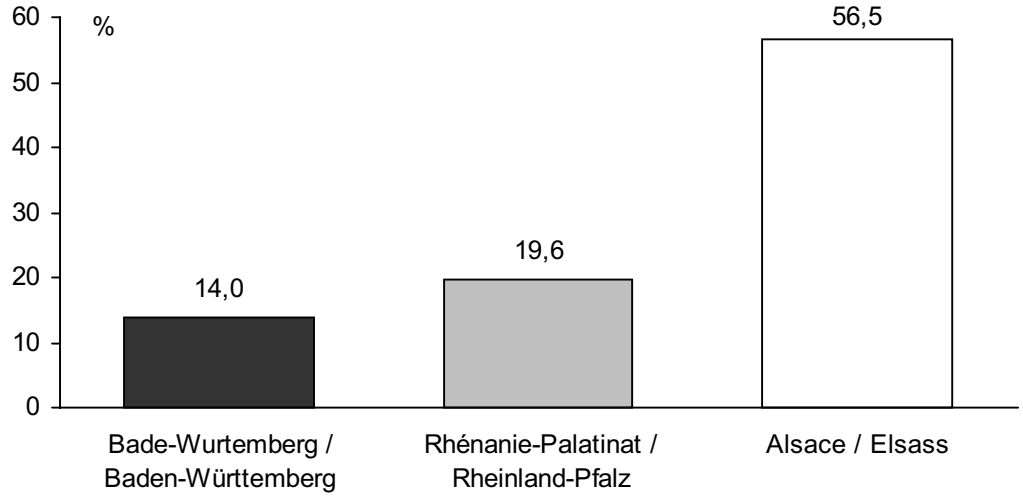
PERIDURALANAESTHESIE DEUTLICH HÄUFIGER IN FRANKREICH

Wie die Perinatalumfrage 1998 für Frankreich zeigt, werden mehr als zwei Drittel der Geburten unter Peridural- oder Spinalanästhesie (67,5 %) durchgeführt, in der Mehrheit wird die Periduralanästhesie angewandt (58,0 %). Nur 29,5 % der Frauen entbindet ohne Anästhesie. Entsprechende Angaben sind weder für die deutschen Bundesländer (Quelle: Perinatalerhebung) noch für Deutschland insgesamt verfügbar.

Der Bericht für 1999 (der Regionalkommision für Geburten) enthält regionale Daten zur Anwendung der Anästhesie während der Entbindung und ermöglicht damit den Vergleich mit den beiden deutschen Ländern. Örtliche Betäubungsmittel werden im Elsass in der Mehrzahl verabreicht (56,5 % der Geburten), während sie in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg bei weniger als einer von fünf Entbindenden eingesetzt werden.

Taux d'accouchements sous péridurale pour 100 accouchements (Bade-Wurtemberg/Rhénanie-Palatinat : 1997, Alsace : 1999)

Häufigkeit von Entbindungen unter Periduralanästhesie je 100 Entbindungen (Baden-Württemberg/Rheinland-Pfalz: 1997, Elsass: 1999)



Source/Quelle
Perinatalerhebungen Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz
Tableau de bord des naissances 1999 – Commission Régionale de la Naissance

En revanche, avec 40,3 % d'accouchements sans anesthésie, l'Alsace se place dans une situation intermédiaire entre la moyenne française et les valeurs observées en Allemagne (58,5 % dans le Land du Bade-Wurtemberg).

On peut s'interroger sur les causes de cette différence : elle peut être la conséquence d'un choix thérapeutique, du choix de la future mère ou d'un effet de l'organisation de l'offre de soins en Allemagne.

Dagegen nimmt das Elsass mit 40,3 % der Geburten ohne Anästhesie eine mittlere Position zwischen dem französischen Durchschnitt und den in Deutschland beobachteten Häufigkeiten ein (58,5 % in Baden-Württemberg).

Die Gründe für solche Unterschiede können hinterfragt werden: Sind sie die Folge einer therapeutischen Entscheidung, einer unterschiedlichen Wahl der werdenden Mutter oder eine Auswirkung unterschiedlicher Organisation von Versorgung in Deutschland.

UN TAUX DE PREMATURITE PLUS FAIBLE EN ALSACE QUE DANS LES LÄNDER DU BADE-WURTEMBERG ET DE LA RHENANIE-PALATINAT

Le risque de naissance prématurée est lié à des facteurs tels que l'âge de la mère, les naissances multiples et aussi à d'autres facteurs de risque non négligeables, tels que les

HÄUFIGKEIT VON FRÜHGEBURTEN IM ELSASS NIEDRIGER ALS IN BADEN-WÜRTTEMBERG UND RHEINLAND-PFALZ

Die Gefahr einer Frühgeburt hängt von vielen Faktoren ab, wie dem Alter der Mutter, einer Mehrlingsschwangerschaft und anderen nicht zu vernachlässigenden Risikofaktoren, wie den

facteurs psychosociaux (femmes isolées, migrantes, situation professionnelle, statut familial...), comportementaux (tabac).

La majorité des prématurés sont en bonne santé au moment de la naissance, mais nécessitent des soins intensifs. Il demeure pour les enfants très prématurés et hypotrophes un risque considérable de décéder de complications dans les phases périnatale et post néo-natale ainsi que de contracter des problèmes neurologiques graves ou des handicaps, permanents ou ponctuels[1].

L'âge de la mère s'avère être un des facteurs de risque les plus significatifs concernant la prématurité. Les mères de plus de 35 ans risquent clairement de mettre au monde un enfant prématuré[1].

En 1970, une définition précise de la prématurité a été adoptée en France : toute naissance à moins de 37 semaines révolues d'aménorrhée et cela sans que l'on tienne compte du poids à la naissance[22]. En Allemagne, on désigne également les prématurés comme des nouveau-nés nés avant la fin de la 37ème semaine de grossesse. Dans le Bade-Wurtemberg, on privilégie cependant l'étude du petit poids à la naissance[1].

L'Enquête périnatale française de 1998 montre que les notions de prématurité et de faible poids ne sont pas totalement équivalentes : 67,9 % des enfants nés à 36 semaines et 33,4 % des enfants nés à 34-35 semaines pèsent 2 500 g ou plus. A l'inverse un faible poids à la naissance n'est pas forcément synonyme de prématurité. Les enfants dont le poids est bas à la naissance et qui naissent après la 37ème semaine de grossesse risquent aussi une mortalité et une morbidité plus élevée[1].

psychosozialen Faktoren (alleinstehende Frauen, Migrantinnen, berufliche Situation, Familienstand...) sowie dem Verhalten (Tabakkonsum).

Die meisten der frühgeborenen Kinder sind zum Zeitpunkt der Geburt an sich gesund, benötigen jedoch eine intensive Versorgung. Dabei besteht für sehr unreif und untergewichtig geborene Kinder ein erhebliches Risiko durch Komplikationen in der Perinatal- und frühen Postnatalphase zu versterben oder bleibende und bisweilen schwerwiegende neurologische Folgeprobleme und Behinderungen zu erwerben[1].

Das Alter der Mutter erweist sich als einer der bedeutendsten Risikofaktoren für eine Frühgeburt. Für Mütter ab 35 Jahren ist das Risiko einer Frühgeburt deutlich höher[1].

Frankreich hat 1970 als eindeutige Definition für eine Frühgeburt folgende Regelung übernommen: jede Geburt früher als 37 Wochen nach der letzten Regelblutung ohne Berücksichtigung des Geburtsgewichts[22]. Auch in Deutschland bezeichnet man Neugeborene vor dem Ende der 37. Schwangerschaftswoche als frühgeboren. In Baden-Württemberg werden jedoch vorzugsweise die untergewichtig geborenen Kinder betrachtet[1].

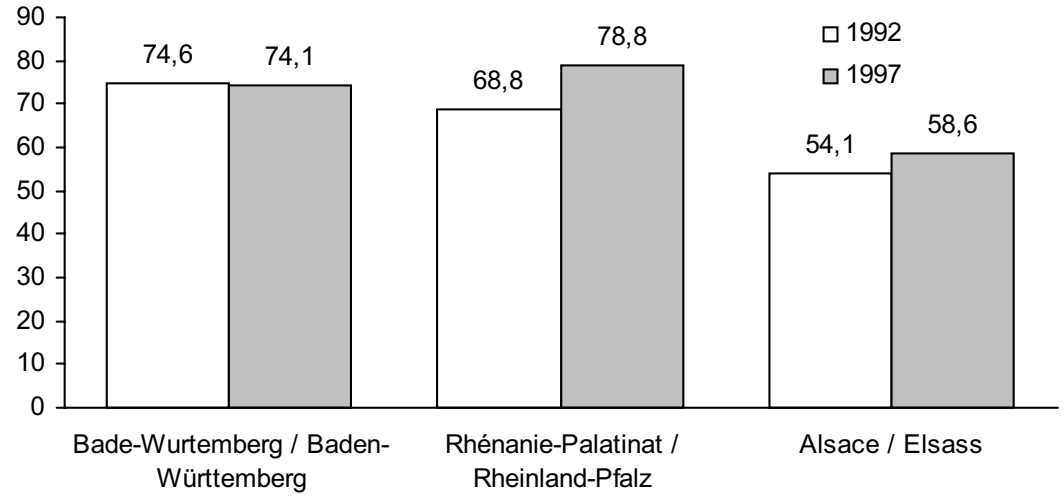
Die französische Perinatalumfrage von 1998 zeigt, daß die Begriffe Frühgeburt und Untergewicht bei der Geburt nicht völlig deckungsgleich sind: 67,9 % der in der 36. Woche geborenen Kinder und auch noch 33,4 % der in der 34. und 35. Woche geborenen Kinder wiegen 2.500 g oder darüber. Umgekehrt ist ein niedriges Geburtsgewicht nicht gleichbedeutend mit frühgeboren. Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, die nach der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurden, haben ebenfalls ein erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko[1].

L'Enquête périnatale établit qu'en 1998 le taux de prématurité atteint 62 ‰ en France métropolitaine, taux proche de celui de l'Alsace cette même année (61 ‰).

Die Perinatalumfrage von 1998 ergibt für das Kernland Frankreichs eine Häufigkeit von 62 ‰, die der im Elsass aus dem gleichen Jahr sehr nahe kommt (61 ‰).

Taux de naissances prématurées pour 1000 naissances vivantes 1992 et 1997 (Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat, Alsace)

Häufigkeit von Frühgeborenen je 1.000 Lebendgeborene 1992 und 1997 (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Elsass)



Source/Quelle
Perinatalerhebungen Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz
Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils Généraux

Les données de PMI permettent d'établir des comparaisons régionales en 1992 et 1997. Les taux observés (pour 1 000 naissances) dans les Länder du Bade-Wurtemberg et de Rhénanie-Palatinat sont supérieurs de 15 à 20 points à celui de l'Alsace aussi bien en 1992 qu'en 1997.

Die Daten des Dienstes zum Schutz von Mutter und Kind ermöglichen regionale Vergleich für die Jahre 1992 und 1997. Die in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz beobachteten Häufigkeiten liegen sowohl 1992 als auch 1997 1,5 bis 2 Prozentpunkte über denen im Elsass.

En Alsace, comme en Rhénanie-Palatinat le taux de naissances prématurées est en augmentation, alors qu'il est resté stable dans le Bade-Wurtemberg.

Die Häufigkeit von Frühgeburten steigt zwischen 1992 und 1997 im Elsass wie auch in Rheinland-Pfalz (sogar um einen Prozentpunkt) an, in Baden-Württemberg bleibt sie nahezu unverändert.

Grande prématurité

Le taux de grande prématurité (naissance à moins de 32 semaines d'aménorrhées), atteint 10 ‰ en Alsace d'après les services des PMI et 11 ‰ dans les Länder étudiés en

Sehr unreif geborene Kinder

Die Häufigkeit sehr unreif geborener Kinder (weniger als 32 Wochen nach der letzten Periode) liegt im Elsass nach Angaben des Dienstes zum Schutz von Mutter und Kind bei 10 ‰

1997 d'après les « Perinataler-hebungen ».

A noter qu'en Alsace en 1997, 77 % des grands prématurés sont nés dans une maternité disposant d'une unité de réanimation néonatale située dans le même bâtiment.

und bei 11 ‰ in den beiden deutschen Ländern nach Angaben der Perinatalerhebungen für das Jahr 1997.

Für das Elsass ist anzumerken, dass 1997 77 % dieser sehr unreif Geborenen in einer geburtshilflichen Klinik entbunden wurden, der eine Neugeborenen-Intensiveinheit im gleichen Haus angeschlossen ist.

TAUX D'HYPOTROPHIE EN HAUSSE DANS LA VALLEE DU RHIN SUPERIEUR

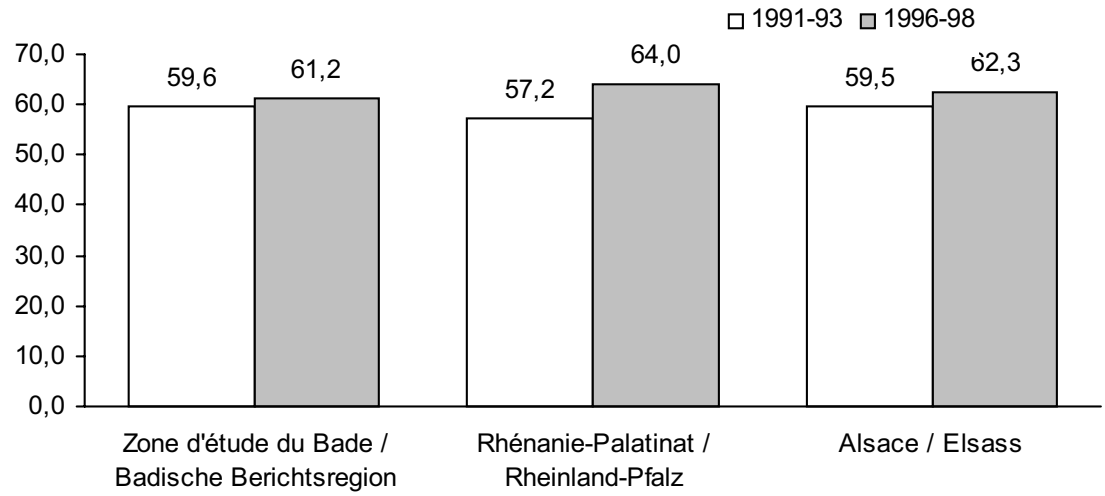
Globalement, on constate une légère progression du pourcentage de nouveau-nés dont le poids de naissance est inférieur à 2 500 g entre 1992 et 1997, dans les 3 zones étudiées avec cependant une hausse plus marquée pour la Rhénanie-Palatinat. On dénombre ainsi entre 1996 et 1998 (en moyenne annuelle), 1 405 naissances prématurées dans la zone d'étude du Bade, 2 610 en Rhénanie-Palatinat et 1 344 en Alsace.

HÄUFIGKEIT VON UNTERGEWICHTIGEN NEUGEBORENEN NIMMT ZU IM OBERRHEINTAL

Generell hat im Zeitraum von 1992 bis 1997 der Anteil der Geburten mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 g in allen drei Berichtsgebieten zugenommen. Dabei ist der Anstieg in Rheinland-Pfalz besonders deutlich ausgefallen. Zwischen 1996 und 1998 wurden im Jahresdurchschnitt in der badischen Berichtsregion 1.405 untergewichtig Geborene, 2.610 in Rheinland-Pfalz und 1.344 im Elsass gezählt.

Evolution du taux de nouveaux nés ayant un poids de naissance inférieure à 2 500 g pour 1000 nés-vivants (moyennes sur trois ans) (Zone d'étude du Bade, Rhénanie-Palatinat, Alsace)

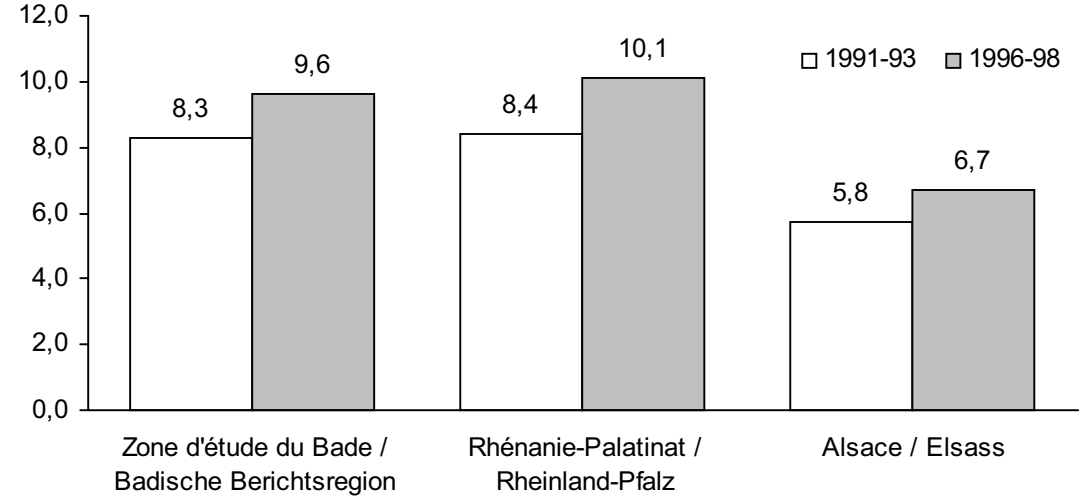
Entwicklung der Häufigkeit von Lebendgeborenen mit Geburtsgewicht unter 2.500 g je 1.000 Lebendgeborenen (Mittelwerte über drei Jahre) (Badisches Berichtsgebiet, Rheinland-Pfalz, Elsass)



Source/Quelle
Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz
Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils Généraux

Evolution du taux de nouveaux nés ayant un poids de naissance inférieur à 1 500 g pour 1000 nés-vivants (moyennes sur trois ans) (Zone d'étude du Bade, Rhénanie-Palatinat, Alsace)

Entwicklung der Häufigkeit von Lebendgeborenen mit Geburtsgewicht unter 1.500 g je 1.000 Lebendgeborenen (Mittelwerte über drei Jahre) (Badisches Berichtsgebiet, Rheinland-Pfalz, Elsass)



Source/Quelle
Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz;
Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils Généraux du Bas-Rhin et du Haut-Rhin - INSEE

Entre 1992 et 1997, le taux de nouveaux-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 1 500 g augmente aussi bien en Alsace que dans les régions allemandes. C'est en Rhénanie-Palatinat qu'il est le plus élevé (10,5 %) alors qu'il est le plus faible en Alsace (6,7 %). On dénombre en moyenne chaque année (1996-1998) 221 nouveaux-nés de moins de 1 500 g dans la zone d'étude du Bade-Wurtemberg, 144 en Alsace et 398 pour l'ensemble du Land de Rhénanie-Palatinat.

Le LGA du Bade-Wurtemberg a réalisé une analyse multivariée des données régionales. Elle a permis de confirmer que les risques principaux d'accoucher d'un nouveau-né ayant un poids inférieur à 1 500 g sont l'âge élevé de la mère, ne pas être mariée et avoir une activité professionnelle. Ainsi

- les mères appartenant à la classe d'âge 35-39 ans ont un risque plus élevé de 60 % (par rapport aux mères de 25 à 29 ans);
- les femmes non mariées ont un risque plus élevé de 70 % en comparaison aux femmes mariées;
- les femmes actives ont un risque plus élevé de 30 % par rapport aux inactives.

Zwischen 1992 und 1997 hat der Anteil der Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g sowohl im Elsass wie auch in den deutschen Berichtsgebieten zugenommen. Er ist in Rheinland-Pfalz mit 10,5 % am höchsten, im Elsass mit 6,7 % am niedrigsten. Jährlich wurden im Mittel (1996-1998) in der badischen Berichtsregion 221 Neugeborene mit weniger als 1.500 g Geburtsgewicht gezählt, im Elsass 154 und in Rheinland-Pfalz 398.

Eine multivariate Analyse landesweiter Daten wurde vom Landesgesundheitsamt (LGA) Baden-Württemberg durchgeführt. In ihr konnten als Hauptrisikofaktoren für ein Neugeborenes mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g ein höheres Alter der Mutter, der Familienstand „unverheiratet" sowie Berufstätigkeit bestätigt werden. So haben

- Frauen in der Altersgruppe von 35 bis 39 Jahren ein um 60 % höheres Risikos (verglichen mit der Bezugsgrupppe der 25- bis 29-Jährigen),
- nicht verheiratete Frauen ein um 70 % höheres Risiko als verheiratete Frauen,
- berufstätige Frauen ein um 30 % höheres Risiko gegenüber nicht Berufstätigen.

NAISSANCES MULTIPLES EN AUGMENTATION

En France, l'enquête périnatale de 1998 souligne que les "naissances gémellaires représentent un groupe qu'il convient d'étudier attentivement car il est en constante augmentation et qu'il présente des risques particuliers de prématurité (risque multiplié par dix) et de petit poids (risque multiplié par onze pour les poids inférieurs à 2 500 g)". Ainsi, le Tableau de bord des maternités alsaciennes de 1999 permet d'établir que 57 % des nouveau-nés issus de

MEHRLINGSGEBURTEN NEHMEN ZU

In Frankreich zeigt die Perinatalumfrage von 1998, dass Zwillingsgeburten eine Gruppe bilden, die aufmerksam beobachtet werden sollte, da sie stetig zunehmen und ein besonderes Risiko für Frühgeburten (10-fach höheres Risiko) und ein zu geringes Geburtsgewicht (11-fach höheres Risiko für ein Geburtsgewicht unter 2.500 g) darstellen. So stellt der Bericht der elsässischen Entbindungskliniken von 1999 fest, dass 57 % der Neugeborenen aus Mehrlingsschwangerschaften

grossesses multiples ont un poids à la naissance inférieur à 2 500 g. Le même constat peut être fait dans le Land du Bade-Wurtemberg où, en 1994, 54,6 % des enfants issus de grossesses multiples avaient un poids à la naissance inférieur à 2 500 g *(Source : Statistisches Landesamt Baden-Württemberg).*

Le taux de naissances multiples est en évolution depuis 1992. On note surtout une augmentation du nombre de naissances gémellaires tout du moins en ce qui concerne le Haut-Rhin. Les taux observés dans le Land du Bade-Wurtemberg et dans le Haut-Rhin sont tous deux proches de 15 pour 1000 naissances vivantes en 1997.

ein Geburtsgewicht unter 2.500 g hatten. Ganz ähnlich wurden 1994 in Baden-Württemberg 54,6 % der Kinder aus Mehrlingsschwangerschaften mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 g geboren *(Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg).*

Die Häufigkeit von Mehrlingsschwangerschaften nimmt seit 1992 zu. Man findet vor allem eine Zunahme von Zwillingsgeburten zumindest im Ober-Elsass. Die in Baden-Württemberg und im Ober-Elsass beobachteten Häufigkeiten lagen 1997 beide bei annähernd 15 von 1.000 Lebendgeborenen.

ALLAITEMENT

L'allaitement maternel est généralement reconnu comme étant la méthode idéale d'alimentation de l'enfant. Ses avantages s'expriment tant à court terme (nutrition quantitative, prévention des carences spécifiques, prévention des allergies alimentaires, prévention de la morbidité infectieuse, épanouissement de la relation mère-enfant) qu'à long terme (effets préventifs de maladies chroniques comme l'obésité, le diabète insulino-dépendant, la maladie de Crohn).

STILLEN

Stillen wird allgemein als die ideale Methode der Säuglingsernährung angesehen. Muttermilchernährung hat sowohl kurzfristig (Menge der Nahrungsaufnahme, Prävention von Mangelerscheinungen, Prävention von Nahrungsmittelallergien, Schutz gegen Infektionskrankheiten, Vertiefung der Mutter-Kind-Beziehung) als auch langfristig viele Vorteile (Schutz gegen chronische Krankheiten, wie Adipositas, insulinabhängiger Diabetes, Morbus Crohn).

Prévalence de l'allaitement maternel

La prévalence de l'allaitement maternel reste cependant faible en France, bien qu'encouragée par des campagnes répétées à l'égard du public et différentes directives notamment de l'Union Européenne. En 1998, 45 % des mères allaitaient au sein durant la première semaine contre 40,5 % en 1995. Selon les

Stillhäufigkeit und -dauer

Stillhäufigkeit und –dauer sind in Frankreich jedoch niedrig geblieben, obwohl wiederholt in der Öffentlichkeit und durch verschiedene Einrichtungen, insbesondere die Europäische Union, für das Stillen geworben wurde. 1998 stillten 45 % der Mütter ihr Kind in der 1. Lebenswoche, 1995 waren es 40,5 %. Für das Elsass zeigt die

données des certificats d'examen de santé du 8ème jour, elle se situe en Alsace aux environs de 55 % à la sortie de la maternité en 1995 et vraisemblablement nettement moins à trois mois. Une enquête réalisée par l'ORSAL dans le cadre de l'évaluation d'une action de promotion de l'allaitement en Alsace constate que, dans les trois maternités concernées, 63 % des mères allaitaient leur enfant au moment de la sortie (dont 45 % au sein exclusivement). Au début du cinquième mois après la naissance elles ne sont plus que 18 % à allaiter leur enfant (5 % d'alimentation mixte)[21].

Auswertung der Ergebnisse der Untersuchung am 8. Lebenstag, daß 1995 etwa 55 % der Säuglinge zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Entbindungsstation gestillt wurden, dieser Anteil sinkt bis zum Alter von 3 Monaten wahrscheinlich deutlich. Eine Untersuchung, die das ORSAL im Rahmen der Evalution einer Aktion zur Förderung des Stillens im Elsass durchgeführt hat, zeigt für die drei beteiligten Entbindungskliniken, dass 63 % der Mütter zum Zeitpunkt der Entlassung stillten (davon stillten 45 % voll), zu Beginn des 5. Lebensmonats waren es nur noch 18 % (davon fütterten 5 % zu)[21].

En Allemagne en 1990 presque la moitié des mères allaitaient leur bébé à la maternité. Un mois après la naissance, le pourcentage n'est plus que de 39 %, il est de 28 % à 3 mois[23]. L'étude « SuSe »[24] montre qu'en 1998 72,8 % des nourrissons étaient allaités (allaitement exclusif) à la sortie de la maternité, 14 jours après la naissance ce taux est encore de 60 %, il est de 33,2 % à 4 mois. Selon une étude en Bade-Wurtemberg (Projekt Beobachtungsgesundheitsämter) les taux d'enfants scolarisés en 4ème en 1996/97 qui avaient été allaités comme nourrissons étaient respectivement de 69,9 % et de 77,9 % à Kehl et à Stuttgart, taux qui apparaissent plus élevés qu'en France.

In Deutschland stillten 1990 knapp die Hälfte der Mütter in der Entbindungsklinik ihr Baby ausschließlich, nach 1 Lebensmonat wurden noch 39 % der Säuglinge ausschließlich gestillt, nach 3 Lebensmonaten waren es noch 28 %[23]. Die „SuSe"-Studie[24] berichtet, daß 1998 72,8 % der Säuglinge bei der Entlassung aus der Geburtsklinik voll gestillt wurden, 14 Tage nach der Geburt waren es 60 % und nach 4 Monaten noch 33,2 %. In Baden-Württemberg kann nach den Ergebnissen des Projekts Beobachtungsgesundheitsämter davon ausgegangen werden, dass von den Schülern der 4. Grundschulklasse des Schuljahres 1996/97 zwischen 69,9 % in Kehl und 77,9 % in Stuttgart als Säuglinge gestillt worden. Die Stillfrequenz scheint damit höher zu liegen als in Frankreich.

A titre de comparaison, on mesure des taux d'allaitement maternel de 95 % à la naissance et de 70 % à 3 mois en Scandinavie et au Canada.

Im Vergleich dazu werden in Skandinavien und Kanada 95 % der Säuglinge nach der Geburt und noch 70 % im Alter von 3 Monaten gestillt.

Les facteurs prédictifs de l'allaitement maternel

L'enquête réalisée par l'ORSAL a permis d'analyser un certain nombre de facteurs prédictifs de l'allaitement. Il faut préciser que cette enquête a été effectuée au moment du séjour en maternité et cinq mois après l'accouchement :

Einflußfaktoren auf das Stillen

Die Untersuchung des ORSAL hat ferner folgende Einflußfaktoren auf das Stillen identifiziert. Die Untersuchung wurde beim Aufenthalt in der Geburtsklinik sowie im 5. Lebensmonat durchgeführt:

Le désir d'allaiter : plus de sept femmes sur dix ont décidé dès le début de la grossesse si elles allaient allaiter après l'accouchement. Cette décision est stable puisque moins d'une femme sur dix a changé d'avis entre le début de la grossesse et l'accouchement.

Le niveau d'études : les femmes qui ont poursuivi leurs études après le baccalauréat allaitent plus souvent. En revanche, les mères ayant arrêté leurs études avant le lycée allaitent moins.

Projet de reprise du travail : les femmes qui ont décidé de reprendre le travail après leur congé de maternité allaitent significativement plus souvent.

Culture de la mère : les mères dont la culture dominante est autre que européenne, allaitent de manière beaucoup plus importante que les autres.

Sur les 203 femmes qui n'allaitent pas, près d'une sur quatre justifiait sa décision par l'aspect plus pratique de l'alimentation au biberon. Trois autres motifs étaient également fréquemment cités : des échecs dans l'allaitement d'un enfant précédent (19,2 % des mères), la consommation de tabac (17,7 %) et le manque d'envie (14,3 %). Les autres motifs (pudeur, activité professionnelle, participation du papa qui peut donner le biberon…) sont cités par moins d'une femme sur dix.

Les études allemandes ont des résultats similaires : selon l'étude « SuSe » les principales raisons de ne pas allaiter à la naissance sont : « surcharge par la famille », « pas de temps », « fumer », « problèmes avec les seins», « problèmes antérieurs avec l'allaitement », « pas d'envie à allaiter » et « activité salariée imminente ». L'utilisation de suppléments alimentaires dans les maternités a un effet défavorable sur la durée de l'allaitement. Les mères qui ont allaité plus de 14 jours mais

Der Wunsch zu stillen: Mehr als 7 von 10 Frauen haben sich bereits zu Beginn der Schwangerschaft entschieden, ob sie nach der Entbindung stillen wollen. Diese Meinungsbildung ist beständig, da weniger als 1 von 10 Frauen ihre Absicht bis zur Entbindung ändert.

Das Ausbildungsniveau: Frauen, die nach der Reifeprüfung ihre Ausbildung fortgesetzt haben, stillen häufiger. Umgekehrt stillen Frauen, die ihre Schulbildung vor der Oberstufe beendet hatten, weniger häufig.

Geplante Wiederaufnahme der Berufstätigkeit: Frauen, die sich dazu entschlossen hatten, ihre Arbeit nach der Mutterschutzfrist wiederaufzunehmen, stillen bedeutsam häufiger.

Kulturelle Einflüsse: Frauen, die hauptsächlich von anderen Kulturen als der europäischen geprägt sind, stillen häufiger und länger als andere Frauen.

Vor der Aktion zur Stillförderung begründeten ein Viertel der 203 Frauen, die nicht stillten, ihre Entscheidung damit, dass die Flaschennahrung praktischer sei. Die folgenden drei Gründe wurden etwa gleich häufig genannt: Probleme beim Stillen eines älteren Kindes (19,2 %), Tabakkonsum (17,7 %) und mangelnde Lust zu stillen (14,3 %). Die anderen Gründe (Schamgefühle, Berufstätigkeit, Beteiligung des Vaters, der ein Fläschchen geben kann...) wurden von weniger als 1 % der Frauen genannt.

Ähnliche Ergebnisse zeigen auch deutsche Untersuchungen: Die „SuSe"-Studie nennt als Hauptgründe für primäres Nichtstillen „Überbeanspruchung durch die Familie", „keine Zeit", „Rauchen", „Probleme mit der Brust/den Brustwarzen", „frühere Probleme beim Stillen", „keine Lust zum Stillen" und „bevorstehende Erwerbstätigkeit". Darüber hinaus steht die Zusatzfütterung in den Geburtskliniken in einem ungünstigen Zusammenhang mit der Stilldauer. Mütter, die länger als 14 Tage aber kürzer als 4

moins de 4 mois citaient comme raison principale pour le sevrage « une quantité insuffisante de lait maternel ».

Monate gestillt hatten, nannten als Hauptgrund für das Abstillen eine „unzureichende Muttermilchmenge".

Analyse du lait maternel

Depuis 1980, dans le Land du Bade-Wurtemberg, les femmes ont la possibilité de faire examiner gratuitement leur lait maternel à partir du 4ème mois d'allaitement. Les analyses portent sur la présence de pesticides rémanents et de résidus chlorés issus d'activités industrielles (Polychlorobiphényls : PCB). De 1980 à 1998, le lait de 17 000 mères a été examiné. Mais le nombre de femmes participant à ce programme de surveillance est en baisse constante : 75 mères en 2000 contre 2000 en 1990[1].

Muttermilchuntersuchungen

Seit 1980 können Mütter in Baden-Württemberg ab dem 4. Stillmonat ihre Muttermilch kostenlos auf Rückstände von persistenten Pflanzenschutzmitteln und Verunreinigungen mit polychlorierten Biphenylen (PCB) untersuchen lassen. Im Zeitraum von 1980 bis 1990 wurden insgesamt ca. 17.000 Muttermilchproben untersucht. Neuerdings ist die Zahl der jährlich untersuchten Proben stark rückläufig: 2000 waren es 75 Mütter, 1990 dagegen knapp 2.000[1].

Pour tous les composés chlorés examinés en routine on observe une diminution nette des teneurs depuis le début du programme. La présence de certaines substances dans les échantillons est passée sous le seuil de reconnaissance[1]. Cette baisse est moins claire pour les PCB.

Für alle routinemäßig untersuchten chlororganischen Verbindungen ist seit Beginn der Untersuchungen ein deutlicher Rückgang der Belastungen zu beobachten. Bei einigen Einzelstoffen liegen die Gehalte in den Milchproben inzwischen unterhalb der Nachweisgrenze[1]. Dieser Rückgang ist für die PCB weniger deutlich ausgeprägt.

L'analyse du lait maternel permet également de mesurer les teneurs en dioxines (PCDD) et furanes (PCDF) Pour des raisons techniques et pour des questions de coût de l'analyse, on exploite souvent des échantillons agglomérés composés par le lait de plusieurs mères. Des examens individuels sont faits uniquement s'il y a un soupçon spécifique chez la mère.

Daneben wird auch die Belastung der Muttermilch mit Dioxinen (PCDD) und Furanen (PCDF) untersucht. Aus analytischen und Kostengründen werden hier häufig Sammelproben verwendet, die sich aus der Milch mehrerer Mütter zusammensetzen. Einzelmilchuntersuchungen werden nur dann durchgeführt, wenn ein Verdacht auf eine spezifische Belastung bei der Mutter vorliegt.

Entre 1988 et 2000 120 échantillons ont été examinés sur les teneurs en dioxines et furanes (dont 75 échantillons individuels et 45 agglomérés). Les taux de dioxines et de furanes ont, eux aussi, diminué au cours des douze années qu'a duré le programme de surveillance.

Im Zeitraum von 1988 bis 2000 wurden 120 Muttermilchproben auf ihre Gehalte an Dioxinen und Furanen analysiert (75 Einzel- und 45 Sammelmilchproben). Auch bei den Dioxinen und Furanen zeichnet sich seit Einführung der Untersuchung vor 12 Jahren ein Rückgang der Belastung ab.

Ces examens du lait maternel

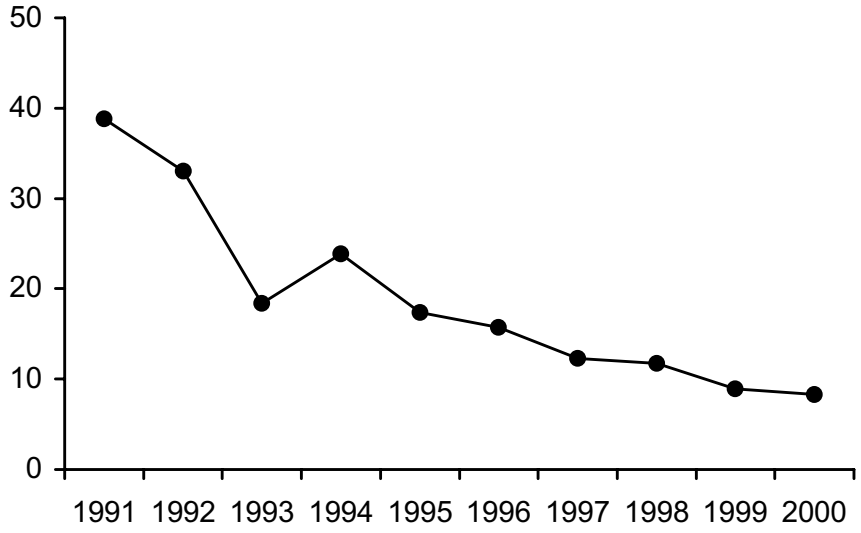
Die Muttermilchuntersuchungen zei-

montrent de façon très nette l'efficacité des mesures prises pour réduire les teneurs en substances toxiques comme l'interdiction de l'utilisation des pesticides ou des politiques de réduction des émissions des PCDD/PCDF.

gen eindrucksvoll die Wirksamkeit der zur Reduzierung der Schadstoffbelastung getroffenen Maßnahmen, wie Anwendungsverbote bei den Pflanzenschutzmitteln und Emissionsminderungsmaßnahmen bei den Dioxinen und Furanen.

PCDD/PCDF dans le lait maternel de 1991 à 2000, Bade-Wurtemberg
pg I-TEQ/g* matière grasse du lait maternel

PCDD/PCDF in Humanmilch 1991 bis 2000 Baden-Württemberg
pg I-TEQ*/g Fett der Muttermilch



Source/Quelle
Chemische und Veterinär-Untersuchungsämter Baden-Württemberg

* Les PCDD/PCDF constituent un groupe de 210 molécules, dont les différents niveaux de toxicité sont mesurés en Equivalents internationaux de toxicité (I-TEQ). Chaque composé est ainsi évalué en référence à la dioxine la plus étudiée et la plus toxique, la TCDD (Dioxine « Seveso »). Les nombreuses molécules composant un mélange de PCDD/PCDF sont rapportées à une quantité équivalente en TCDD par l'utilisation de coefficients de pondération dépendant de leur toxicité relative.

* Bei den PCDD/PDCF handelt es sich um 210 Einzelverbindungen, derenunterschiedliche toxische Wirksamkeit bei der Konzentrationsangabe, die in sogenannten internationalen toxischen Äquivalenten (I-TEQ) erfolgt, berücksichtigt wird. Die Bewertung der einzelnen Verbindungen erfolgt in Bezug zu dem am besten untersuchten und giftigsten TCDD (sog. "Seveso"-Dioxin), ihnen werden je nach Wirkungsstärke Bewertungsfaktoren zugewiesen. Die Menge der Einzelverbindung im PCDF/PCDD-Gemisch wird mit diesem Faktor multipliziert und ergibt die für die jeweilige Einzelverbindung entsprechende Menge an TCDD.

Mortalité

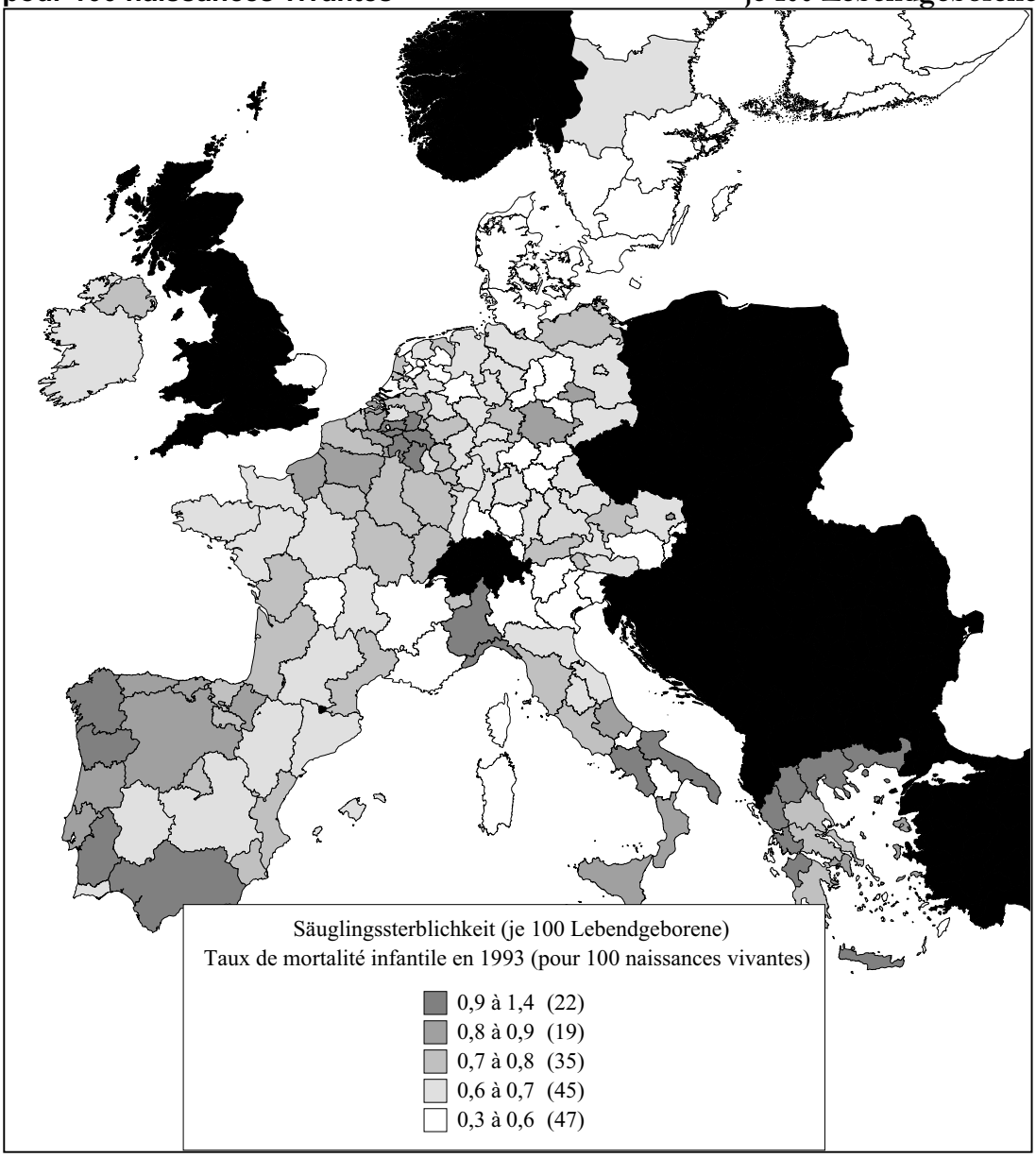
LA MORTALITE INFANTILE EN EUROPE

La mortalité infantile en Europe pour 100 naissances vivantes

Zur Sterblichkeit

SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IN EUROPA

Säuglingssterblichkeit in Europa je 100 Lebendgeborene



Source/Quelle
Eurostat

Remarques : les régions pour lesquelles les données ne sont pas disponibles figurent en noir sur la carte (par exemple : ex-Yougoslavie…).

Anmerkung: Regionen, für die keine Angaben vorliegen, sind schwarz dargestellt (z.B. ehemaliges Jugoslawien...).

Longtemps la baisse de la mortalité globale (toutes causes, tous âges confondus) a été principalement liée à la baisse de la mortalité infantile. Celle-ci a baissé de façon constante dans presque toute la région européenne de l'OMS comprenant outre l'Europe occidentale les Nouveaux Etats Indépendants (NEI) issus de l'ex-URSS et les pays d'Europe centrale et orientale (PECO). En effet, les taux moyens de mortalité infantile étaient de 25,7 pour 1 000 naissances vivantes en 1980 et de 18,1 en 1994. L'OMS déclarait en 1997 que si cette tendance devait se poursuivre, ce taux pourrait s'établir à 14,8 en l'an 2000, c'est à dire juste en dessous de la barre de 15 pour 1 000 naissances vivantes qui est l'objectif pour les pays qui avaient des taux dépassant 20 pour 1 000 en 1980[25].

Lange Zeit war der Rückgang der Gesamtsterblichkeit (über alle Todesursachen und Altersgruppen) vor allem mit dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit verbunden. Diese hat in fast allen europäischen Regionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stetig abgenommen, zu denen neben den Westeuropa auch die Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion und die Ländern Zentral- und Osteuropas zählen. So lag 1980 die Säuglingssterblichkeit im Mittel bei 25,7 je 1.000 Lebendgeborenen, 1994 bei 18,1. Die WHO erklärte 1997, daß die Säuglingssterblichkeit im Jahr 2000 bei 14,8 liegen könnte, sofern sich diese Entwicklung fortsetzt. Sie läge damit knapp unter der Schwelle von 15 pro 1.000 Lebendgeborenen, Zielwert für die Länder, die 1980 noch Häufigkeiten von über 20 je 1.000 Lebendgeborenen hatten[25].

En Europe de l'Ouest, la mortalité infantile est nettement plus faible. Ainsi, en France, elle était de 18,2 pour 1 000 naissances vivantes en 1970, taux plus faible qu'en Allemagne (22,5 pour 1 000 naissances vivantes), selon l'INED.

In Westeuropa ist die Säuglingssterblichkeit deutlich niedriger. 1970 war sie nach Angaben von INED in Frankreich mit 18,2 je 1.000 Lebendgeborenen niedriger als in Deutschland (22,5 pro 1.000 Lebendgeborene).

Dans les trente années suivantes la baisse a été considérable et le taux de mortalité n'atteint plus que 4,8‰ en France, équivalent à celui de l'Allemagne (4,7‰) en 1998.

In den folgenden dreißig Jahren ist sie beträchtlich zurückgegangen und lag 1998 in Frankreich mit lediglich 4,8‰ etwa gleich hoch wie in Deutschland (4,7‰).

En 1998, en terme de mortalité infantile, la France et l'Allemagne se situent juste après les pays nordiques (Finlande : 4,2 ‰, Suède : 3,5 ‰).

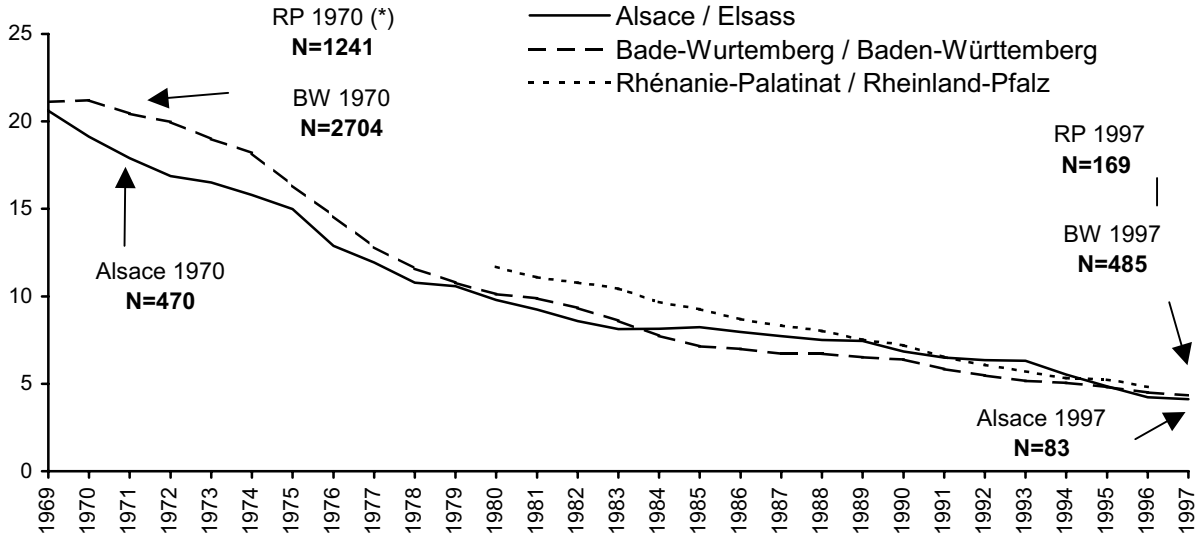
1998 lag damit die Säuglingssterblichkeit in Frankreich und Deutschland in der Rangliste direkt hinter den nordeuropäischen Ländern (Finnland: 4,2 ‰, Schweden: 3,5 ‰).

LA MORTALITE INFANTILE DANS LA VALLEE DU RHIN

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes (moyennes lissées sur trois ans), Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat, Alsace

SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IM OBERRHEINTAL

Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene (Mittelwerte über drei Jahre), Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Elsass



Source/Quelle
Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz
INSEE

** Pour l'année 1970, le taux n'a pas pu être calculé pour la Rhénanie-Palatinat*
N : nombre de décès pour l'année correspondante

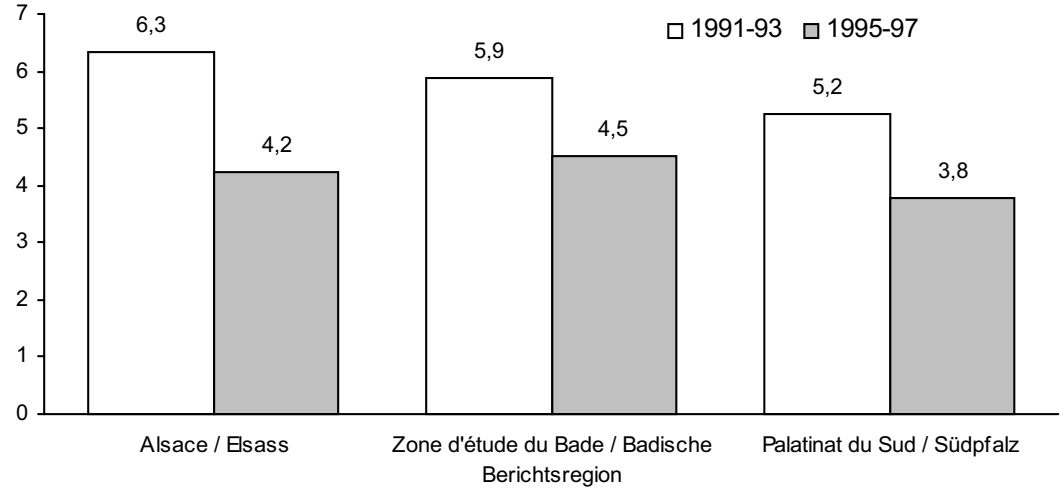
La chute de la mortalité infantile entre 1969 et 1997 est constatée dans les trois régions étudiées. A partir de la fin des années quatre-vingt les écarts entre régions diminuent et les trois taux deviennent pratiquement identiques dans les années quatre-vingt-dix.

** Für Rheinland-Pfalz konnte der Wert für das Jahr 1970 nicht berechnet werden.*
N: Anzahl der Todesfälle im jeweiligen Jahr

Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit zwischen 1969 und 1997 ist für alle Berichtsgebiete festzustellen. Seit Ende der 80er Jahre verringerten sich die Unterschiede und die Raten wurden in den 90er Jahren praktisch identisch.

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes dans les zones d'études du Bade et du Palatinat du sud et en Alsace

Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene im badischen Berichtsgebiet, in der Südpfalz und im Elsass



Source/Quelle
Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz
INSEE

Ce phénomène de baisse rapide de la mortalité infantile s'observe également dans la Vallée du Rhin Supérieur. Durant la première moitié des années 90, le taux du Palatinat du Sud reste le plus bas passant de 5,2 ‰ en 1992 à 3,8 ‰ en 1996. Durant la même période, c'est l'Alsace qui enregistre la plus forte baisse, passant de 6,3 ‰ à 4,2 ‰.

Der schnelle Rückgang der Säuglingssterblichkeit kann überall im Oberrheintal beobachtet werden. Während der ersten Hälfte der 90er Jahre war sie in der Südpfalz am niedrigsten und ging von 5,2 ‰ im Jahre 1992 auf 3,8 ‰ im Jahre 1996 zurück. Das Elsass hat im selben Zeitraum den deutlichsten Rückgang von 6,3 ‰ auf 4,2 ‰ zu verzeichnen.

ANALYSE DES COMPOSANTES DE LA MORTALITE FOETO-INFANTILE

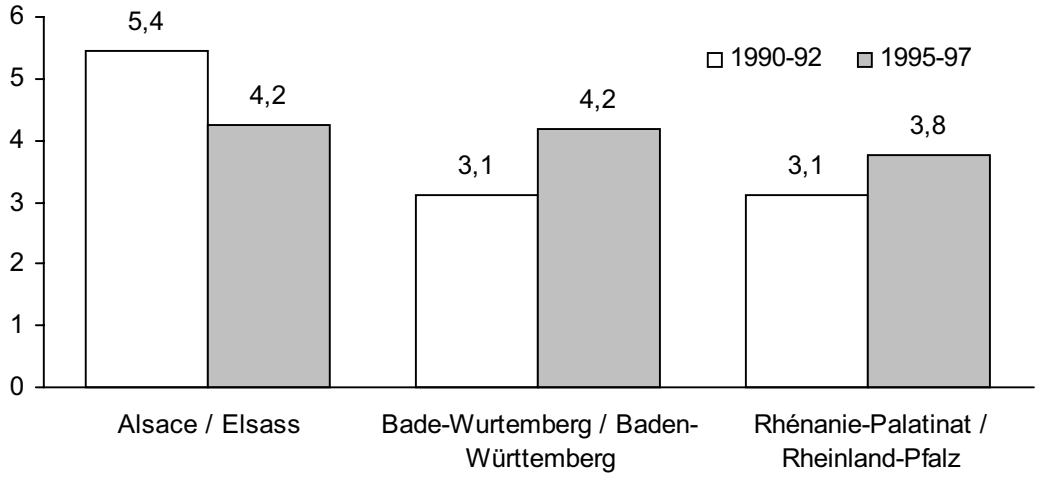
Mortinatalité

Taux de mortinatalité pour 1 000 naissances totales, Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat, Alsace

DIE SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT IN IHREN TEILASPEKTEN

Zur Häufigkeit von Totgeborenen

Totgeborene je 1.000 Lebend- und Totgeborenen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Elsass



Source/Quelle
Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz
INSEE

On constate une baisse importante de la mortinatalité pour l'Alsace entre 1990-92 et 1995-97. Si les données des deux Länder frontaliers semblent montrer une hausse de la mortinatalité, il s'agit en fait du résultat d'une évolution des définitions utilisées. Au début des années 90, on ne comptabilisait pas les morts-nés de moins de 1 000 g en Allemagne. Depuis 1994 le seuil a été abaissé à 500 g. Les morts-nés ayant entre 500 g et 1000 g ont donc été ajoutés aux statistique officielles.

En France, on ne comptabilise que les mort-nés de plus de 22 semaines d'aménorrhée : cette définition est en pratique assez proche de celle adoptée en Allemagne en 1994. Les données de 1995-97 sont donc plus comparables que celles de 1990-92.

Für das Elsass ist ein deutlicher Rückgang zwischen 1990-92 und 1995-97 festzustellen. Die Zahlen für die deutschen Länder scheinen einen Anstieg in der Häufigkeit von Totgeborenen zu zeigen. Tatsächlich spiegelt sich hier eine Veränderung in den verwendeten Definitionen wider. Zu Beginn der 90er Jahre wurden in Deutschland Totgeborene nur ab einem Gewicht von mindestens 1.000 g erfasst. 1994 wurde dieser Wert auf 500 g gesenkt. Dadurch werden Totgeborene mit einem Gewicht zwischen 500 g und 1.000 g in den amtlichen Statistiken nun mitgezählt.

In Frankreich werden nur Totgeborene nach mehr als 22 Wochen Schwangerschaftsdauer erfasst. In der praktischen Anwendung kommt diese Definition der in Deutschland seit 1994 verwendeten recht nahe. Daher lassen sich die Daten der Jahre 1995-97 eher verglei-

Cela pourrait expliquer que les taux mesurés de part et d'autre du Rhin soient plus proches en 1995-97 qu'ils ne l'étaient au début de la décennie.

chen als die von 1990-92. Damit könnte auch erklärt werden, dass die Häufigkeiten, die man 1995-97 zu beiden Seiten des Rheins ermittelt hat, sich stärker gleichen als die zu Beginn der 90er Jahre.

*La **mortinatalité** correspond au nombre d'enfants nés sans signe de vie (mort-nés) rapportés à 1 000 naissances totales (enfants nés vivants et mort-nés).*

*La **mortalité périnatale** correspond au nombre de mort-nés et de décès au cours des 7 premiers jours de la vie rapportés à 1 000 naissances totales.*

*Unter **Totgeburtlichkeit** versteht man die Zahl der totgeborenen Kinder (ohne Lebenszeichen) bezogen auf 1.000 Geborene (Lebend- und Totgeborene).*

*Die **perinatale Sterblichkeit** entspricht der Anzahl der Totgeborenen und der in den ersten 7 Lebenstagen Verstorbenen (Säuglingsfrühsterblichkeit) bezogen auf 1.000 Lebens- und Toteborene.*

Mortalité périnatale

Cette composante de la mortalité infantile est un indicateur important de la qualité des soins en obstétrique. Dans tous les pays d'Europe du Nord, elle a baissé ces dernières décennies.

Dans les années 90, la mortalité périnatale en Allemagne est la plus faible d'Europe (6,8 pour 1 000 naissances totales en 1995). La chute de la mortalité périnatale depuis les années soixante-dix a été accompagnée par plusieurs avancées, obstétricales, pédiatriques et organisationnelles, grâce notamment à la mise en place des *Mutterschaftsrichtlinien (*principes directeurs pour les soins prénatals), du *Mutterschutzgesetz* (loi de protection de la mère) et du *Mutterpass* (carnet de grossesse) qui implique la mère dans la prise en charge de sa grossesse[26].

En 1994, avec un taux de 7,4 ‰, la France se situait au 10ème rang de 19 pays européens. Depuis, ce taux est resté stable.

Le taux de mortalité périnatale alsacien est plus faible que le taux national. Il a atteint 6,2 ‰ sur la

Die perinatale Sterblichkeit

Dieser Teilaspekt der Säuglingssterblichkeit ist eine wichtige Kennzahl für die Qualität in der Geburtshilfe. Die perinatale Sterblichkeit ist in allen nordeuropäischen Ländern in den vergangenen Jahrzehnten zurückgegangen.

Deutschland hatte in den 90er Jahren die niedrigste perinatale Sterblichkeit in Europa (6,8 je 1.000 Geborene im Jahr 1995). Der Rückgang der perinatalen Sterblichkeit seit Beginn der 70er Jahre erfolgte im Zusammenhang mit verschiedenen Fortschritten in der Geburtshilfe, der Kinderheilkunde und auf der organisatorischen Seite. Hier sind insbesondere die Einführung der Mutterschaftsrichtlinien, des Mutterschutzgesetzes sowie des Mutterpasses zu nennen, der die Mutter in die Betreuung der eigenen Schwangerschaft einbezieht[26].

1994 nahm Frankreich mit einer Häufigkeit von 7,4 ‰ den 10. Rang unter 19 europäischen Ländern ein. Der Wert blieb seither unverändert.

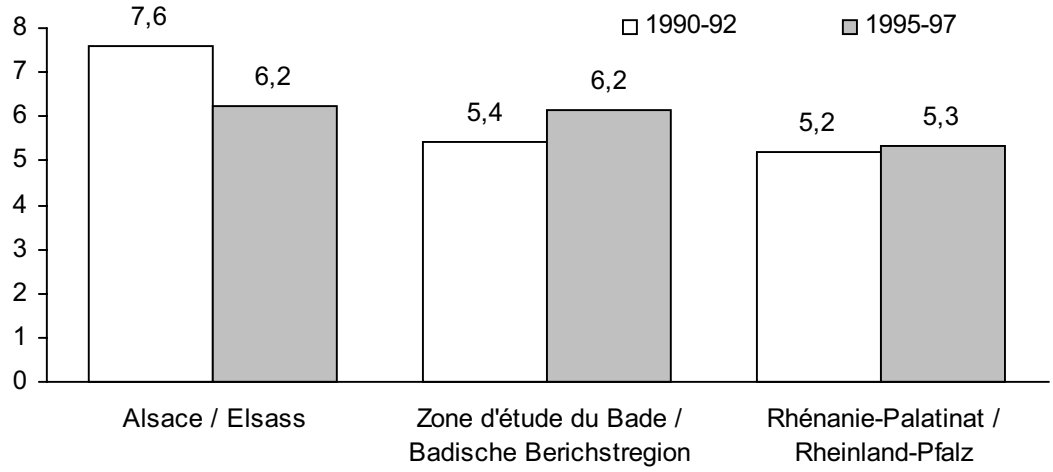
Im Elsass liegt die perinatale Sterblichkeit unter dem Wert für Frankreich. Im Zeitraum von 1995-97 lag sie bei

période 1995-1997 en Alsace. L'Alsace se trouvait alors au 5ème rang des régions françaises.

6,2 ‰. Das Elsass belegte damit den 5. Platz unter den französischen Regionen.

Taux de mortalité périnatale pour 1 000 naissances zone d'étude du Bade, Rhénanie-Palatinat, Alsace

Perinatale Sterblichkeit je 1.000 Lebend- und Totgeborenen, badische Berichtsregion, Rheinland-Pfalz, Elsass



Source/Quelle
Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz
BMS-INSEE

L'évolution de la mortalité périnatale est difficile à interpréter dans les Länder de Rhénanie-Palatinat et du Bade-Wurtemberg. La hausse mesurée dans la zone d'étude du Bade-Wurtemberg s'explique par l'évolution des définitions statistiques des morts-nés (voir plus haut). On peut supposer qu'en Rhénanie-Palatinat, la stabilité apparente des taux correspond en réalité une diminution de la mortalité.

Für die deutschen Bundesländer Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz ist die Entwicklung der perinatalen Sterblichkeit nur schwierig zu interpretieren. Der Anstieg, der für die badische Berichtsregion ermittelt wurde, erklärt sich durch eine Veränderung in der statistischen Definition der Totgeborenen (s. oben). Es kann angenommen werden, dass hinter den scheinbar konstanten Sterberaten für Rheinland-Pfalz ein Rückgang verborgen ist, der durch die Veränderung der Definitionen überdeckt wird.

En 1995-1997, le taux alsacien est équivalent à celui mesuré dans la zone d'étude du Bade. La mortalité périnatale en Rhénanie-Palatinat est, quant à elle, légèrement plus basse (5,3 ‰).

Für den Zeitraum 1995-97 entspricht der für das Elsass ermittelte Wert dem der badischen Berichtsregion. In Rheinland-Pfalz liegt die perinatale Sterblichkeit geringfügig niedriger (5,3 ‰).

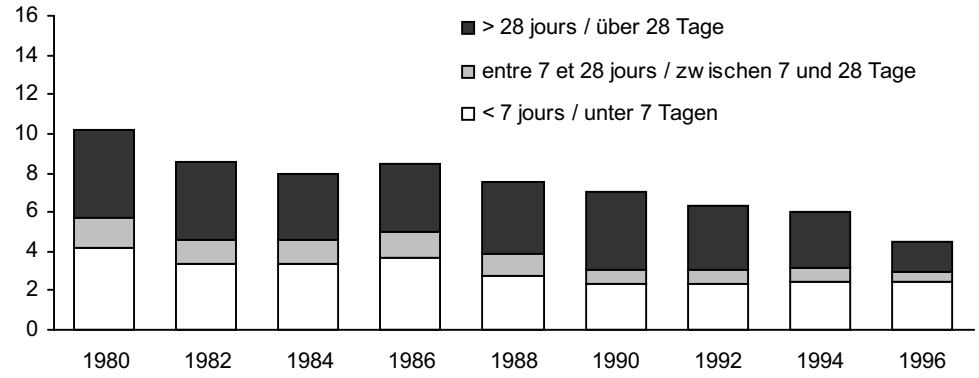
Mortalité néonatale, néonatale tardive et postnéonatale

Früh-, Spät- und Nachsterblichkeit

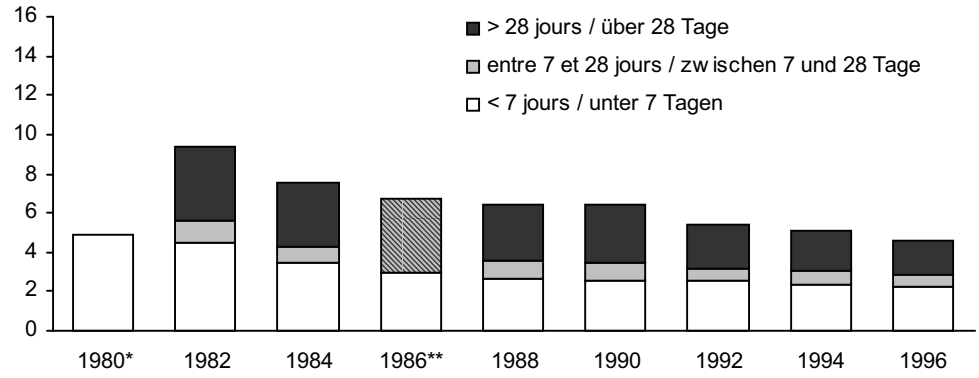
Evolution de la mortalité néonatale, néonatale tardive et postnéonatale (taux pour 1 000 naissances vivantes)

Entwicklung der Früh-, Spät- und Nachsterblichkeit (auf jeweils 1.000 Lebendgeborene)

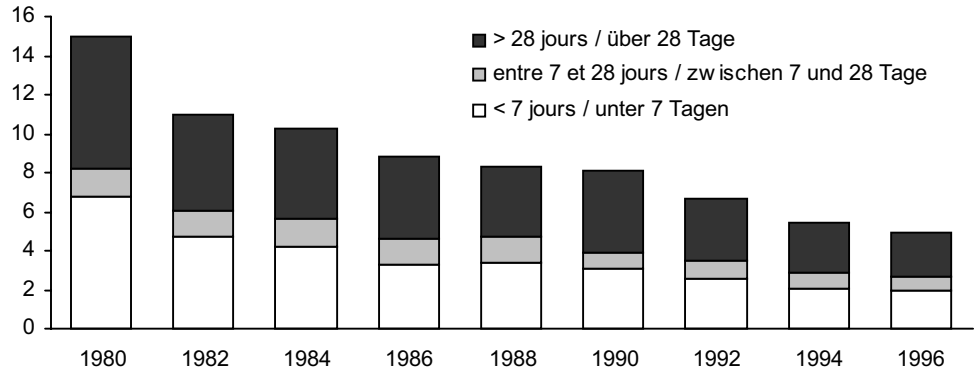
Alsace / Elsass



Bade-Wurtemberg / Baden-Württemberg



Rhénanie-Palatinat / Rheinland-Pfalz



Source/Quelle
Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz
INSEE – INSERM SC8

** En 1980, seul le nombre de décès avant 7 jours de vie est disponible*

*** Seul le nombre global de décès après 7 jours de vie est connu*

** Für das Jahr 1980 steht nur die Anzahl der Todesfälle innerhalb der ersten 7 Lebenstage zur Verfügung.*

*** Es ist lediglich die Gesamtzahl der Todesfälle nach den ersten 7 Lebenstagen bekannt.*

Depuis le début des années 80, les trois composantes de la mortalité infantile ont nettement diminué dans les trois régions d'étude.

L'évolution est particulièrement marquée dans le Land de Rhénanie-Palatinat. Avec une baisse d'environ 70 % de la mortalité néonatale (avant 7 jours) et postnéonatale (après 28 jours) et une baisse de 50 % de la mortalité néonatale tardive (entre 7 et 28 jours), la situation de ce Land, qui apparaissait comme particulièrement défavorable en 1980, est très proche de celle du Bade-Wurtemberg et de l'Alsace en 1996.

In den drei Berichtsregionen ist seit Beginn der 80er Jahre ein deutlicher Rückgang in allen drei Teilaspekten der Säuglingssterblichkeit festzustellen.

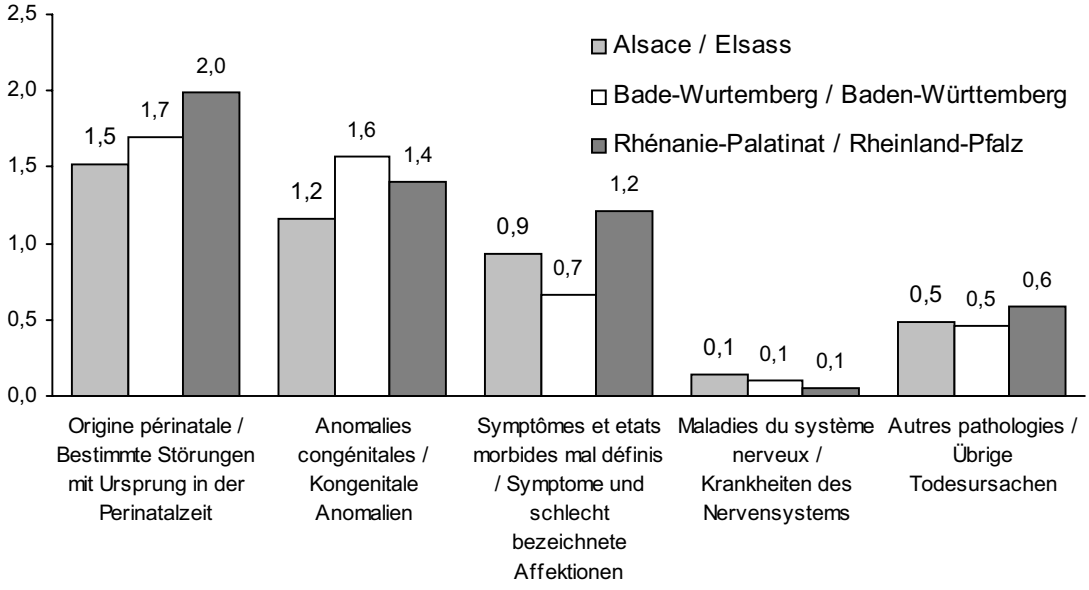
Besonders deutlich ist der Rückgang in Rheinland-Pfalz ausgeprägt: Die Früh- (in der 1. Lebenswoche) und die Nachsterblichkeit (nach dem 1. Lebensmonat) gingen um etwa 70 % zurück, die Spätsterblichkeit (zwischen dem 8. Lebenstag und vor Vollendung des 1. Lebensmonats) um 50 %. Damit hatte sich bis 1996 die Situation in diesem Bundesland, das 1980 noch eine besonders ungünstige Position einnahm, der in Baden-Württemberg und im Elsass stark angenähert.

Causes de mortalité infantile

Todesursachen im Säuglingsalter

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes selon les grandes causes (1995-97) Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat, Alsace

Säuglingssterblichkeit nach den häufigsten Todesursachen je 1.000 Lebendgeborene (1995-97), Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Elsass



Source/Quelle
Statistische Landesämter Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz
INSERM SC8 et INSEE

Sur la période 1995 à 1997, les affections d'origine périnatale constituent la 1ère cause de mortalité avant un an dans l'ensemble de l'espace de la Vallée du Rhin Supérieur, avec 100 décès en Alsace, 583 décès pour le Land du Bade-Wurtemberg et 243 décès pour le Land de Rhénanie-Palatinat.

Im Zeitraum von 1995 bis 1997 stellen die Störungen perinatalen Ursprungs die häufigste Todesursache im ersten Lebensjahr im Oberrheintal dar mit 100 Todesfällen im Elsass, 583 in Baden-Württemberg und 234 in Rheinland-Pfalz.

Les symptômes et états morbides mal définis représentent la troisième cause de mortalité de ce territoire. En 1988-90, ils constituaient la première cause de mortalité en Alsace ; la diminution de 68 % est en grande partie due aux campagnes de prévention du syndrome de mort subite du nourrisson.

Die schlecht bezeichneten Symptome und Störungen nehmen den 3. Platz in diesem Gebiet ein. Im Zeitraum 1988-90 belegten sie im Elsass den 1. Rang; ihr Rückgang um 68 % ist zum großen Teil auf Maßnahmen zur Vermeidung des plötzlichen Kindstodes zurückzuführen.

La chute de la mortalité s'explique pour moitié par la baisse de la mortalité due à la mort subite du nourrisson. Ce syndrome était à l'origine de 1 369 décès en 1990 (sur un total de 5 599 décès d'enfants de moins de un an) et seulement de 538 en 1995 (total des décès 3 545).

Der Rückgang der Sterblichkeit erklärt sich zur Hälfte durch den Rückgang des plötzlichen Kindstods. Dieses Syndrom war 1990 noch die Ursache für 1.369 Todesfälle (von insgesamt 5.599 Sterbefällen im 1. Lebensjahr), 1995 waren es nur noch 538 Fälle (von insgesamt 3.545 Sterbefällen).

Le taux est encore élevé dans la Rhénanie-Palatinat (1,2 décès pour 1 000 naissances vivantes), proche du taux de mortalité due aux anomalies congénitales.

Rheinland-Pfalz liegt mit seinem noch etwas höheren Wert (1,2 Todesfälle je 1.000 Lebendgeborene) im Bereich der Häufigkeit von Todesfällen aufgrund von angeborenen Fehlbildungen.

TAUX DE MORTALITE DES 1-4 ANS ET DES 5-14 ANS PAR GRANDES CAUSES

DIE STERBLICHKEIT UND WICHTIGSTEN TODESURSACHEN IN DEN ALTERSGRUPPEN 1 BIS 4 UND 5 BIS 14 JAHRE

Il faut noter que de toutes les classes d'âge les classes 1-4 ans et 5-14 ans sont celles pour lesquelles on enregistre les taux de mortalité les plus faibles (voir chapitre 2 Etat de Santé).

Hier ist voranzustellen, daß in den Altersgruppen 1 bis 4 und 5 bis 14 Jahre die Sterberaten am niedrigsten sind (s. auch Kapitel 2 „Gesundheitszustand").

En Alsace, comme dans le Land de Bade-Wurtemberg et la Rhénanie-Palatinat, ce sont les causes extérieures de traumatisme et les empoisonnements qui constituent les premières causes de décès entre 1 et

Im Elsass wie in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz sind Verletzungen und Vergiftungen als äußere Todesursachen die bedeutendsten im Alter von einem bis 14 Jahren. Straßenverkehrsunfälle stellen dabei die

14 ans. Les accidents de la circulation sont à l'origine de la majorité de ces décès.

Ainsi, en terme d'effectifs, entre 1995 et 1997 :

- on enregistre en moyenne 8 décès accidentels chez les 1-4 ans en Alsace et 11 chez les 5-14 ans. Pour les enfants de 5 à 14 ans près de la moitié de ces décès sont dus aux accidents de la circulation.
- Dans le Bade-Wurtemberg, 98 enfants de 1 à 14 ans sont décédés suite à un accident ou à un empoisonnement. La plupart de ces décès sont dus aux accidents de la circulation (83 décès entre 1 et 14 ans).
- En Rhénanie-Palatinat les accidents et empoisonnements sont à l'origine de 40 décès d'enfants entre 1 et 14 ans en 1997. Il s'agit de la première cause de décès à cet âge (environ 40 % du nombre total de décès à ces âges). (*Nota bene : nous ne disposons pas de données détaillées pour les décès par accidents de la circulation*).

Ce sont les tumeurs qui arrivent en seconde position des causes de décès les plus importantes entre 1 et 14 ans.

Bien qu'elles ne concernent que les accidents ayant nécessité une intervention de la police, les statistiques de la sécurité routière permettent d'avoir une certaine vision du nombre d'enfants victimes d'accidents.

En 1998, 5 027 enfants de moins de 15 ans ont été victimes d'un accident de la circulation dans le Bade-Wurtemberg. Ce nombre s'élève à 397 en Alsace au cours de cette même année. En Rhénanie-Palatinat 2 046 enfants de moins de 15 ans ont été victimes d'accidents de la route (donnée de 1996). Rapportées au nombre d'enfants vivant dans ces trois zones, ces données correspondent à des taux de 120 pour 100 000

Mehrzahl dieser Todesfälle.

In Zahlen bedeutet dies:

- Zwischen 1995 und 1997 wurden im Elsass 8 Todesfälle im Alter von 1 bis 4 Jahren aufgrund von Unfällen gezählt, bei den 5- bis 14-Jährigen waren es 11. Unter den Kindern im Alter von 5 bis 14 Jahren waren knapp die Hälfte der Sterbefälle durch Verkehrsunfälle bedingt.
- In Baden-Württemberg sind 98 Kinder im Alter zwischen einem und 14 Jahren infolge eines Unfalls oder einer Vergiftung verstorben. Die Mehrzahl dieser Todesfälle geht auf Straßenverkehrsunfälle zurück (83 Fälle in der Altersgruppe ein bis 14 Jahre).
- In Rheinland-Pfalz waren 1997 Unfälle und Vergiftungen die Ursache von 40 Kindersterbefällen im Alter von einem bis 14 Jahren. Diese Todesursache nimmt in dieser Altersgruppe den 1. Platz ein (etwa 40 % aller Todesfälle in diesem Alter). *(Anmerkung: Genaue Angaben über den Anteil der Straßenverkehrsunfälle liegen nicht vor.)*

Die bösartigen Neubildungen nehmen den 2. Platz unter den wichtigsten Todesursachen im Alter zwischen einem und 14 Jahren ein.

Obwohl die Straßenverkehrsunfallstatistik nur die Unfälle erfasst, zu denen die Polizei hinzugezogen werden musste, ermöglicht sie doch einen gewissen Einblick in die Anzahl der Kinder, die Opfer eines Unfalls wurden.

1998 wurden in Baden-Württemberg 5.027 Kinder unter 15 Jahren Opfer eines Verkehrsunfalls. Im Elsass liegt ihre Zahl im gleichen Jahr bei 397. In Rheinland-Pfalz waren 2.046 Kinder von Straßenverkehrsunfällen betroffen (Zahlen aus dem Jahr 1996). Bezogen auf die Anzahl der Kinder, die in den Berichtsgebieten leben, entsprechen diese Zahlen einer Häufigkeit von 120 je 100.000 Kinder im Elsass gegenüber 280 je 100.000 in Baden-Württemberg

en Alsace, contre 280 pour 100 000 dans le Bade-Wurtemberg et 309 pour 100 000 en Rhénanie-Palatinat.

Avertissement : ces taux sont à prendre avec précaution. En Allemagne comme en France, les accidents sont enregistrés à l'endroit où ils ont eu lieu, et pas selon le domicile de la personne. Ainsi, une partie des accidents ayant eu lieu en Alsace concernent des personnes qui ne sont pas domiciliées dans la région. En rapportant le nombre d'accidents enregistrés à la population domiciliée, on obtient donc un taux qui est à la fois le reflet du nombre d'accidents et du trafic routier dans la région. C'est pourquoi il est difficile de comparer les 3 régions étudiées sur la base de ces taux.

und 309 je 100.000 Kinder in Rheinland-Pfalz.

Hinweis: Diese Häufigkeiten sind aus folgenden Gründen vorsichtig zu interpretieren: In Deutschland wie in Frankreich werden Unfälle am Ereignisort erfasst und auf diesen bezogen und nicht dem Wohnort der betroffenen Person zugeordnet. So betrifft ein Teil der Unfälle, die sich im Elsass ereigneten, Personen, die nicht im Elsass wohnen. Bezieht man die Anzahl der erfassten Unfälle auf die Wohnbevölkerung, erhält man eine Verhältniszahl, die die Anzahl der Unfälle und den Straßenverkehr in der Region widerspiegelt. Daher lassen sich die 3 Berichtsregionen anhand dieser Verhältniszahlen nur schwer vergleichen.

MORTALITÉ MATERNELLE

La mortalité maternelle se situe à un niveau très faible dans les pays développés, avec par exemple moins de 100 cas par an en France, ce chiffre étant néanmoins probablement sous-estimé. En effet, les données officielles ont des « limites » : le médecin peut ne pas déclarer la grossesse s'il considère que celle-ci n'est pas directement ou indirectement la cause du décès. Des erreurs de classement du fait de la complexité médicale des cas et des difficultés d'application du codage peuvent aussi être sources de sous-estimation.[27]

Cet indicateur est très significatif du niveau de santé d'une collectivité. Il préoccupe les pouvoirs publics en France, dans la mesure où les comparaisons internationales semblent indiquer que le niveau français est relativement élevé.

Le Haut Comité de la Santé Publique signale qu'en France, l'évolution peu favorable constatée depuis 1990 résulte vraisemblablement d'une amélioration du recueil des

DIE MÜTTERSTERBLICHKEIT

Die Müttersterblichkeit befindet sich in den Industrieländern auf einem sehr niedrigen Niveau, mit zum Beispiel 100 Fällen jährlich in Frankreich, wobei diese Zahl wahrscheinlich unterschätzt ist. Tatsächlich haben die offiziellen Daten ihre „Grenzen": Der Arzt kann eine Schwangerschaft nicht angeben, wenn er sie nicht direkt oder indirekt ursächlich für den Tod hält. Irrtümer bei der Klassifizierung aufgrund der medizinischen Komplexität der Fälle und Schwierigkeiten bei der Verschlüsselung können ebenfalls Gründe für eine Unterschätzung sein[27].

Die Müttersterblichkeit ist ein aussagekräftiger Indikator für die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung. Er beschäftigt die Behörden in Frankreich in dem Maße, in dem internationale Vergleiche den französischen Wert relativ hoch erscheinen lassen.

Der französische Hauptausschuß für öffentliche Gesundheit weist darauf hin, daß die seit 1990 in Frankreich festgestellte ungünstige Entwicklung aller Wahrscheinlichkeit nach auf eine

informations[9], notamment parce que les autres indicateurs de la périnatalité n'ont pas augmenté durant cette période, ce qui aurait alors traduit une dégradation de la situation dans ce domaine[27].

verbesserte Datenerhebung zurückzuführen ist[9], da die anderen Indikatoren aus dem Perinatalbereich sich in diesem Zeitraum nicht erhöht haben und somit auf eine Verschlechterung der Situation hingewiesen hätten[27].

Selon l'INED, en 1988-89, la fréquence de mortalité maternelle est en moyenne de 7,5 décès pour 100 000 naissances vivantes en Allemagne et de 10,2 décès pour 100 000 naissances vivantes en France.

Nach Angaben von INED lag 1988-89 die Häufigkeit von mütterlichen Sterbefällen im Mittel bei 7,5 je 100.000 Lebendgeborenen in Deutschland und bei 10,2 je 100.000 Lebendgeborenen in Frankreich.

*Selon la définition de l'OMS, le **décès maternel** est le décès d'une femme survenu au cours de sa grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque, déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.*

*Die WHO definiert als **mütterlichen Todesfall** den Tod einer Frau im Verlauf ihrer Schwangerschaft oder in einem Zeitraum von 42 Tagen nach dem Ende der Schwangerschaft, unabhängig von der Dauer und dem Ort der Einnistung des befruchteten Eis (d.h. auch außerhalb der Gebärmutter). Der Tod steht im Zusammenhang mit irgendeiner Ursache, hervorgerufen oder verschlechtert durch die Schwangerschaft oder dadurch veranlaßte Eingriffe, er ist jedoch nicht durch einen Unfall oder zufällig bedingt.*

En 1995, la France atteint un taux élevé de 11 décès pour 100 000 naissances vivantes, alors que ce taux est de 5,4 décès pour 100 000 naissances vivantes en Allemagne, ce qui représente 41 décès au total[28].

1995 hatte sich in Frankreich mit 11 Sterbefällen je 100.000 Lebendgeborenen die Müttersterblichkeit erhöht, während in Deutschland die Häufigkeit 5,4 Todesfälle je 100.000 Lebendgeborene betrug, was der Gesamtzahl von 41 Todesfällen entspricht[28].

Etant donnée la rareté de tels décès, les données régionales ne seront pas présentées dans ce document.

Wegen der Seltenheit von Müttersterbefällen werden regionale Daten hier nicht dargestellt.

Morbidité infantile

Contrairement aux données de mortalité, les statistiques concernant la morbidité des enfants sont très peu disponibles, que ce soit en France ou en Allemagne. Les seules données disponibles ne peuvent pas faire l'objet de comparaison. Il existe par exemple, un registre national des défauts de l'ouïe infantile en Allemagne, qui n'a pas d'équivalent en Alsace, ou un registre des malformations congénitales dans le Haut-Rhin, alors que de telles données ne sont pas recueillies outre-Rhin.

Certaines pistes pourraient néanmoins être explorées, et devraient permettre d'établir des comparaisons transfrontalières à l'avenir :

- **Rapprochement des registres des cancers :** il existe sur l'ensemble du territoire allemand un registre des cancers chez l'enfant. Le département du Haut-Rhin comme celui du Bas-Rhin sont eux aussi couverts par un registre des cancers (enfants et adultes). Un travail spécifique devrait permettre de savoir si ces données sont comparables, afin de pouvoir avoir une vision transfrontalière de cette problématique.

- **Résultats des examens pré-élementaires** : en Alsace comme dans le Bade-Wurtemberg et en Rhénanie-Palatinat, tous les élèves entrant en Cours Préparatoire sont examinés par les services de promotion de la santé en faveur des élèves. A l'image de ce qui est fait par le LGA du Bade-Wurtemberg depuis plusieurs années (voir encadré ci-dessous), les services de santé scolaire alsaciens, le service de santé de la Ville de Strasbourg et l'ORSAL mettent actuellement en place un recueil de données

Krankheiten im Kindesalter

Im Unterschied zur Todesursachenstatistik gibt es zum Krankheitsgeschehen bei Kindern in Frankreich wie in Deutschland nur sehr wenige Daten, und die wenigen verfügbaren Daten können nicht miteinander verglichen werden. Es gibt z.B. in Deutschland ein Zentralregister für kindliche Hörstörungen, das keine Entsprechung im Elsass hat, oder man erfaßt im Oberelsass angeborene Fehlbildungen, auf der anderen Rheinseite werden derartige Daten nicht gesammelt.

Verschiedene Wege könnten jedoch erschlossen werden, die in Zukunft die Durchführung grenzüberschreitender Vergleiche ermöglichen dürften:

- **Vergleich der Krebsregister:** In Deutschland gibt es ein flächendeckendes Kinderkrebsregister. In den Departements Ober- und Niederelsass ist ebenfalls ein Krebsregister (für Erwachsene und Kinder) vorhanden. Eine gesonderte Betrachtung sollte die Frage der Vergleichbarkeit der Daten mit dem Ziel klären, einen grenzüberschreitenden Überblick über das Krebsgeschehen zu gewinnen.

- **Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen:** Im Elsass wie in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz werden alle Schulanfänger durch den schulärztlichen Dienst untersucht. Entsprechend der Vorgehensweise des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (s. Kasten unten), bauen die Schulgesundheitsdienste des Elsass und der Stadt Strasbourg gemeinsam mit ORSAL derzeit ein Verfahren zur Datenerfassung anläßlich dieser ärztlichen Untersuchung auf. Damit wird es in Zukunft möglich sein, Daten

statistiques à l'occasion de cet examen de santé. Il sera donc possible à terme de comparer des données sur l'état de santé des enfants de 6 ans scolarisés en Alsace et dans le Bade-Wurtemberg.

- **Les données de prise en charge hospitalières** pourraient également faire l'objet d'une comparaison, à condition de vérifier les modes de recueil de part et d'autre du Rhin et d'avoir une vision plus précise des modes de recours aux structures hospitalières dans les différentes régions composant la Vallée du Rhin Supérieur.

über die gesundheitliche Situation von 6-jährigen Schulanfängern zwischen dem Elsass und Baden-Württemberg zu vergleichen.

- **Die Krankenhausstatistik zur Inanspruchnahme stationärer Versorgung** könnte ebenfalls Gegenstand eines Vergleichs sein, unter der Bedingung, dass die Datenerfassung beiderseits des Rheins berücksichtigt wird, um einen genaueren Einblick über den Zugang zu stationärer Versorgung in den verschiedenen Regionen des Oberrheintals zu erhalten.

COUVERTURE VACCINALE DE L'ENFANT

En France, la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite est obligatoire avant 18 mois. Elle se fait en général en association avec le vaccin de la coqueluche, qui est fortement conseillé. La vaccination anti-tuberculeuse par le vaccin du B.C.G est obligatoire pour les moins de 6 ans vivant en collectivité, en garde chez une assistante maternelle, ou lors de l'entrée à l'école maternelle. La vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est conseillée à partir de un an, un rappel devant être fait avant 6 ans.

En Allemagne, les vaccinations n'ont pas de caractère obligatoire. Celles qui ont un intérêt particulier en terme de Santé Publique peuvent faire l'objet de « recommandations publiques ». Ces recommandations sont décidées par les autorités régionales de santé. Dans le Bade-Wurtemberg, c'est la commission vaccination de l'institut Robert Koch qui a la charge de définir les recommandations vaccinales[29].

Dans les Länder allemands, on recueille des données sur les vaccinations à l'occasion de l'examen de santé à l'entrée au cours

DURCHIMPFUNGSGRAD BEI KINDERN

In Frankreich besteht für Kinder unter 18 Monaten eine Impfpflicht gegen Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis. Sie wird im allgemeinen gemeinsam mit der Keuchhusten-Impfung durchgeführt, die nachdrücklich empfohlen wird. Die BCG-Impfung gegen Tuberkulose ist Pflicht für Kinder im Alter unter 6 Jahren, wenn sie in Gemeinschaftsunterkünften oder bei einer Pflegemutter leben bzw. beim Eintritt in den Kindergarten. Die Immunisierung gegen Masern, Mumps und Röteln wird ab dem 1. Lebensjahr empfohlen, eine Auffrischung sollte vor dem 7. Geburtstag erfolgen.

In Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können „öffentlich empfohlen" werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Landesgesundheitsbehörden ausgesprochen. Baden-Württemberg hat in den vergangenen Jahren die Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut übernommen[29].

In den deutschen Bundesländern wird anläßlich der Einschulungsuntersuchung der Impfstatus der Schulanfänger dokumentiert. Dadurch läßt

préparatoire (Einschulungsuntersuchung). On peut ainsi suivre annuellement les taux de couverture vaccinale à l'échelle des « Kreise » (voir tableau ci-après).

sich jährlich der Durchimpfungsgrad für die Stadt- und Landkreise abbilden (s. Tabelle unten).

Taux de vaccination des enfants de 6 ans en 2000

Durchimpfungsquoten für 6-jährigen Kinder im Jahr 2000

	Rougeole / Masern	Rubéole / Röteln	Oreillons / Mumps
Alsace / Elsass	**93**	**93**	**93**
Bade-Wurtemberg / Baden-Württemberg	**90**	**81**	**90**
Zone d'étude du Bade / Badisches Berichtsgebiet			
Stadt Karlsruhe	*91*	*87*	*90*
Karlsruhe	*92*	*86*	*91*
Baden-Baden	*88*	*85*	*87*
Rastatt	*93*	*87*	*92*
Ortenaukreis	*86*	*70*	*86*
Emmendingen	*85*	*76*	*85*
Freiburg	*78*	*68*	*79*
Breisgau-Hochschwarzwald	*81*	*68*	*81*
Lörrach	*89*	*71*	*89*

Source/Quelle
Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg
Examens de santé pré-élementaires

Dans la plupart des régions françaises, les dernières données disponibles datent de l'année scolaire 1992-1993. En Alsace, comme nous l'avons vu précédemment, les services de promotion de la santé scolaire, les services de la Ville de Strasbourg et l'ORSAL ont mis en place un recueil de données statistiques lors de l'examen de santé pré-élementaire basé sur le modèle allemand. Cette nouvelle source de données permet d'établir pour la première fois des comparaisons transfrontalières. Globalement, les taux de couverture vaccinale sont assez proches de part et d'autre du Rhin pour la rougeole et les oreillons. En revanche, les enfants de 6 ans sont un peu moins souvent vaccinés contre la rubéole dans le Bade-Wurtemberg qu'en Alsace (81 % contre 93 %). On peut également souligner que les taux de vaccination varient sensiblement selon le Kreis considéré dans la zone d'étude du Bade.

In den meisten französischen Regionen stammen die letzten verfügbaren Daten aus dem Schuljahr 1992/1993. Im Elsass haben – wie oben dargestellt - der regionale Schulgesundheitsdienst, der entsprechende Dienst der Stadt Strasbourg und ORSAL die Dokumentation von Daten anläßlich der Einschulungsuntersuchung entsprechend dem deutschen Verfahren eingeführt. Diese neue Datenquelle ermöglicht zum ersten Mal, grenzüberschreitende Vergleiche anzustellen. Im allgemeinen unterscheiden sich für Masern und Mumps die Durchimpfungsquoten beiderseits des Rheins nur wenig. Gegen Röteln sind jedoch 6-jährige Kinder aus Baden-Württemberg etwas weniger häufig geimpft als ihre Altersgenossen aus dem Elsass (81 % gegenüber 93 %). Gleichfalls ist hervorzuheben, dass zwischen den Kreisen der badischen Berichtsregion Unterschiede in den Durchimpfungsquoten bestehen.

Offre de soins

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Avertissement : l'analyse des données d'offre de soins fait l'objet d'un chapitre entier (cf. chapitre 3). Les difficultés méthodologiques qui y sont signalées sont également valables ici. Ces difficultés sont de trois ordres :

- la distinction entre exercice libéral et exercice salarié, faite en France, ne correspond pas exactement à la distinction entre exercice en ambulatoire et exercice "stationnaire" faite en Allemagne ;
- la disponibilité des données n'est pas toujours la même dans les trois régions étudiées ;
- il est difficile d'analyser les différences observées, car elles peuvent cacher des différences de pratique médicale, ou des différences dans la manière de recourir aux soins.

En complément aux données du chapitre 3, il a été choisi de présenter ici des données d'évolution de l'offre de soins. C'est pourquoi l'échelle d'analyse est le Land entier, et non la zone d'étude (parties allemandes de la Vallée du Rhin Supérieur), pour laquelle les données n'étaient pas toujours disponibles.

Gynécologues-obstétriciens

Entre 1985 et 1996, la densité de gynécologues-obstétriciens libéraux a augmenté en Alsace, comme dans les Länder du Bade-Wurtemberg et de la Rhénanie-Palatinat.

En 1985, les densités étaient plus élevées dans le Bade-Wurtemberg

Strukturen der gesundheitlichen Versorgung

MEDIZINISCHES PERSONAL

Vorbemerkung: Die Analyse von Daten zur gesundheitlichen Versorgung ist Gegenstand eines eigenen Kapitels (Kapitel 3). Die dort genannten methodischen Schwierigkeiten treffen auch hier zu. Drei Arten von Problemen sind zu nennen:

- Die Unterscheidung nach selbständiger und nicht selbständiger Tätigkeit, wie sie in Frankreich verwendet wird, entspricht nicht genau der Trennung nach ambulant und stationär tätig, wie sie in Deutschland angewendet wird.
- Daten sind nicht immer gleichermaßen für die drei Berichtsgebiete verfügbar.
- Die Interpretation von Unterschieden ist insofern schwierig, als ihnen unterschiedliche medizinische Gepflogenheiten oder Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung zugrunde liegen können.

In Ergänzung zu den Zahlen in Kapitel 3 sollen hier Daten zum Entwicklungsstand medizinischer Versorgungsstrukturen dargestellt werden. Da für die deutschen Berichtsgebiete nicht immer Daten vorliegen, wurden die Analysen für das jeweilige Bundesland und nicht für das Berichtsgebiet (bzw. die deutschen Berichtsregionen im Oberrheintal) durchgeführt.

Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe

Im Zeitraum von 1985 bis 1996 hat die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Frauenärzten im Elsass wie in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz zugenommen.

1985 war die Dichte der Versorgung in Baden-Württemberg höher als im

qu'en Alsace. Il faut à nouveau souligner la difficulté d'interpréter de telles observations : elles peuvent être dues à des modes de recours aux soins différents. On sait ainsi qu'en France, une partie des besoins de suivi gynécologique est prise en charge par les médecins généralistes, part peut-être plus importante qu'en Allemagne.

Elsass. Jedoch muss erneut auf die Schwierigkeiten bei der Interpretation derartiger Beobachtungen hingewiesen werden: sie können durch Unterschiede im Zugang zur ärztlichen Versorgung bedingt sein. So ist in Frankreich bekannt, dass ein im Vergleich zu Deutschland möglicherweise bedeutenderer Teil der gynäkologischen Betreuung von Allgemeinmedizinern geleistet wird.

Densité de gynécologues-obstétriciens libéraux pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus en 1985 et 1996*, Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat, Alsace

Niedergelassene Fachärzte für Frauenheilkunde je 100.000 Frauen im Alter von 15 Jahren und älter 1985 und 1996*, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Elsass

Source/Quelle
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg und Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
DRASS – DREES et INSEE

** En 1996, les densités ci-dessus équivalent à respectivement 3 759 et 4 107 femmes de 15 ans et plus par gynécologue-obstétricien libéral dans le Bade-Wurtemberg et la Rhénanie-Palatinat et à 3 851 femmes de la même classe d'âge par gynécologue en Alsace.*

En 1999 la densité de gynécologues s'élève à 28 pour 100 000 dans la zone d'étude du Bade et à 25 pour 100 000 en Alsace, chiffres relativement stables depuis le milieu des années 90. Nous ne disposons pas de cette dernière donnée pour la Rhénanie-Palatinat.

** Im Jahr 1996 entsprechen damit die o.g. Versorgungsdichten einem niedergelassenen Frauenarzt auf 3.759 bzw. 4.107 Frauen im Alter von 15 Jahren und älter in Baden-Württemberg bzw. Rheinland-Pfalz, im Elsass wurden 3.851 Frauen der gleichen Altersgruppe auf einen Gynäkologen gezählt.*

1999 liegt die Versorgungsdichte mit Frauenärzten bei 28 je 100.000 in der badischen Berichtsregion bzw. bei 25 auf 100.000 im Elsass. Diese Zahlen weisen auf eine gewisse Stabilität seit Mitte der 90er Jahre hin. Für Rheinland-Pfalz standen entsprechende Daten nicht zur Verfügung.

Sages-femmes

Dans le Land du Bade-Wurtemberg, les données concernant les sages-femmes libérales ne sont plus diffusées depuis 1991. En 1989, 17 % des sages-femmes en activité dans le Land exerçait en milieu libéral (229 sages femmes libérales pour un total de 1 309). En Alsace, cette même année, seules 7 % des sages-femmes avaient ce type d'exercice (29 pour un total de 376), proportion qui est restée stable depuis cette époque (8 % en 1998).

La comparaison des densités médicales de part et d'autre du Rhin ne portera donc que sur les sages-femmes salariées (graphique ci-dessous).

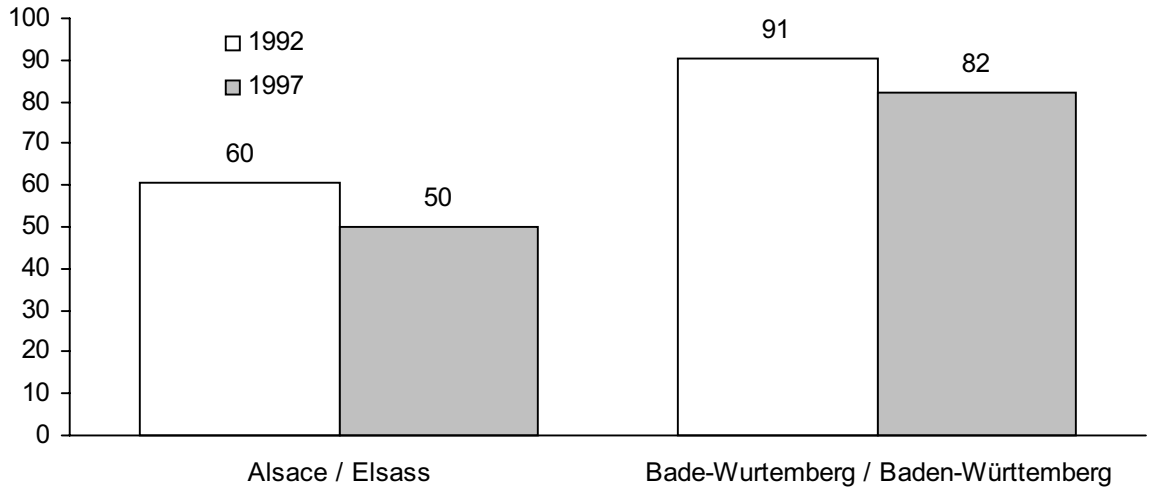
Hebammen

In Baden-Württemberg werden seit 1991 Zahlen zu niedergelassenen Hebammen nicht mehr veröffentlicht. Im Jahr 1989 übten 17 % der tätigen Hebammen ihren Beruf selbständig aus (229 niedergelassene Hebammen von insgesamt 1.309). Im gleichen Jahr waren im Elsass nur 7 % der Hebammen selbständig tätig (29 von insgesamt 376), dieser Anteil hat sich seither praktisch nicht verändert (8 % im Jahr 1998).

Ein Vergleich der Versorgungsdichten zu beiden Seiten des Rheins kann sich daher nur auf die angestellten Hebammen beziehen (s. folgende Abbildung).

Evolution du nombre de naissances annuelles par sages-femmes salariées

Entwicklung der jährlichen Geburtenzahlen je angestellter Hebamme



Source/Quelle
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
DRASS-DREES et INSEE

En 1992, on dénombrait 378 sages-femmes salariées en Alsace. Cet effectif a augmenté de 32 % en 5 ans (437 sages-femmes salariées en 1997). Le nombre de naissance total (nés vivants et mort-nés) étant resté stable, la hausse des effectifs s'est directement traduite par une baisse du nombre de naissances par sage-femme.

1992 wurden im Elsass 378 angestellte Hebammen gezählt. Ihre Anzahl hat sich innerhalb von 5 Jahren um 32 % erhöht (437 angestellte Hebammen im Jahr 1997). Da die Gesamtzahl der Geburten (Lebend- und Totgeborene) konstant geblieben ist, macht sich die höhere Anzahl an Hebammen direkt in einer geringeren Anzahl von Geburten je Hebamme bemerkbar.

Dans le Bade-Wurtemberg, les effectifs des sages-femmes salariées ont également augmenté entre 1992 et 1997, passant de 1 301 à 1 420, ce qui représente une hausse de 9 %. Là encore, le nombre des naissances est resté stable, et le taux de naissances par sage-femme a diminué (de 91 à 82).

Que ce soit en 1992 ou en 1997, le nombre de naissances par sage-femme est nettement plus élevé dans le Bade-Wurtemberg qu'en Alsace. Ce « sous-équipement » observé dans la région allemande traduit certainement une organisation différente de l'offre de soins (par exemple, plus de recours au médecin pour les accouchements).

In Baden-Württemberg ist ebenfalls die Anzahl der angestellten Hebammen zwischen 1992 und 1997 von 1.301 auf 1.420 angestiegen. Dies entspricht einem Anstieg von 9 %. Auch hier ist die Anzahl der Geborenen konstant geblieben und damit die Anzahl der Geburten je Hebamme zurückgegangen (von 91 auf 82).

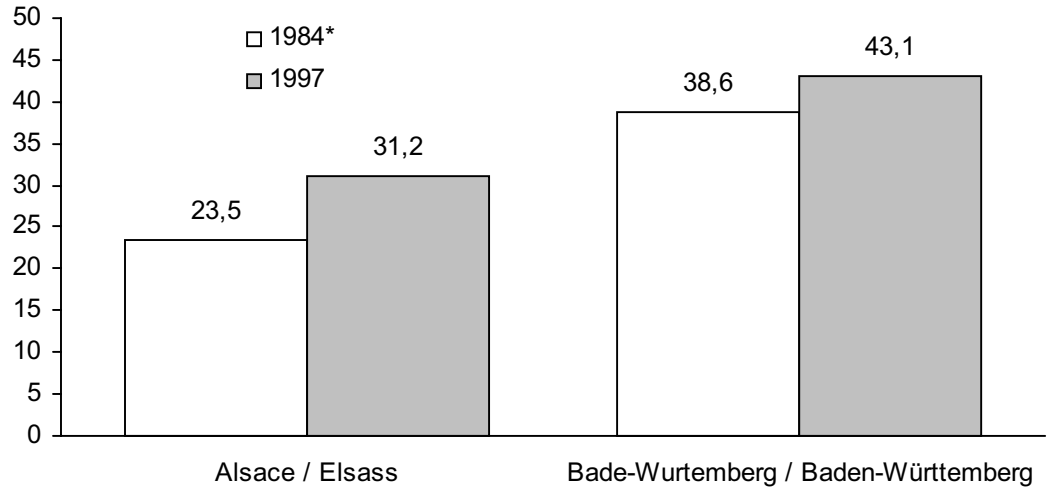
Die Anzahl von Geburten je Hebamme ist unabhängig vom Beobachtungsjahr in Baden-Württemberg deutlich höher als im Elsass. Diese in diesem Bundesland zu beobachtende „Unterversorgung" ist sicher bedingt durch eine unterschiedliche Organisation der Versorgungsstrukturen (z.B. könnten auch Ärzte vermehrt hinzugezogen worden sein).

Les pédiatres

Densités de pédiatres libéraux pour 100 000 enfants de 0 à 15 ans

Kinderärzte

Niedergelassene Kinderärzte je 100.000 Kinder im Alter bis zu 15 Jahren



Source/Quelle
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
DRASS-DREES

** 1985 pour le Bade-Wurtemberg*

** 1985 für Baden-Württemberg*

Les densités de pédiatres libéraux ont augmenté en Alsace comme dans le Bade-Wurtemberg entre 1984 et 1997.

En 1997, la densité mesurée en

Die Versorgungsdichte bei niedergelassenen Kinderärzten ist im Zeitraum zwischen 1984 und 1997 im Elsass und in Baden-Württemberg gestiegen.

1997 war die im Elsass ermittelte

Alsace est inférieure de 27 % à celle que l'on observe outre-Rhin. Il faut rappeler à ce propos qu'en secteur libéral, une partie des enfants sont pris en charge par des médecins généralistes. Les données analysées ici ne représentent donc pas toute l'offre de soins primaire en direction des enfants. Pour que l'analyse soit complète, il faudrait pouvoir calculer la part d'activité des médecins généralistes consacrée à la prise en charge d'enfants de part et d'autre du Rhin. Cette donnée n'est malheureusement pas disponible à l'heure actuelle.

Dichte um 27 % niedriger als die auf der anderen Rheinseite. Dabei ist daran zu erinnern, dass im niedergelassenen Versorgungssektor ein Teil der Kinder durch Allgemeinärzte betreut wird. Die hier analysierten Daten stellen also nicht alle primären Versorgungsstrukturen für Kinder dar. Zur Vervollständigung dieser Betrachtung sollte – auf beiden Seiten des Rheins - bei den Allgemeinmedizinern der Anteil ihrer Tätigkeit ermittelt werden, den sie der Versorgung von Kindern widmen. Diese Information steht leider derzeit nicht zur Verfügung.

LES EQUIPEMENTS HOSPITALIERS

Services de néonatologie

En Alsace, 22 lits de réanimation néonatale (niveau 1, Cf. page 119) sont installés au premier janvier 1999 : 15 lits aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et 7 lits au Centre Hospitalier de Mulhouse. Cet équipement correspond à un indice de 0,97 lits pour 1 000 naissances vivantes dans la région[30]. Selon l'indice de besoin, il devrait y avoir dans chaque région entre 0,5 et 1,5 lits pour 1 000 naissances. En 2001, le nombre de lits autorisés a été porté à 27.

On dénombre en outre 118 lits de néonatologie (niveau 2), répartis sur l'ensemble de la région. Ils représentent un taux de 5,2 lits pour 1 000 naissances vivantes dans la région.

En Allemagne, on comptabilise uniquement les lits en soins intensifs de néonatologie (réanimation-néonatale). Un lit en soins intensifs en néonatologie se définit par les frais élevés qu'engendrent ces soins spécifiques. Il n'existe donc pas comme en France une définition

EINRICHTUNGEN DER KRANKENHAUSVERSORGUNG

Neugeborenen-Intensivstationen

Im Elsass standen am 1. Januar 1999 22 Neugeborenen-Intensivbetten (der Stufe 1, s. S. xx) zur Verfügung: 15 Betten im Universitätsklinikum Strasbourg und 7 Betten im Zentralkrankenhaus von Mülhausen. Dies entspricht einer Ausstattung von 0,97 Betten je 1.000 Lebendgeborenen in der Region[30]. Im Vergleich dazu soll diese Kennzahl in Frankreich je nach Region zwischen 0,5 und 1,5 liegen. Im Jahre 2001 war die Anzahl der zugelassenen Betten auf 27 erhöht worden.

Darüber hinaus wurden verteilt über die gesamte Region 118 Neugeborenenbetten (der Stufe 2) gezählt. Damit kommen auf 1.000 Lebendgeborene 5,2 Betten in der Region.

In Deutschland werden nur die Neugeborenen-Intensivbetten (Neugeborenen-Reanimation) erfasst. In der Neugeborenintensivpflege wird ein Bett über die höheren Kosten definiert, die die spezifische Pflege verursacht. Im Unterschied zu Frankreich gibt es keine allgemeine Definition für die

générale pour les lits de néonatologie intensifs se référant à l'équipement du service.

Au 31 décembre 1999, dans la zone d'étude du Bade-Wurtemberg, on compte 67 lits installés dans les services de soins intensifs en néonatologie. Il sont répartis sur 5 hôpitaux. Ces chiffres représentent un taux de 3 lits installés pour 1 000 naissances vivantes. L'indice de besoin en lits de soins intensifs en néonatologie est pour cette zone d'étude de 79 lits, ce qui représente un objectif de 3,4 lits pour 1 000 naissances vivantes.

Neugeborenen-Intensivbetten, die sich auf die Ausstattung dieser Station bezieht.

Am 31. Dezember 1999 wurden in der badischen Berichtsregion 67 aufgestellte Neugeborenen-Intensivbetten gezählt. Sie sind auf 5 Krankenhäuser verteilt. Dies entspricht einer Häufigkeit von 3 aufgestellten Betten je 1.000 Lebendgeborenen. Die Anzahl der benötigten Neugeborenen-Intensivbetten wird in diesem Gebiet mit 79 beziffert, damit wird ein Versorgungsgrad von 3,4 Betten je 1.000 Lebendgeborenen angestrebt.

Services de gynécologie-obstétrique

Dans le Bade-Wurtemberg, au 31 décembre 1997, on dénombre 6 612 lits installés dans les services de gynécologie-obstétrique, ce qui correspond à un taux de 1,48 lits installés pour 1 000 femmes de 15 ans ou plus.

En Alsace, au 1er janvier 1999, 841 lits et places sont installés dans les services de gynécologie-obstétrique. Avec 1,17 lits pour 1 000 femmes de 15 ans et plus, l'équipement est légèrement plus faible dans la région que dans le Bade-Wurtemberg[30].

En rapportant ces équipements installés au nombre de naissances vivantes[b], les différences entre le Bade-Wurtemberg et l'Alsace restent toujours marquées (respectivement 56,8 et 38,3 lits pour 1 000 naissances).

Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

In Baden-Württemberg wurden zum 31.12.97 insgesamt 6.612 aufgestellte Betten in den Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gezählt, dies entspricht einem Verhältnis von 1,48 Betten auf 1.000 Frauen im Alter von 15 Jahren und älter.

Im Elsass waren am 1. Januar 1999 841 Betten in den gynäkologisch-geburtshilflichen Stationen aufgestellt. Mit 1,17 Betten auf 1.000 Frauen im Alter von 15 Jahren und darüber hat das Elsass eine etwas niedrigere Ausstattung im Vergleich mit Baden-Württemberg[30].

Bezieht man die vorhandene Ausstattung auf die Anzahl der Lebendgeborenen[b], so bleiben die Unterschiede zwischen Baden-Württemberg und dem Elsass weiterhin ausgeprägt (56,8 bzw. 38,2 Betten auf 1.000 Geborene).

[b] Un indicateur plus fin consisterait à rapporter le nombre de lits au nombre d'accouchements. Cette donnée n'est pas disponible, c'est pourquoi nous utilisons ici le nombre d'enfants nés-vivants.

Eine genauere Kennziffer bestünde darin, die Anzahl der Betten auf die Anzahl der Geburten zu beziehen. Diese Zahl steht jedoch nicht zur Verfügung, deshalb wurde nur die Anzahl der Lebendgeborenen verwendet.

Politiques familiales

La politique familiale en Allemagne, comme en France vise à créer un cadre favorable aux familles. Elle offre un ensemble de mesures qui tend à compenser le poids des charges familiales ou à aider les familles qui se trouvent dans certaines situations, en particulier les familles nombreuses et celles en cours de constitution.

En France, après une stagnation des prestations familiales de 1955 à 1972, essentiellement due à une réorientation de la politique familiale vers d'autres secteurs considérés prioritaires (croissance des dépenses de santé, assurance vieillesse), on observe certaines mesures de relance sous forme de prestations soumises à des conditions de ressources, de nombre d'enfants, ou dirigées vers des publics ciblés dits prioritaires.

En Allemagne, la politique familiale s'étend surtout à la politique sociale et à la politique des retraites, du marché du travail et de la santé mais elle couvre également la politique des finances, de l'économie et de l'éducation. L'Allemagne est structurée de façon fédérale, en conséquence la politique familiale est établie au niveau de l'Etat fédéral, des régions et des « communes »[31].

Selon l'Institut National des Etudes Démographiques français (INED), la France et l'Allemagne font partie des pays de l'Union Européenne qui accorde un intérêt particulier à la politique familiale, notamment en matière d'allocations et de dispositions fiscales[32].

En 1995, le montant moyen des prestations maternité et des congés parentaux versés au total (sur toute la durée d'attribution) pour un enfant représente 40 % du PIB par habitant en Allemagne et 20 % du PIB par habitant en France. Par comparaison,

Familienpolitik

Familienpolitik hat in Deutschland wie in Frankreich das Ziel, günstige Rahmenbedingungen für Familien zu schaffen, und hält ein Bündel von Maßnahmen bereit, die familiäre Belastungen auszugleichen suchen oder Familien in bestimmten Situationen unterstützen. Dazu gehören insbesondere kinderreiche Familien und Familien in der Gründungsphase.

Nach einer Stagnation der Familienleistungen in **Frankreich** zwischen 1955 und 1972, die im wesentlichen durch eine Neuorientierung der Familienpolitik auf andere als vorrangig betrachtete Bereiche bedingt war (wachsende Gesundheitsausgaben, Alterssicherung), sind Maßnahmen der Wiederbelebung zu beobachten in Form von Leistungen, die sich an Bedingungen wie Einkommen oder Kinderzahl bzw. auf sogenannte prioritäre Zielgruppen ausrichten.

In Deutschland reicht die Familienpolitik tief in die Sozialpolitik, in die Renten-, Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik, aber auch in die Finanz-, Wirtschafts- und Bildungspolitik hinein. Deutschland ist förderal strukturiert, entsprechend ist die Familienpolitik zwischen Bund, Ländern und Kommunen aufgeteilt[31].

Nach Angaben des französischen Nationalinstituts für Demografie (INED) sind Frankreich und Deutschland unter den Ländern der Europäischen Union, die der Familienpolitik insbesondere durch Zuwendungen und steuerliche Erleichterungen einen Schwerpunkt einräumen[32].

1995 machten die Leistungen für Mutterschaft und Elternurlaub, die im Mittel pro Kind (für die gesamte Anspruchsdauer) gewährt werden, in Deutschland 40 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) pro Kopf gegenüber 20 % in Frankreich aus. Im Vergleich

le taux en Finlande est de 101 % contre moins de 10 % au Royaume-Uni (source : Eurostat).

Ces différences reflètent les règles d'accès aux prestations, leur durée de perception et les modalités de calcul de leurs montants[5].

En **Allemagne** les diverses prestations familiales sont versées par des services différents (caisse de famille pour allocation familiale, aide sociale et allocation de logement par le service social, etc.).

Ce sont les caisses d'allocations familiales qui, **en France**, sont chargées du versement des prestations familiales. Organismes de Sécurité sociale, elles recouvrent tout le territoire et existent dans chaque département.

En France il existe au sens strict 10 prestations familiales que l'article L 511.1 du Code de la Sécurité sociale détaille. Cela inclut en particulier l'allocation logement, l'allocation d'adoption, l'allocation de rentrée scolaire...[33]

dazu liegen sie in Finnland bei 101 % gegenüber weniger als 10 % in Großbritannien (Quelle: Eurostat).

Diese Unterschiede sind bedingt durch die Bewilligungsregeln, die Leistungsdauer und die Berechnungsverfahren für die Höhe der Leistungen[5].

In **Deutschland** werden die verschiedenen Familienleistungen von verschiedenen Diensten ausgezahlt (Kindergeld von den Familienkassen, Sozialhilfe und Wohngeld vom Sozialamt usw.).

In **Frankreich** sind die Kassen für Familienbeihilfen mit der Zuteilung der Familienleistungen beauftragt. Als Einrichtungen der sozialen Sicherung sind sie flächendeckend in jedem Departement vorhanden.

In Frankreich gibt es im engeren Sinne zehn Familienleistungen, die in Art. L 511.1 des Gesetzes zur sozialen Sicherung ausgeführt sind. Dazu gehören neben anderen das Wohngeld, Adoptionshilfen und Hilfen zum Schuljahresbeginn...[33]

PRESTATIONS FAMILIALES

Congés de maternité et allocations de maternité

En Allemagne comme en France, les congés de maternité légaux des femmes salariées sont, de six semaines avant l'accouchement. Après l'accouchement, les femmes françaises bénéficient de dix semaines de congés, les femmes allemandes un peu moins avec huit semaines[34].

En cas de naissances prématurées ou multiples, le congé de maternité est prolongé et passe à douze semaines après accouchement en Allemagne[34] et à vingt-deux semaines en France.

En France, selon l'INED, les indemnités journalières de maternité

FAMILIENBEIHILFEN

Mutterschutzfristen und Mutterschaftsleistungen

In Deutschland wie in Frankreich beträgt die gesetzliche Mutterschutzfrist für erwerbstätige Frauen sechs Wochen vor der Entbindung. Nach der Entbindung genießen französische Frauen zehn Wochen Mutterschaftsurlaub, deutsche Frauen mit acht Wochen etwas weniger[34].

Bei Früh- oder Mehrlingsgeburten wird die Schutzfrist in Deutschland auf 12 Wochen nach der Geburt verlängert[34] und auf 22 Wochen in Frankreich.

In Frankreich, nach Angaben von INED können die Tagessätze an

versées par la Sécurité sociale peuvent atteindre 90 % du salaire[7].

Selon l'enquête périnatale, 90,8 % des femmes françaises continuent à bénéficier d'un revenu lié au travail durant leur grossesse.

En Allemagne, on peut bénéficier d'indemnités journalières de l'allocation de maternité de l'assurance maladie légale pendant les congés prénatal et postnatal. Le paiement de l'allocation de maternité, et surtout des contributions à l'allocation de maternité de type sécurité sociale dépend de la situation professionnelle des femmes.

Le montant dépend de la rémunération nette moyenne perçue au cours des treize semaines qui ont précédé le congé prénatal. La somme maximale des contributions de la Sécurité sociale s'élève à 25 DM (13 €) par jour civil. Le complément permettant d'atteindre le salaire est versé par l'employeur selon la rémunération nette perçue. L'allocation de maternité n'est assujettie ni à l'impôt, ni aux cotisations sociales[34].

Les futures mères peuvent obtenir, en cas d'urgence ou de situation de conflit, une aide financière individuelle de la part de la fondation de l'Etat « Mère et enfant – protection de la vie intra-utérine ». Il s'agit là d'une prestation ponctuelle jusqu'à hauteur de 1 650 DM (844 €).

Allocations familiales

En Allemagne, d'après la loi des impôts sur le revenu, les allocations familiales sont attribuées au contribuable qui vit sur le territoire ou à la personne qui vit à l'étranger et qui, sur requête, est traité comme un contribuable.

Les allocations familiales ne sont attribuées qu'aux enfants vivants en Allemagne ou dans un Etat affilié à

Mutterschaftsleistungen bis zu 90 % des Gehalts erreichen[7].

Nach den Ergebnissen der Perinatalumfrage beziehen 90,8 % der französischen Frauen während ihrer Schwangerschaft weiterhin ein Gehalt aufgrund ihres Arbeitsverhältnisses.

In Deutschland können während der Mutterschutzfrist Mutterschaftsleistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung vor und nach der Geburt bezogen werden. Die Auszahlung von Mutterschaftsgeld, insbesondere die der Zuschüsse von Seiten der Sozialversicherung, ist abhängig von der Beschäftigungssituation der Frau.

Das Mutterschaftsgeld entspricht dem durchschnittlichen Nettoeinkommen der letzten dreizehn Wochen vor dem Mutterschaftsurlaub. Es setzt sich zusammen aus einem Tagesgeld der gesetzlichen Krankenkasse von maximal 25 DM (13 €) pro Kalendertag sowie einem Zuschuss des Arbeitgebers, der die Differenz bis zur Höhe des vorigen Nettoeinkommens ergänzt. Das Mutterschaftsgeld unterliegt nicht der Einkommenssteuer- und Sozialversicherungspflicht[34].

Darüber hinaus können in Deutschland werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen über die allgemeinen Leistungen für Familien hinaus eine individuelle Unterstützung aus der Bundesstiftung "Mutter und Kind. Schutz des ungeborenen Lebens" erhalten. Es handelt sich hierbei um eine einmalige Leistung in Höhe von bis zu 1.650 DM (844 €).

Kindergeld

In Deutschland erhält Kindergeld, wer dort lebt und nach dem Einkommenssteuergesetz steuerpflichtig ist oder wer im Ausland lebt, aber auf Antrag wie steuerpflichtig behandelt wird.

Kindergeld wird nur für Kinder gewährt, die in Deutschland, einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union

l'Union européenne ou encore dans un Etat adhérant à l'accord sur l'espace économique européen. Les montants sont attribués par les caisses de prestations familiales, établies dans des bureaux locaux pour l'emploi. A titre indicatif, les allocations familiales sont versées en même temps que le salaire pour les salariés de la Fonction publique.

Au premier janvier 2000, les allocations s'élèvent à 270 DM (138 €) pour le 1er et 2ème enfant, à 300 DM (153 €) pour le 3ème et 350 DM (179 €) pour le quatrième et les suivants. Alternativement aux allocations familiales, on peut avoir recours à un abattement fiscal pour enfant(s) à charge.

A la différence de l'Allemagne et des autres pays européens, les allocations familiales ne sont versées **en France** qu'à partir du deuxième enfant. Le montant, versé mensuellement, est variable selon le nombre et l'âge des enfants. Il atteint 699 FF (107 €) mensuels pour deux enfants et 1 595 FF (243 €) pour trois enfants au 1er janvier 2001 (hors majorations). Une majoration est obtenue si les enfants ont entre 11 et 16 ans : 197 FF (30 €) et 349 FF (53 €) si les enfants ont plus de 16 ans.

oder auch in einem Mitgliedsstaat des Übereinkommens über den europäischen Wirtschaftsraum leben. Die Beträge werden durch die Familienkassen überwiesen, die sich in den Arbeitsämtern befinden. Für Beschäftigte des öffentlichen Dienstes werden diese Leistungen mit dem Gehalt überwiesen.

Seit dem 1.1.2000 beträgt das Kindergeld jeweils 270 DM (138 €) für das erste und zweite Kind, 300 DM (155 €) für das dritte und 350 DM (181 €) für das vierte und jedes weitere Kind. Alternativ zum Kindergeld kann ein steuerlicher Kinderfreibetrag in Anspruch genommen werden.

Im Unterschied zu Deutschland und anderen europäischen Ländern wird **in Frankreich** das Kindergeld erst ab dem zweiten Kind gewährt. Der monatlich überwiesene Betrag ist abhängig von der Anzahl und dem Alter der Kinder und reicht seit dem 1. Januar 2001 von 699 FF (107 €) für zwei Kinder bis 1.595 FF (243 €) für drei Kinder (ohne Zuschläge) Für Kinder zwischen elf und 16 Jahren gibt es einen Zuschlag von 197 FF (30 €) beziehungsweise 349 FF (53 €) für Kinder über 16 Jahren.

Allocation parentale pour jeune enfant en France (APJE)

En France, cette l'allocation parentale pour jeune enfant permet de bénéficier d'une aide financière déjà en période de grossesse. Pour avoir droit à cette allocation, la mère doit effectuer 7 examens obligatoires durant la grossesse et l'enfant 3 examens obligatoires qui ont lieu au 8ème jour, au 9ème mois et au 24ème mois.

Sous conditions de ressources, l'allocation française est versée mensuellement à partir du 5ème mois de grossesse et jusqu'au 3ème mois de l'enfant (APJE « courte ») et peut

Säuglings-/Kleinkindergeld in Frankreich

Das französische Säuglings-/Kleinkindergeld (APJE) stellt eine finanzielle Hilfe bereits während der Schwangerschaft dar. Um diese Zuwendung zu erhalten, muss die Mutter die sieben vorgeschriebenen Schwangerschaftsuntersuchungen sowie die drei vorgeschriebenen Kinderuntersuchungen (am 8. Lebenstag, im 9. und 24. Monat) durchführen.

Abhängig vom Einkommen wird diese französische Beihilfe monatlich ab dem 5. Schwangerschaftsmonat und bis zum 3. Lebensmonat des Kindes ("kurz") überwiesen und kann bis zum 3. Ge-

être prolongé jusqu'au 3ème anniversaire de l'enfant si les revenus de la famille ne dépassent pas un certain plafond (APJE « longue »). Le montant mensuel est de 1 004 F (153 €) au 1er janvier 2001, si les ressources de 1999 ne dépassent pas certaines limites.

Si on bénéficie déjà de l'APJE pour un enfant de moins de trois ans, on peut bénéficier de cette même allocation jusqu'à ce que le dernier né ait trois mois (1 004 F x 2 soit 153 € x 2).

Congé parental d'éducation et allocation parentale d'éducation

Le congé parental permet aux parents allemands comme aux français de suspendre leur activité professionnelle à l'issue du congé de maternité ou d'adoption, afin de s'occuper de leur enfant pendant une période allant jusque 3 ans[35].

Les parents allemands au chômage ou en formation peuvent aussi bénéficier de ce congé. La protection contre le licenciement débute en Allemagne le jour où le salarié déclare qu'il va prendre un congé parental d'éducation, au plus tôt six semaines avant le début de ce congé.

En France, l'allocation parentale d'éducation a été créée en 1985, elle était réservée aux familles de trois enfants et plus. Elle a été étendue au deuxième enfant en juillet 1994. L'allocation parentale d'éducation n'est pas soumise à condition de ressources pour les familles de trois enfants, dont l'un a moins de trois ans[36].

Au 1er janvier 2001, le montant de l'allocation parentale d'éducation atteint au taux plein en France la somme de 3115 FF (476 €) mensuels si le parent ne travaille plus et si la famille est constituée de 2 enfants dont le dernier a moins de trois ans. Contrairement à l'Allemagne, des conditions d'activité professionnelle

burtstag des Kindes verlängert werden, sofern das Familieneinkommen eine gewisse Schwelle nicht überschreitet ("lang"). Der monatliche Betrag lag am 1. Januar 2001 bei 1.004 FF (153 €), wenn das Einkommen des Jahres 1999 bestimmte Grenzen nicht überschritten hat.

Wer schon Kleinkindergeld für ein Kind unter drei Jahren erhält, kann für eine neue Schwangerschaft nur das "kurze" Säuglingskindergeld bis zum 3. Lebensmonat der später Geborenen in Anspruch nehmen (1.044 FF x 2 bzw. 153 € x 2).

Erziehungsurlaub (Elternzeit) und Erziehungsgeld

Der Erziehungsurlaub erlaubt deutschen wie französischen Eltern, Vater wie Mutter, ihre Berufstätigkeit im Anschluß an die Mutterschutzfrist zu unterbrechen, um sich bis zu drei Jahren der Kindererziehung zu widmen[35].

In Deutschland können Eltern, die arbeitslos oder in einer Ausbildung sind, ebenfalls diesen Urlaub beanspruchen. Der Kündigungsschutz beginnt in Deutschland mit dem Tag, an dem der Beschäftigte erklärt, einen Erziehungsurlaub zu beantragen, frühestens jedoch sechs Wochen vor dem Beginn des Erziehungsurlaubs.

In Frankreich wurde das Erziehungsgeld 1985 für Familien mit drei und mehr Kindern eingeführt. Seit Juli 1994 wurde diese Regelung auf Familien mit zwei Kindern ausgedehnt. Das Erziehungsgeld unterliegt keinen Beschränkungen nach dem Familieneinkommen bei Familien mit drei Kindern, wovon eines jünger als drei Jahre ist[36].

Seit 1. Januar 2001 liegt der volle Betrag des Erziehungsgeldes in Frankreich bei monatlich 3.115 FF (476 €), wenn die Mutter ohne Arbeit ist und die Familie mindestens zwei Kinder hat, von denen das Jüngste nicht älter als drei Jahre sein darf. Im Gegensatz zu Deutschland ist die vorherige Arbeitstätigkeit für die Bewilligung

antérieure sont nécessaires à son attribution.[7]

nötig[7].

En Allemagne, on peut bénéficier de l'allocation parentale d'éducation (« *Erziehungsgeld* ») depuis 1986 et ceci dès le premier enfant s'il a moins de trois ans et si l'on est résident permanent ou régulier dans le pays . Un plafond de ressources est appliqué aux parents, dont le montant varie en fonction des revenus perçus durant l'année de naissance de l'enfant et du statut matrimonial[34].

In Deutschland kann seit 1986 Erziehungsgeld erhalten, wer ein Kind jünger als drei Jahre hat und dauernd im Land lebt. Eine Einkommensgrenze für die Eltern ist entscheidend für die Bewilligung, wobei deren Höhe von dem Einkommen im Geburtsjahr des Kindes und dem Ehestand abhängt[34].

Pendant les six premiers mois, le montant du « Erziehungsgeld » est toujours de 600 DM (307 €) à condition que le revenu familial ne dépasse pas 100 000 DM (51 129 €) pour les couples mariés et concubins et 75 000 DM (38 347 €) pour les familles monoparentales. A partir du septième mois, le plafond de ressources ne doit pas excéder 32 200 DM (16 464 €) pour les couples mariés et les concubins et 26 400 DM (13 498 €), pour les familles monoparentales. Au delà, l'allocation est dégressive.

Das Erziehungsgeld beträgt während der ersten sechs Monate einheitlich 600 DM (307 €), wenn das Familieneinkommen 100.000 DM (51.129 €) jährlich für verheiratete und nicht verheiratete Eltern nicht übersteigt, für alleinerzeihende Eltern 75.000 DM (38.347 €). Ab dem 7. Monat beträgt diese Grenze nur noch 32.200 DM (16.464 €) für zwei Eltern und 26.400 DM (13.498 €) für Alleinerziehende. Bei darüber liegendem Einkommen ist das Erziehungsgeld degressiv abgestuft.

L'Allemagne a reformé la loi sur l'allocation parentale d'éducation à partir du premier janvier 2001. Cette réforme offre en particulier la possibilité d'un « temps parental » commun.

Deutschland hat zum 1. Januar 2001 das Bundeserziehungsgeldgesetz reformiert. Neu ist unter anderem die Möglichkeit einer gemeinsamen "Elternzeit" von Vater und Mutter.

Le Land du Bade-Wurtemberg accorde en outre une allocation parentale régionale dite « Landeserziehungsgeld » pendant une année entière. Elle concerne les enfants dans leur troisième année. Les conditions d'obtention sont les mêmes que pour l'allocation parentale d'éducation (APE) fédérale. L'allocation parentale d'éducation régionale est d'un montant de 400 DM (205 €) par mois. Si les revenus moyens mensuels ne dépassent pas 2 700 DM (1 380 €), les couples mariés perçoivent le montant maximal. Au delà du plafond autorisé, l'allocation est dégressive.

Das Land Baden-Württemberg gewährt ein Landeserziehungsgeld für ein wieteres Jahr, also im dritten Lebensjahr des Kindes. Für die Gewährung des Landeserziehungsgeldes gelten dem Grunde nach die gleichen Voraussetzungen wie beim Bundeserziehungsgeld. Dieses beträgt 400 DM (205 €) pro Monat, sofern das monatliche Einkommen der Eltern 2.700 DM (1.380 €) nicht überschreitet, verheiratete Paare erhalten die maximal möglichen Summen. Bei darüber liegendem Einkommen ist das Erziehungsgeld degressiv abgestuft.

Allocation de parent isolé (API)

Créée en 1976, l'allocation de parent isolé est versée par la caisse d'allocations familiales (CAF) ou la caisse de mutualité sociale agricole (MSA) aux mères ou pères isolés avec enfant(s) à charge, ou aux femmes enceintes isolées, dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond. Le montant destiné à une femme enceinte isolée s'élève à 3 236 F (493 €) mensuels au 1er janvier 2001, à 4 393 F (670 €) si le parent isolé a un enfant et à 1 098 F (167 €) pour l'enfant supplémentaire.

En Allemagne il n'existe pas d'allocations spécifiques pour les parents isolés. Le Land du Bade-Wurtemberg propose le programme „mère et enfant" qui est une offre de services pour les parents isolés de la région qui ne sont pas salariés à plein temps et qui élèvent seuls leurs enfants jusqu'à l'âge de trois ans. On leur propose des aides financières et pédagogiques pour leur donner la possibilité de consacrer quelques années à l'éducation de leurs enfants. Avec ce programme ils peuvent bénéficier d'une allocation régionale d'aide à l'éducation de 600 DM (307 €) mensuels. Cela signifie qu'ils disposent au total d'environ 1 800 DM (920 €) par mois, si on prend en compte les aides des services sociaux, tels des vêtements et autres besoins. En outre, les services sociaux prennent en charge une partie des coûts du loyer et du chauffage. Parallèlement à ça, l'allocation parentale d'éducation régionale n'est pas attribuée.[37]

Hilfen für alleinerziehende Eltern

Eine Zuwendung für alleinerziehende Eltern wurde 1976 in Frankreich eingeführt. Sie wird ausgezahlt von der Familienkasse (CAF, Caisse d'Allocations Familiales) oder der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (auf Gegenseitigkeit, MSA) an alleinerziehende Mütter oder Väter mit Kindern oder auch an alleinstehende Schwangere, deren Einkommen unter einer bestimmten Grenze liegt. Zum 1.1.2001 betrug sie für eine alleinstehende Schwangere 3.236 FF (493 €) monatlich, für eine Alleinerziehende mit einem Kind 4.393 FF (670 €) und 1.098 FF (167 €)für ein weiteres Kind.

In Deutschland gibt es keine spezifischen Leistungen für alleinerziehende Eltern. Das Programm "Mutter und Kind" des Landes Baden-Württemberg ist ein Angebot für alleinerziehende Mütter und Väter, die nicht voll erwerbstätig sind und die ihr Kind in den ersten drei Lebensjahren selbst betreuen. Es bietet ihnen finanzielle und pädagogische Hilfen und will ihnen die Möglichkeit geben, sich für einige Jahre der Erziehung ihrer Kinder zu widmen. Sie können aus diesem Programm einen Erziehungszuschlag des Landes von monatlich 600 DM (307 €)erhalten. Dies bedeutet, dass sie einschließlich der Beihilfen des Sozialamts für Bekleidung und sonstige notwendige Anschaffungen monatlich etwa 1.800 DM (920 €) zur Verfügung haben. Außerdem übernimmt das Sozialamt die Kosten für Miete und Heizung in angemessenem Umfang. Daneben wird Landeserziehungsgeld nicht gezahlt[37].

Aides financières de garde d'enfant à domicile

En France, il existe principalement deux types d'allocations :

- *L'allocation de garde d'enfants à domicile (AGED)* permet de rembourser une partie des charges sociales aux familles lorsqu'elles emploient une personne à domicile pour garder leur enfant de moins de six ans. Cette allocation est réduite de moitié lorsque l'enfant gardé a entre trois et six ans. Au 1er janvier 2001, le montant est égal à 75 % des cotisations sociales dues à l'URSSAF dans la limite de 9 840 F (1 500 €) si l'enfant a moins de trois ans et si les ressources ne dépassent pas 220 784 F (33 658 €).

- Une aide équivalente dénommée « *Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée » (AFEAMA)* est attribuée lorsque la famille a recours à une assistante maternelle agréée pour la garde d'un enfant de moins de six ans. Au 1er janvier 2001, le montant est égal à 1 283,50 F (196 €) pour un enfant de moins de trois ans (si les revenus 1999 ne dépassent pas 82 046 F (12 508 €)).

En Allemagne, il n'existe pas d'aide financière directe. Les coûts des gardes d'enfants sont en fait déductibles fiscalement jusqu'à hauteur de 4 000 DM (2 045 €) par an pour le premier enfant. Ce montant s'élève de 2 000 DM (1 023 €) par an pour chaque enfant supplémentaire. Sans preuves de ces dépenses réelles pour la garde des enfants, celles-ci sont prises en compte à hauteur d'un montant forfaitaire de 480 DM (245 €)

En Allemagne, des dépenses allant jusqu'à 18 000 DM (9 203 €) par an pour une aide au domicile, peuvent être exemptées d'impôts. Les

Hilfen zur häuslichen Kinderbetreuung

In Frankreich gibt es im Prinzip zwei Leistungsarten:

- Der Zuschuß zur häuslichen Kinderbetreuung (AGED) erstattet den Familien die Sozialbeiträge für die Beschäftigung einer Person, die zu hause Kinder unter sechs Jahren betreut. Diese Leistung ist auf die Hälfte reduziert, wenn das betreute Kind zwischen drei und sechs Jahre alt ist. Zum 1.1.2001 beträgt dieser Zuschuß 75 % der Sozialabgaben an URSAFF bis maximal 9.850 FF (1.500 €), sofern das Kind jünger als drei Jahre ist und das Jahreseinkommen 220.784 FF (33.658 €) nicht überschreitet.

- Alternativ dazu wird unter der Bezeichnung *"Familienhilfe zur Beschäftigung einer anerkannten Familienpflegerin"* (AFEAMA) ein Zuschuß gewährt, sofern die Familie eine solche Familienhelferin zur Betreuung eines Kindes unter sechs Jahren nutzt. Zum 1.1.2001 beträgt diese Hilfe monatlich 1.283,50 FF (196 €) für ein Kind unter drei Jahren (wenn das Einkommen im Jahr 1999 82.046 FF (12.508 €) nicht überschritt).

In Deutschland gibt es keine direkten Beihilfen zur Kinderbetreuung. Kinderbetreuungskosten sind für das erste Kind in einer Höhe von bis zu 4.000 DM (2.045 €) jährlich steuerlich abzugsfähig. Dieser Betrag erhöht sich für jedes weitere Kind um 2.000 DM (1.023 €). Sonst werden ohne Nachweis der tatsächlichen Ausgaben Kinderbetreuungskosten mit einem pauschalen Betrag von 480 DM (245 €) im Kalenderjahr berücksichtigt.

Für eine Hilfe im Haushalt können Sonderausgaben bis zu 18.000 DM (9.203 €) im Jahr steuerlich geltend gemacht werden. Die Ausgaben dürfen

réductions d'impôts ne peuvent s'appliquer à des aides financières telles que celles de la sécurité sociale par exemple. L'aide ménagère doit obligatoirement être employée sous contrat, dans les règles légales de l'assurance vieillesse.

nicht bereits aus einer anderen Sozialversicherungsleistung gedeckt sein und für die Haushaltshilfe müssen Pflichtbeiträge in die deutsche gesetzliche Rentenversicherung entrichtet werden.

[1] *Kindergesundheitsbericht Baden-Württemberg*. Sozialministerium Baden-Württemberg, 2000
[2] *Statistische Berichte Baden Württemberg : Bevölkerung und Erwerbstätigkeit* Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 1999
[3] *Recensement général de la population 1990 : population – activités – ménages*. INSEE
[4] *Les familles monoparentales en Europe : des réalités multiples*. DREES – Etudes et Résultats, N°66, juin 2000
[5] *Politiques familiales et redistribution*. Solidarité Santé – Etudes et statistiques, n°2 et 3, 1998
[6] *Tous les pays du monde (1999),* Populations et Sociétés, n°348, 1999
[7] *Population : l'état des connaissances*. INED, 1996
[8] *Populations et conditions sociales*. Eurostat, 1998
[9] *Pour un nouveau plan Périnatalité*. HCSP, 1994
[10] *Organisation des soins hospitaliers en Alsace*. La Lettre de l'A.R.H. Alsace, N°3, juin 2000
[11] Arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance/Erlass vom 8. Januar 1999 bez. der regionalen Ausschüsse für Geburten. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Journal Officiel de la République française
[12] *Enquête nationale périnatale 1998*. Ministère de l'emploi et de la solidarité et INSERM – U.149.
[13] *L'échographie obstétricale au cours de la grossesse en l'absence de facteurs de risque*. ANAES, décembre 1998
[14] Revue « Impact internat », mars 1997.
[15] *Base de donnée SCORE santé – consultable sur Internet (http://www.fnors.org)*
[16] *Politiques familiales et redistribution*. Solidarité Santé – Etudes et statistiques, n°2 et 3, 1998
[17] *L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes.* I. NISAND, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999
[18] *Les IVG en 1998*. Etudes et Résultats – DREES, juin 2000, N°69
[19] *Le point sur l'avortement en France*. C. BLAYO, Populations et Société n°325, 1997 ; INED
[20] *Statistiques de l'avortement en France.* Annuaire 1996, INED.
[21] *Pratique de l'allaitement maternel. Enquête épidémiologique auprès de femmes accouchant dans trois sites de naissance alsaciens*. ORSAL, 1999.
[22] *La prématurité : enquête périnatale de Haguenau.* Grandes enquêtes – INSERM, 1987.
[23] Bergmann, R.L., Dudenhausen, J., Bergmann, E., Bergmann, K.E.,Schmidt, E., Bauer, C.P., Dorsch,W., Forster, J. & Wahn, U. (1994). *Wie werden Säuglinge in Deutschland ernährt? Ergebnisse einer multizentrischen Allergiestudie am Geburtsjahrgang 1990*. Monatsschr Kinderheilkd 142:412-417.
[24] *Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland – die „Suse"-Studie*. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (Hg.): Ernährungsbericht 2000. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten. Frankfurt: 2000
[25] *La santé en Europe – Résumé*. OMS Europe, 1997.
[26] *" Colloque Savoir pour agir : initiatives en périnatalité ". Conseil Général Seine St-Denis*, 1995.
[27] *Les morts maternelles*, INSERM, 1995
[28] *Müttersterblichkeit in ausgewählten Staaten*. StaBu, Eurostat.
[29] Epidemiologisches Bulletin Nr. 28, 2001, www.rki.de/gesund/stiko/stiko.htm
[30] *SROS 1999-2004 : Enquête DRASS relative aux services d'obstétrique au 20 mars 1999*, ARH Alsace, 2000
31 *Familienbericht 1998*, Sozialministerium Baden-Württemberg

[32] *Population : l'état des connaissances*. INED, 1996.
[33] *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1998*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
[34] La protection sociale : vue d'ensemble. Ministère fédéral du travail et des Affaires sociales, janvier 1999
[35] Les modes de garde et d'accueil des jeunes enfants. Document de travail – DREES, juin 2000
[36] Les prestations familiales (dossier « Les revenus sociaux ») . Solidarité Santé – Etudes et statistiques, n°3,1997
[37] Informationen für Mütter und Väter. Sozialministerium Baden-Württemberg, 1999.

Conclusion

Schlussfolgerung

Etat de santé

Gesundheitszustand

Quelles données pour quelles connaissances de l'état de santé ?

De nombreuses données permettent d'appréhender l'état de santé d'une population : enquêtes déclaratives de morbidité, enquêtes de morbidité hospitalière, registres de pathologies, statistiques d'affections de longue durée ou encore enquêtes sur le bien-être et les comportements de santé. Néanmoins, à l'heure actuelle, seules les données de mortalité, qui sont disponibles de part et d'autre du Rhin et qui se réfèrent à la même définition internationale, permettent de comparer la situation de l'Alsace, du Bade-Wurtemberg et de la Rhénanie-Palatinat.

Il faut cependant garder à l'esprit que l'analyse de l'état de santé au travers d'indicateurs de mortalité ne peut être que parcellaire. En effet, la hiérarchie des problèmes de santé, voire des priorités de santé qui en découlent, varie en fonction de l'indicateur retenu (mortalité, morbidité, motifs de consultation et d'hospitalisation, pathologies déclarées dans des enquêtes…). De plus, pour les maladies chroniques, les décès peuvent n'intervenir que plusieurs années après l'apparition de la pathologie, qui elle-même peut être la résultante de comportements à risque ou d'expositions datant de plusieurs dizaines d'années. La mortalité ne donne donc qu'une image tardive de la réalité sanitaire d'une région. Enfin, la santé, dans la

Welche Daten liefern welche Erkenntnisse über den Gesundheitszustand?

Vielfältige Daten tragen zur Einschätzung der gesundheitlichen Situation einer Bevölkerung bei: Befragungen zum Krankheitsgeschehen, Untersuchungen der stationären Morbidität, Krankheitsregister, Statistiken über chronische Krankheiten sowie Befragungen zum Wohlbefinden und gesundheitsbezogenen Verhalten. Jedoch ermöglichen zur Zeit nur Daten über die Sterblichkeit der Bevölkerung einen Vergleich der gesundheitlichen Situation zwischen dem Elsass, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Sie stehen für beide Seiten des Rheins zur Verfügung und beziehen sich auf dieselben internationalen Definitionen.

Man darf jedoch nicht außer acht lassen, dass eine Analyse der gesundheitlichen Situation mit Hilfe von Indikatoren zur Sterblichkeit unvollständig bleiben muss. Das läßt sich daran erkennen, dass sich die Rangfolge der gesundheitlichen Probleme und somit die daraus abgeleiteten Prioritäten in Abhängigkeit der betrachteten Indikatoren verändert (Sterblichkeit, Krankheitsgeschehen, Ursachen für ambulante oder stationäre Behandlung, in Befragungen berichtete Krankheiten). Hinzu kommt, dass bei chronischen Erkrankungen der Tod erst viele Jahre nach Ausbruch der Krankheit eintreten kann, die Krankheit selbst kann durch Risikoverhalten oder Expositionen bedingt sein, die bis zu mehreren Jahrzehnten zurückliegen können. Das Sterbegeschehen erlaubt daher die

définition qu'en donne l'OMS, ne se limite pas à l'absence de maladie, mais correspond à un état complet de bien être physique, psychique et social. Il serait par conséquent utile de compléter le portrait sanitaire que l'on peut dresser à partir des données de mortalité par des indicateurs de morbidité, mais aussi par une connaissance fine des facteurs sur lesquels les politiques de santé peuvent agir, des comportements à risque (tabac, alcool, pratiques sexuelles, conduite automobile), des facteurs de risque (obésité), des conditions de vie, de la qualité de vie des populations, des conditions préalables de la santé (logements décents, emplois suffisamment rémunérés, sécurité de l'individu…). Malheureusement, ces indicateurs sont le plus souvent indisponibles ou difficilement comparables de part et d'autre du Rhin.

Bewertung der gesundheitlichen Realität einer Region nur mit zeitlicher Verzögerung. Schließlich beschränkt sich Gesundheit – wie sie die WHO definiert – nicht allein auf die Abwesenheit von Krankheit, sondern entspricht einem Zustand des umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Daher sollte die Darstellung des Gesundheitszustands auf der Grundlage der Sterblichkeit vervollständigt werden um Indikatoren zum Krankheitsgeschehen sowie um genaue Erkenntnisse über Faktoren, die von der Gesundheitspolitik beeinflußt werden können, über gesundheitsriskantes Verhalten (Tabak- und Alkoholkonsum, Sexualverhalten, Verhalten im Straßenverkehr), Risikofaktoren (Adipositas), Lebensbedingungen und Lebensqualität der Bevölkerung, sowie grundlegende Voraussetzungen für Gesundheit (angemessene Wohnverhältnisse, ausreichend bezahlte Beschäftigung, persönliche Sicherheit ...). Leider sind derartige Indikatoren in den meisten Fällen nicht vorhanden oder nur bedingt über die Rheingrenze vergleichbar.

Un état de santé qui continue à s'améliorer?

Malgré ces limites des systèmes d'information, l'analyse des données de mortalité apporte de précieux renseignements sur l'état de santé des populations dans la Vallée du Rhin Supérieur. Un premier constat s'impose, l'état de santé dans cette région continue de s'améliorer rapidement. Ainsi, la mortalité a baissé à un rythme sensiblement identique des deux côtés du Rhin entre 1988-90 et 1995-97 (-12 % pour les hommes, -14 % pour les femmes). Cette baisse, qui est particulièrement sensible pour les maladies cardio-vasculaires, concerne pratiquement toutes les causes de décès, à deux exceptions près, les maladies endocriniennes et

Der Gesundheitszustand verbessert sich weiterhin

Trotz aller Einschränkungen liefert die Analyse der Sterblichkeitsdaten wertvolle Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung im Oberrheintal. Zunächst ist festzustellen, dass sich die gesundheitliche Situation andauernd und schnell verbessert. Die Sterblichkeit ist im Verlauf der Beobachtungszeiträume 1988-90 und 1995-97 auf beiden Seiten des Rheins mit etwa derselben Geschwindigkeit zurückgegangen (-12 % bei den Männern, -14 % bei den Frauen). Dieser Rückgang ist besonders deutlich bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten ausgeprägt, betrifft aber nahezu alle Todesursachen abgesehen von zwei

de la nutrition chez les hommes (essentiellement le diabète sucré) et les maladies infectieuses et parasitaires chez les femmes. Ces deux causes restent relativement peu fréquentes, elles ne représentent que 5,2 % des décès en 1995-97.

Ausnahmen, die Stoffwechsel- und Ernährungs-krankheiten bei den Männern (im wesentlichen Diabetes mellitus) und die infektiösen und parasitären Krankheiten unter den Frauen. Diese beiden Todesursachen sind jedoch relativ selten, sie machten 1995-97 einen Anteil von lediglich 5,2 % unter den Todesfällen aus.[1]

Un travail qui nuance certaines constatations précédemment établies et en confirme d'autres

Jusqu'à présent, l'état de santé dans une région française / dans un land allemand était généralement jugé en comparant les indicateurs de mortalité de cette région avec ceux de l'ensemble de la France / de l'Allemagne. Selon ce principe, l'Alsace apparaît comme unes des régions françaises présentant les indicateurs de santé les plus défavorables alors que la situation du Bade-Wurtemberg apparaissait comme particulièrement satisfaisante comparativement aux autres länder allemands.

L'approche transfrontalière menée ici permet de confirmer le constat d'un mauvais état de santé des hommes en Alsace. Ainsi, la mortalité masculine alsacienne (équivalente à celle du sud du Palatinat) est supérieure de 10 % à celle du Bade. En revanche, pour les femmes, la comparaison transfrontalière nuance et remet même en question les conclusions précédemment établies ; la mortalité en Alsace est non seulement équivalente à celle du Bade mais même significativement plus faible (- 14 %) que dans le sud du Palatinat.

Einige der früheren Feststellungen werden differenziert, andere bestätigt

Bisher wurde meistens der Gesundheitszustand in einer französischen Region bzw. einem deutschen Bundesland bewertet, indem Indikatoren zur Sterblichkeit mit dem jeweiligen nationalen Mittelwert verglichen wurden. Durch diese Vorgehensweise erschien das Elsass als eine der französischen Regionen mit sehr ungünstigen Werten in Gesundheitsindikatoren, während in Baden-Württemberg der Gesundheits-zustand der Bevölkerung besser als in den anderen deutschen Bundesländern zu sein scheint.

Der grenzüberschreitende Vergleich hat den Eindruck einer ungünstigen gesundheitlichen Situation für die Männer im Elsass bestätigt. Die Sterblichkeit unter den Männern im Elsass (sie ist vergleichbar hoch in der Südpfalz) liegt um 10 % höher als in der badischen Berichtsregion. Bei den Frauen dagegen differenziert der grenzüberschreitende Vergleich frühere Schlußfolgerungen und stellt sie sogar in Frage: Die Sterblichkeit unter den Frauen ist im Elsass ähnlich hoch wie im badischen Berichtsgebiet, im Vergleich zur Südpfalz ist sie sogar

[1] *Im Elsass und der baden-württembergischen Berichtsregion wurden 1988-90 959 Sterbefälle mit diesen Todesursachen gezählt, 1995-97 waren es 1.578.*

signifikant niedriger (-14 %).

Une analyse plus poussée selon les causes de mortalité permet également de confirmer certaines conclusions précédemment établies et d'en nuancer d'autres. Deux exemples méritent d'être mis en avant, celui des maladies cardio-vasculaires, première cause de décès, et des tumeurs, seconde cause de décès.

Durch die weitere Analyse nach Todesursachen können einige bereits früher getroffene Schlußfolgerungen bestätigt werden, andere sind zu differenzieren. Zwei Beispiele sollen hervorgehoben werden: Die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Krankheiten als wichtigste Todesursache sowie die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen als zweitwichtigste Todesursache.

Concernant les maladies cardio-vasculaires l'Alsace, comme l'ensemble des régions du nord de la France présente des taux de mortalité particulièrement élevés, supérieurs de 20 % à la moyenne nationale, de 50 % à ceux de l'Ile-de-France. Partant de ce constat, la lutte contre les maladies cardio-vasculaires a été considérée comme prioritaire dans la région. La situation du Bade-Wurtemberg est totalement opposée, ce land enregistre les taux de mortalité par affections cardio-vasculaires les plus faibles d'Allemagne. Alors que l'on s'attendait à observer une plus forte mortalité par affections cardio-vasculaires en Alsace que dans les zones allemandes de la Vallée du Rhin supérieur, c'est le constat inverse qui s'impose. Les écarts sont particulièrement importants puisque, comparativement à l'Alsace, l'ouest du Pays de Bade et le sud du Palatinat enregistrent des surmortalités de 24 % à 45 % selon le sexe considéré.

Betrachtet man die Herz-Kreislauf-Krankheiten, so stellt sich das Elsass – wie alle nordfranzösischen Regionen – als Region mit besonders hohen Sterberaten dar. Im Vergleich zum französischen Mittelwert liegen sie um 20 % höher, im Vergleich zur Region Ile de France sogar um 50 %. Auf der Grundlage dieser Beobachtung erhielt die Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Krankheiten im Elsass Priorität. In Baden-Württemberg stellt sich die Situation genau umgekehrt dar: In diesem Bundesland werden die niedrigsten Sterberaten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland ermittelt. Auf der Grundlage dieser Beobachtungen würde man für das Elsass eine höhere Sterblichkeit nach Herz-Kreislauf-Krankheiten erwarten als für die deutschen Berichtsgebiete des Oberrheintals. Es ergibt sich jedoch ein genau umgekehrtes Bild. Die Unterschiede sind nicht geringfügig, da das westliche Baden und die Südpfalz im Vergleich zum Elsass eine – in Abhängigkeit vom Geschlecht - um 24 bis 45 % höhere Sterblichkeit aufweisen.

Il convient de préciser que selon des travaux européens en cours, il existerait des pratiques de remplissage des certificats de décès très différentes en Allemagne et en France, les médecins français tendant à indiquer avec moins de

Es ist anzumerken, dass aktuelle europäische Untersuchungen auf unterschiedliche Praktiken bei der Ausstellung des Leichenschauscheins in Deutschland und Frankreich hinweisen. Ärzte in Frankreich neigen

"facilité" un décès par affection cardiovasculaire que les médecins allemands. Néanmoins, les différences observées au sein de la Vallée du Rhin Supérieur sont telles qu'elles ne peuvent pas s'expliquer uniquement par des pratiques de certification.

weniger leicht dazu, als Todesursache eine Herz-Kreislauf-Krankheit zu bescheinigen als ihre deutschen Kollegen. Jedoch sind die Unterschiede, die im Oberrheintal beobachtet werden, derart, dass sie nicht ausschließlich durch eine unterschiedliche Praktiken bei der Ausstellung des Leichenschauscheines erklärt werden können.

Concernant les cancers, tant pour les hommes que pour les femmes, les décès sont nettement plus fréquents en Alsace qu'en moyenne nationale alors qu'ils sont moins fréquents dans le land du Bade-Wurtemberg que dans l'ensemble de l'Allemagne. A l'échelon de la Vallée du Rhin Supérieur, la très mauvaise situation des hommes Alsaciens est confirmée, alors que la situation des femmes est comparable de part et d'autre du Rhin. Là encore, le Tableau de bord sur la santé dans la Vallée du Rhin Supérieur nuance d'anciennes conclusions, en relativisant la bonne image que l'on pouvait se faire de l'état de santé des femmes dans le Bade-Wurtemberg.

Bei den Krebserkrankungen beobachtet man im Elsass bei Männern wie bei Frauen eine deutlich höhere Sterberate im Vergleich zum französischen Mittelwert. In Baden-Württemberg dagegen ist die Sterblichkeit geringer als in Deutschland. Innerhalb des Oberrheintals wird die ungünstige Situation für die Männer im Elsass bestätigt , bei den Frauen ist die Sterblichkeit beiderseits des Rheins vergleichbar. Hier differenziert der Gesundheitsbericht für das Oberrheintal frühere Schluß-folgerungen, der positive Eindruck über die Gesundheit der Frauen in Baden-Württemberg wird relativiert.

Une mortalité prématurée et évitable qui reste importante

Du fait de l'allongement de la durée de la vie, l'analyse de la mortalité générale est de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges. Pour évaluer l'amélioration de l'état de santé des populations que l'on peut attendre, il est préférable de s'intéresser à la mortalité prématurée, correspondant aux décès survenant avant 65 ans, ainsi qu'à la notion de décès évitables.

Vorzeitige und vermeidbare Sterbefälle weiterhin von Bedeutung

Wegen der längeren Lebensdauer gibt die Untersuchung der allgemeinen Sterblichkeit zunehmend die Sterblichkeit im hohen Lebensalter wider. Will man eine zu erwartende Verbesserung der gesundheitlichen Situation in der Bevölkerung erfassen, so sind vorzugsweise die vorzeitigen Sterbefälle (sie entsprechen den Todesfällen vor Vollendung des 65. Lebensjahres) sowie die vermeidbaren Sterbefälle zu betrachten.

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme potentiellement "évitables", c'est à dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge des systèmes de soins, elles ne devraient entraîner que peu de décès tout particulièrement avant 65 ans.

Einige Todesursachen unter den vorzeitigen Sterbefällen können als potentiell „vermeidbar“ betrachtet werden, d.h. in Anbetracht des aktuellen medizinischen Wissens und den Möglichkeiten der medizinischen Versorgung(ssysteme), sollten nur sehr wenige dieser Todesfälle insbesondere im Alter unter 65 Jahren auftreten.

Selon les critères utilisés dans le cadre de recherches menées au niveau européen on estime qu'en Alsace et dans la zone d'étude du Bade-Wurtemberg 2 975 décès étaient potentiellement évitables par année dans la période 1995-1997, soit 8,4 % de l'ensemble des décès. Cette mortalité évitable concerne avant tout les hommes, pour lesquels, 2 013 décès (12,0 %) sont "évitables", contre 962 décès (5,2 %) chez les femmes.

Legt man die Kriterien zugrunde, die in europäischen Untersuchungen verwendet werden, so kann man schätzen, dass im Elsass und der baden-württembergischen Berichtsregion im Zeitraum von 1995-97 jährlich 2.975 Todesfälle potentiell vermeidbar gewesen wären, das entspricht 8,4 % aller Todesfälle. Die vermeidbaren Sterbefälle betreffen vor allem die Männer, bei ihnen sind 2.013 (12,0 %) „vermeidbar“ gegenüber 962 (5,2 %) bei den Frauen.

Les décès "évitables" sont classés en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risque individuels, par exemple décès par cancer du poumon, alcoolisme ou encore accidents de la circulation. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels. Ce groupe comprend entre autre les décès par tuberculose, cancer du sein ou par maladies hypertensives. Globalement, en Alsace et dans la zone d'étude du Bade-Wurtemberg, les décès évitables se partagent par moitié entre ces deux groupes. Si, comme nous l'avons évoqué précédemment, la mortalité évitable est deux fois plus élevée pour les hommes que pour les femmes, la

„Vermeidbare“ Sterbefälle werden nach den Möglichkeiten, sie zu verringern, in zwei Gruppen unterteilt. Die erste Gruppe unterscheidet Todesursachen, die im wesentlichen hätten vermieden werden können durch die Beeinflussung von individuellen Risikofaktoren, wie Todesfälle aufgrund von Lungenkrebs, Alkoholismus sowie Straßenverkehrsunfällen. Die zweite Gruppe umfaßt Todesfälle, die primär durch eine bessere Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten (einschließlich Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen) vermieden werden könnten, eventuell in Ergänzung durch das Einwirken auf bestimmte individuelle Verhaltensweisen. Dazu gehören neben anderen Todesfälle aufgrund von Tuberkulose, Brustkrebs oder Hochdruckkrankheiten. Im allgemeinen entfallen im Elsass und der badischen Berichtsregion etwa jeweils die Hälfte der vermeidbaren Sterbefälle auf eine der beiden Gruppen. Wenn, wie oben bereits gezeigt, die vermeidbare Sterblichkeit unter den Männern doppelt so hoch ist wie bei den Frauen, erklärt sich der Unterschied im

différence s'explique essentiellement par les décès liés à des facteurs de risques individuels, les hommes étant nettement plus touchés que les femmes par les cancers du poumon, les accidents de la circulation et les cirrhoses du foie.

La Vallée du Rhin Supérieur, une région épidémiologiquement homogène ?

Bien que la Vallée du Rhin Supérieur constitue une région dans laquelle il existe beaucoup d'échanges transfrontaliers, une région qui partage des cultures aux racines communes, l'analyse des causes de décès montre clairement qu'il ne s'agit pas d'une région homogène du point de vue épidémiologique. Ainsi, les différences transfrontalières sont parfois plus marquées que les différences entre l'Alsace et l'ensemble de la France ou le Bade-Wurtemberg / Rhénanie-Palatinat et l'ensemble de l'Allemagne. L'analyse réalisée ici ne permet pas de déterminer précisément la raison pour laquelle des différences aussi importantes s'observent de part et d'autre du Rhin. Il se peut que des pratiques dans le remplissage des certificats de décès expliquent une partie de ces différences. Il est surtout probable que des différences dans les modes de vie (alimentation, tabac, alcool, prises de risque, conditions de travail…) expliquent une grande part des écarts observés, bien plus que l'offre ou l'accès aux soins. Seules des études spécifiques sur ces sujets permettraient de valider une telle hypothèse. Il apparaît cependant clairement que les décès liés au tabagisme (cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures) sont plus fréquents en Alsace, ainsi que ceux

wesentlichen durch Todesfälle, für die ein Zusammenhang mit individuellem Risikoverhalten besteht, da Männer deutlich häufiger an Lungenkrebs, Straßenverkehrsunfällen und Leberzirrhosen versterben als Frauen.

Das Oberrheintal – eine epidemiologisch homogene Region?

Obwohl das Oberrheintal eine Region mit starken grenzüberschreitenden Beziehungen ist und seine Kulturen auf gemeinsame Wurzeln zurückgehen, so zeigt die Analyse der Todesursachen, dass es aus epidemiologischer Sicht keine einheitliche Region ist. Daher sind die Unterschiede im grenzüberschreitenden Vergleich manchmal ausgeprägter als die Unterschiede zwischen dem Elsass und Frankreich oder zwischen Baden-Württemberg bzw. Rheinland-Pfalz und Deutschland. Die hier durchgeführten Untersuchungen können die Ursache für derartig ausgeprägte Unterschiede beiderseits des Rheins nicht genau benennen. Möglicherweise erklärt die unterschiedliche Handhabung der Leichenschauscheine einen Teil der Unterschiede. Sicherlich können Unterschiede in der Lebensweise (Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum, Risikoverhalten, Arbeitsbedingungen usw.) einen großen Teil der beobachteten Abweichungen eher erklären als die gesundheitliche Versorgung oder der Zugang dazu. Allein gezielte Untersuchungen zu diesen Fragestellungen könnten derartige Hypothesen erhärten. Gesichert scheint währenddessen zu sein, dass Todesfälle, die im Zusammenhang mit Tabakkonsum stehen (bösartige Neubildungen der Lunge, der oberen Atemwege und der oberen Verdauungsorgane), im Elsass ebenso

provoqués par des accidents de la circulation, alors que la mortalité liée à une consommation excessive d'alcool (cirrhoses alcooliques) est plus importante dans la zone d'étude du Bade-Wurtemberg.

Cependant, les différences qui existent, ne doivent pas masquer des similitudes plus importantes encore. Nous l'avons vu, l'état de santé s'améliore sur les deux rives du Rhin. Mais plus marquant encore, comme dans l'ensemble des pays européens, la surmortalité masculine (relativement à la mortalité féminine), se retrouve dans toute la Vallée du Rhin Supérieur et les différences entre les deux sexes sont bien plus importantes que les différences entre les régions allemandes et l'Alsace. Par ailleurs, en Alsace, comme dans le reste de la France, les inégalités de santé entre classes sociales sont très marquées. Ainsi, chez les hommes de 25-55 ans, un ouvrier a un risque de décéder quatre fois plus élevé qu'un cadre. Si les données disponibles dans les länder allemands étudiés ne permettent pas de réaliser une telle analyse, il est cependant patent que les écarts entre les catégories socioprofes-sionnelles sont bien plus marqués que les différences transfrontalières.

En conclusion, même s'il est difficile, avec les données dont nous disposons actuellement, d'expliquer les différences d'état de santé des populations vivant de part et d'autre du Rhin, l'analyse de la mortalité évitable montre que les actions susceptibles d'améliorer cet état de santé sont globalement similaires. Elles devraient aussi bien concerner la prévention primaire, visant à modifier les comportements individuels que l'amélioration de la prise en charge par le système de soins.

wie tödliche Straßenverkehrsunfälle häufiger vorkommen, während die Sterblichkeit, die in Beziehung zu übermäßigem Alkoholkonsum steht (Leberzirrhosen), häufiger in der badischen Berichtsregion beobachtet wird.

Jedoch sollten die bestehenden Unterschiede die noch bedeutenderen Gemeinsamkeiten nicht überdecken. Wie bereits gesagt, verbessert sich die gesundheitliche Situation beiderseits des Rheins. Noch bezeichnender ist, dass sich die Übersterblichkeit der Männer (im Vergleich zur Sterblichkeit der Frauen) – wie in allen europäischen Ländern – auch im Oberrheintal beobachten läßt und dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede ausgeprägter sind als die Unterschiede zwischen den deutschen Berichtsregionen und dem Elsass. Darüber hinaus sind im Elsass, wie im gesamten Frankreich, Ungleichheiten in bezug auf die Gesundheit zwischen den sozialen Schichten sehr ausgeprägt. So hat – unter den Männern im Alter von 25 bis 55 Jahren – ein Arbeiter ein vierfach höheres Sterberisiko als eine Führungskraft. Auch wenn die für die deutschen Regionen verfügbaren Daten eine derartige Betrachtung nicht zulassen, sind die Unterschiede zwischen den sozio-professionellen Schichten offenbar stärker ausgeprägt als die grenzüberschreitenden Unterschiede.

Auch wenn es abschließend schwierig ist, sich mit den aktuell zur Verfügung stehenden Daten die Unterschiede in der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung beiderseits des Rheins zu erklären, so legt die Betrachtung der vermeidbaren Sterblichkeit sehr ähnliche Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit nahe. Sie sollten sowohl die primäre Prävention, die eine Veränderung von individuellem Verhalten beabsichtigt, als auch die Verbesserung der Versorgungsangebote und ihrer Inanspruchnahme betreffen.

Offre et consommation de soins

Angebote zur gesundheitlichen Versorgung und ihre Inanspruchnahme

Une offre de soins comparable, des pratiques de soins identiques, un recours aux soins comparable ?

Le Tableau de bord sur la santé s'est attaché, aussi souvent que possible, à mettre en regard des données d'offre de soins de part et d'autre du Rhin. Cependant, si l'on exclut les équipements lourds et services hautement spécialisés (scanners, IRM, grands brûlés…), les différences structurelles entre les systèmes de soins allemand et français limitent les possibilités de comparaison.

Les questions de terminologie concernant les professionnels de santé (spécialités, modes d'exercice...) et les équipements (regroupement des lits par spécialités, répartition public - privé...), sont autant d'obstacles à la comparaison des données.

Ainsi, à titre d'exemple, en Allemagne les médecins sont comptés soit en exercice ambulatoire soit en exercice hospitalier. En France, on fait la distinction entre des médecins libéraux et des médecins salariés. Dans la majorité des cas les définitions allemandes et françaises sont équivalentes : en effet, la plupart des médecins en ambulatoire sont des médecins libéraux, et la plupart des médecins salariés sont en milieu

Ein vergleichbares Angebot, gleiche Versorgungspraktiken, ein vergleichbarer Zugang zur Versorgung?

Der Gesundheitsbericht hat es sich so oft wie möglich zur Aufgabe gemacht, Daten über das Versorgungsangebot beiderseits des Rheins einzubeziehen. Sieht man einmal von den medizinischen Großgeräten und den hoch spezialisierten Diensten (Computertomografen, Kernspintomografen, Schwerbrandverletzte ...) ab, begrenzen die strukturellen Unterschiede zwischen den deutschen und französischen Versorgungssystemen jedoch die Vergleichsmöglichkeiten.

Bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen (Spezialisierungen, Art der Berufsausübung ...) und der Ausstattung (Aufteilung der Betten in Fachkliniken, Unterscheidung nach öffentlich und privat ...) erschweren ferner terminologische Probleme den Vergleich über die Rheingrenze.

Als ein Beispiel sei genannt, dass Ärzte in Deutschland nach ambulanter und stationärer Tätigkeit unterschieden werden, in Frankreich jedoch nach selbständiger und nicht selbständiger Tätigkeit. In der Mehrzahl der Fälle sind die deutsche und die französische Definition gleichbedeutend: Die Mehrheit der in einer Arztpraxis tätigen Mediziner arbeiten als Selbständige, und die Mehrzahl der Mediziner mit einer nicht selbständigen Beschäftigungsform arbeitet im

hospitalier. Pourtant ces catégories ne se recoupent pas complètement : ainsi, en France, une partie des médecins travaillant dans des établissements hospitaliers privés sont des médecins libéraux. Si l'on observe une densité médicale équivalente dans les zones françaises et allemandes, le nombre de médecin travaillant en secteur hospitalier est plus élevé en Allemagne qu'en Alsace, alors que l'inverse s'observe pour le secteur libéral (exercice ambulatoire). Il est impossible de déterminer s'il s'agit d'écarts réels ou d'écarts liés aux terminologies et définitions utilisées. Il s'agit là d'une difficulté qui n'est pas spécifique à la Vallée du Rhin Supérieur, mais qui se pose pour toutes les comparaisons internationales d'offre de soins. La raison principale est qu'il n'existe pas pour l'offre de soins de définitions internationales qui rendent les informations comparables, alors que pour d'autres domaines, comme la mortalité (Classification Internationale des Maladies) ou le chômage (Bureau International du Travail) de telles définitions existent.

Krankenhaus. Jedoch stimmen die beiden Kategorien nicht vollständig überein: So arbeitet in Frankreich ein Teil der Ärzte in privaten Krankenhäusern als Selbständige. Bei einer insgesamt vergleichbar hohen Ärztedichte im französischen und den deutschen Berichtsgebieten ist die Anzahl von Ärzten in deutschen Krankenhäusern höher als im Elsass, während das Verhältnis für die selbständig tätigen Ärzte (ambulante Behandlung) umgekehrt ist. Es kann nicht entschieden werden, ob es sich hierbei um echte Unterschiede oder um terminologisch und definitionsbedingte Abweichungen handelt. Diese Problematik ist nicht spezifisch für das Oberrheintal, sondern ergibt sich in allen internationalen Vergleichen von medizinischen Versorgungsangeboten. Ein Hauptgrund liegt darin, dass für den Versorgungsbereich internationale Definitionen, die Informationen vergleichbar machen können, fehlen, während für andere Bereiche wie Sterblichkeit (Internationale Klassifikation der Krankheiten) oder Arbeitslosigkeit (Internationales Büro für Arbeit) Definitionen bestehen.

Un autre obstacle reste la disponibilité des données. Par exemple, les données concernant les infirmières libérales ne sont plus disponibles en Allemagne depuis le début des années 1990. En France, la pratique des « médecines parallèles » ne fait pas l'objet d'une réglementation spécifique, ni de statistiques, alors que les « Heilpraktiker » sont recensés outre-Rhin.

Eine andere Schwierigkeit liegt in der Verfügbarkeit der Daten. Beispielsweise werden Zahlen über selbständige Krankenschwestern in Deutschland seit Anfang der 90er Jahre nicht mehr geführt. In Frankreich ist die Tätigkeit von „Alternativ-Medizinern" weder Gegenstand einer spezifischen Regelung noch einer Statistik, während auf der anderen Seite des Rheins die Anzahl der „Heilpraktiker" erfaßt wird.

Mais au-delà de ces questions « techniques », il est probable que derrière les différences d'offre de soins se cachent des modes de fonctionnement des systèmes de soins et des modes de recours aux soins différents dans les deux pays. Le recours à un professionnel donné se fait-il de la même façon en Allemagne qu'en France ? Répond-il

Über diese „technischen" Fragen hinaus ist es wahrscheinlich, dass sich hinter den Unterschieden im Versorgungsangebot in den beiden Staaten Unterschiede in der Arbeitsweise der Versorgungssysteme und dem Zugang zu ihnen verbergen. Ist der Zugang zu einem Fachmann in Deutschland der gleiche wie in Frankreich? Geht er auf die gleichen

aux mêmes besoins ? Si ce n'est pas le cas, quel sens donner à une comparaison d'indicateur d'offre ? D'une façon globale, pour savoir précisément « ce que l'on compare », l'analyse de l'offre médicale devrait être complétée par des comparaisons de pratiques médicales. Certains indicateurs issus du chapitre "mère et l'enfant" permettent d'ores et déjà d'affirmer que les pratiques médicales, mais aussi l'usage du système de soins par les populations sont sensiblement différentes de part et d'autre du Rhin. On a ainsi pu noter :

- Des accouchements par césariennes beaucoup plus fréquents dans les maternités allemandes,
- Un nombre de consultations prénatales nettement plus important en Allemagne qu'en France, lié probablement à des recommandations différentes de part et d'autre du Rhin,
- Un recours aux anesthésies péridurales trois fois plus important dans les accouchements réalisés en Alsace que dans les régions allemandes …

La richesse toute particulière des systèmes d'informations sur la grossesse, les accouchements et la santé des enfants permet d'établir dès à présent de tels constats. D'une façon plus générale, l'évolution progressive des systèmes d'information vers un recueil des motifs d'hospitalisation et des motifs de consultation permettra peut-être de réaliser à l'avenir des analyses beaucoup plus complètes sur le fonctionnement des systèmes de soins allemands et français et aussi de disposer d'informations sur la prévalence et l'incidence des pathologies, sur les modalités de prise en charge par les systèmes de soins, données qui ne peuvent être obtenues à l'heure actuelle que par la mise en place d'enquêtes très lourdes. Il convient cependant

Bedürfnisse ein? Sollte dies nicht der Fall sein, welchen Sinn sollte der Vergleich eines Versorgungsindikators machen? Um ganz allgemein gesprochen genau zu wissen, „was man vergleicht", sollte die Analyse des medizinischen Versorgungsangebots ergänzt werden durch einen Vergleich medizinischer Praktiken. Einige Indikatoren aus dem Kapitel „Mutter und Kind" erlauben es schon jetzt festzustellen, dass die medizinischen Praktiken sowie die Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch die Bevölkerung beiderseits des Rheins recht unterschiedlich sind. Es konnten festgestellt werden:

- Eine deutlich häufigere Entbindung durch Kaiserschnitt in den deutschen Fachkliniken

- Eine höhere Anzahl von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen in Deutschland, wahrscheinlich in Zusammenhang mit unterschiedlichen Empfehlungen beiderseits des Rheins

- Ein dreifach häufigerer Einsatz der Periduralanästhesie bei Entbindungen im Elsass

Die Fülle der Informationen über Schwangerschaft, Geburt und die gesundheitliche Situation von Kindern ermöglicht es gegenwärtig, derartige Feststellungen zu treffen. Allgemein wird die fortschreitende Entwicklung von Informationssystemen in Richtung auf die Erfassung von Gründen für ambulante und stationäre Behandlungen möglicherweise erlauben, in Zukunft vollständigere Analysen über die Praktiken im deutschen und französischen Versorgungssystem durchzuführen und über Informationen zur Prävalenz und Inzidenz von Krankheiten, sowie über Behandlungsweisen in den Versorgungseinrichtungen zu verfügen, die bis heute – außer über sehr umfangreiche Untersuchungen - nicht erhältlich sind. Es sollte jedoch betont werden, dass derartige zukünftige Informations-

d'insister sur le fait que ces futurs systèmes d'information ne représenteront une avancée pour l'observation de la santé dans la Vallée du Rhin Supérieur que si, dans leur développement, la question de la comparabilité transfrontalière est prise en compte. On ne peut à ce propos que regretter que l'Allemagne et la France aient adopté dans les dernières années des systèmes médicalisés d'information hospitalière sensiblement différents. Si aujourd'hui, la consommation transfrontalière de soins reste très marginale, elle ne cesse d'augmenter. Pour cette seule raison, il apparaît tout à fait essentiel de poursuivre, dès aujourd'hui, le rapprochement des systèmes d'information pour les rendre comparables.

systeme nur dann einen Fortschritt in der Gesundheitsbeobachtung für das Oberrheintal erbringen werden, wenn bei ihrer Entwicklung Fragen der grenzüberschreitenden Vergleichbarkeit berücksichtigt werden. Man kann in diesem Zusammenhang nur bedauern, dass Deutschland und Frankreich in den letzten Jahren sehr unterschiedliche Krankenhausinformationssysteme eingeführt haben. Auch wenn die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten heute noch gering ist, so wird sie in Zukunft weiter steigen. Allein aus diesem Grunde erscheint es wesentlich, von heute an die Angleichung der beiden Informationssysteme mit dem Ziel ihrer Vergleichbarkeit anzustreben.

Conclusion

Schlussfolgerung

Au démarrage de ce projet, l'objectif principal était dresser un portrait sanitaire de la Vallée du Rhin supérieur, afin d'apporter les informations les plus pertinentes aux décideurs en charge de gérer la coopération transfrontalière en matière de santé. Cette démarche devait s'appuyer dans un premier temps sur une simple comparaison d'indicateurs de santé, d'offre et de consommation de soins. Au fur et à mesure de l'avancée du travail, de nombreux problèmes méthodologiques, de comparabilité des données et de disponibilité des données se sont posés. Mais surtout, il est clairement apparu que pour interpréter les différences observées, il était essentiel de disposer d'une "méta-information" sur le fonctionnement et l'organisation des systèmes de soins, les législations en vigueur, les pratiques de soins et les comportements de santé des populations de part et d'autre du Rhin. Nous l'avons déjà évoqué, il s'agit de problématiques qui ne sont pas spécifiques à la Vallée du Rhin Supérieur mais qui se rencontrent dans l'ensemble de l'Union Européenne. Notre projet s'est en conséquence enrichi et a évolué vers un travail beaucoup plus fondamental avec une dimension méthodologique importante. Il permettra à l'avenir de faciliter et nous l'espérons de faire perdurer l'échange de données en matière de santé. En d'autres termes, nous sommes convaincus, qu'au-delà du rapport rendu, ce projet représente un investissement pour l'avenir.

Zu Beginn dieses Projekts war das Hauptziel einen Gesundheitsbericht für das Oberrheintal zu erstellen, um Entscheidungsträgern bei der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich eine Informationsgrundlage zur Verfügung zu stellen. Der Vorstoß basierte zunächst auf einen einfachen Vergleich von Indikatoren zur Gesundheit, zum gesundheitlichen Versorgungsangebot und seiner Inanspruchnahme. Während der Bearbeitung ergaben sich nach und nach zahlreiche methodische Probleme sowie Schwierigkeiten beim Vergleich der Daten und ihrer Verfügbarkeit. Es wurde vor allem deutlich, dass zur Interpretation von beobachteten Unterschieden „Meta-Informationen“ notwendig waren über den Betrieb und die Organisation der Versorgungssysteme, geltende Gesetze, Versorgungspraktiken und gesundheitsrelevantes Verhalten der Bevölkerung beiderseits des Rheins. Wie bereits gesagt, sind die Schwierigkeiten nicht spezifisch für das Oberrheintal, sondern in der gesamten Europäischen Union anzutreffen. Unser Projekt wurde dadurch bereichert und hat sich zu einer sehr viel grundlegenderen Arbeit von großer methodischer Bedeutung entwickelt. Es erleichtert in der Zukunft den Austausch von gesundheitsbezogenen Daten, den wir hoffentlich weiterführen können. Wir sind mit anderen Worten überzeugt davon, dass dieses Projekt über den vorgelegten Bericht hinaus eine Investition für die Zukunft darstellt.

Notre coopération a d'ores et déjà eu de nombreux effets secondaires positifs. Les différentes équipes impliquées ont appris de nombreuses choses dans leurs échanges ; nous n'avons pas les mêmes méthodes de travail, la même approche de l'observation de la santé, la même culture de santé publique. De façon très concrète, grâce à l'expérience du Landesgesundheitsamt, il a été possible d'exporter rapidement en l'Alsace, un dispositif d'observation de la santé des enfants de 6 ans qui était en œuvre dans le Bade-Wurtemberg depuis une dizaine d'années. Une telle démarche, si elle avait été initiée par l'Observatoire régional de la santé d'Alsace sans le soutien de ses voisins allemands aurait certainement pris plusieurs années. Il est à présent possible de comparer l'état de santé, le suivi médical et les modes de vie des enfants d'Alsace et du Bade-Wurtemberg, poursuivant et renforçant même la démarche de coopération transfrontalière qui a débuté avec le Tableau de Bord sur la santé.

Unsere Zusammenarbeit hat schon jetzt zahlreiche positive Nebeneffekte gezeigt. Die Beteiligten haben durch den Austausch sehr viel dazugelernt, wir haben nicht die gleichen Arbeitsmethoden, den gleichen Ansatz der Gesundheitsbeobachtung, die gleiche Kultur in Fragen der Öffentlichen Gesundheit. Konkret konnte – dank der Erfahrung des Landesgesundheitsamtes – eine Technik sehr schnell im Elsass eingeführt werden, die die Beobachtung der gesundheitlichen Situation von 6-jährigen Kindern im Elsass ermöglicht und die in Baden-Württemberg seit über 10 Jahren eingesetzt wird. Eine derartige Initiative alleine durch das Observatoire Régional de la santé d'Alsace und ohne die Unterstützung der deutschen Nachbarn hätte ansonsten sicherlich mehrere Jahre bis zur Realisierung benötigt. Es ist jetzt möglich, den Gesundheitszustand, die medizinische Betreuung und die Lebensweisen von Kindern aus dem Elsass und Baden-Württemberg zu vergleichen. Damit wird die grenzüberschreitende Kooperation, die mit einem Gesundheitsbericht begann, fortgesetzt und verstärkt.

Enfin, on peut souligner que cette initiative locale, qui constitue une première dans l'Union Européenne, a été considérée comme exemplaire par de nombreuses institutions. Ainsi, les promoteurs ont été invités à de nombreuses reprises, en particulier par le bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (Copenhague) et le Robert Koch Institut (Berlin) à présenter leur démarche, leurs premiers résultats, les difficultés rencontrées et les leçons qui pouvaient en être tirées.

Schließlich kann man hervorheben, dass diese lokale Initiative, die eine der ersten in der EU darstellt, von vielen anderen Einrichtungen als Beispiel betrachtet wird. Die Initiatoren wurden zu zahlreichen Vorträgen eingeladen, insbesondere von der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (Kopenhagen), und dem Robert Koch-Institut (Berlin), um über ihre Entwicklungsschritte, erste Ergebnisse, Schwierigkeiten und Schlussfolgerungen zu berichten.

Annexe 1

Espace de la Conférence du Rhin Supérieur

Anhang 1

Mandatsgebiet der Oberrheinkonferenz

CONFÉRENCE DU RHIN SUPÉRIEUR — OBERRHEIN KONFERENZ

Espace de la Conférence du Rhin Supérieur

Mandatsgebiet der Oberrheinkonferenz

Limite géographique de l'accord du 21 septembre 2000
Räumlicher Geltungsbereich der Vereinbarung vom 21. September 2000

Thann — Arrondissement (F) - Landkreis / Kreisfreie Stadt (D)

FREIBURG — Département (F) - Regierungsbezirk (D) - Kanton (CH)
BS = BASEL-STADT

SUISSE — État - Staat

PRÉFECTURE DE LA RÉGION ALSACE
Liberté · Égalité · Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
S.E.S.G.A.R.E.
© 2000 J.P. Jouhaud

Rhin Supérieur/Oberrhein

Annexe 2

Comparabilité des données de mortalité

Anhang 2

Zur Vergleichbarkeit von Todesursachen

Comparabilité des données de mortalité

Zur Vergleichbarkeit von Todesursachen

Les écarts observés en matière de mortalité entre régions françaises et régions allemandes de la Vallée du Rhin Supérieur sont particulièrement importants. Ces différences posent la question de la comparabilité des données de mortalité entre deux pays. S'il est, sans conteste, possible de comparer la mortalité générale, toutes causes confondues, la question reste entière lorsque l'on s'intéresse aux différentes causes de décès.

Une récente étude réalisée dans le cadre du « Health Monitoring Program » de l'Union européenne se penche sur ce sujet et propose une réflexion sur les possibilités d'améliorer la comparabilité des données entre pays de l'Europe des quinze [1].

Cette étude repose sur une analyse de la littérature disponible et sur une enquête réalisée auprès d'experts des 15 pays de l'Union.

Elle montre que les données de mortalité peuvent souffrir de nombreux biais aussi bien au niveau du remplissage des certificats de décès que de leur codification. L'étude met ainsi en avant :

- qu'il n'existe pas de modèle unique de certificat de décès à l'échelle européenne,
- que dans de nombreux pays (dont l'Allemagne) aucune instruction ni exemple de remplissage n'accompagne ces certificats de décès,
- que la formation initiale au remplissage est particulièrement courte (entre 1 et 4 heures de

Die Abweichungen, die man hinsichtlich des Sterbegeschehens zwischen den deutschen und französischen Gebieten des Oberrheintals beobachten kann, sind sehr bedeutsam. Angesichts dieser Unterschiede stellt sich die Frage nach der Vergleichbarkeit von Daten zur Sterblichkeit zwischen zwei Staaten. Auch wenn es zweifellos möglich ist, die allgemeine Sterblichkeit, die alle Todesursachen zusammenfaßt, zu vergleichen, so gilt diese Frage uneingeschränkt auf den Vergleich einzelner Todesursachen zu.

Eine kürzlich im Rahmen des EU-Programms „Health Monitoring" durchgeführte Untersuchung bezieht sich auf diese Fragestellung und enthält einen Vorschlag über Möglichkeiten, die Vergleichbarkeit von Daten zwischen den 15 europäischen Staaten zu verbessern [1].

Diese Untersuchung basiert auf einer Literaturanalyse sowie einer Befragung von Experten aus den 15 europäischen Mitgliedsstaaten.

Ihre Ergebnisse zeigen, dass die Daten zur Sterblichkeit vielfältigen Verzerrungen unterliegen können, und zwar sowohl bei der Ausstellung der Todesbescheinigung wie auch bei ihrer Verschlüsselung. Die Studie hebt dabei vor allem Folgendes hervor:

- Es gibt kein europaweit einheitliches Formular für die Todesbescheinigung.
- In zahlreichen Staaten (darunter Deutschland) ist das Formular weder mit einer Anleitung noch mit einem Beispiel für das Ausfüllen versehen.
- Die Ersteinweisung in das Ausfüllen des Formulars ist ausgesprochen kurz (insgesamt zwischen

formation en tout et pour tout au cours du cursus universitaire),
- que la formation continue est inexistante dans de nombreux pays (dont la France et l'Allemagne),
- que les pratiques d'autopsie et leur fréquence peuvent différer de pays en pays,
- que les résultats d'une éventuelle autopsie ne sont pas systématiquement rapportés sur le certificat de décès,
- que les médecins chargés du remplissage des certificats peuvent être selon les pays soit spécialisés dans cette tâche, soit obligatoirement un médecin ayant connu et suivi la personne décédée, soit, comme en Allemagne et en France, le médecin qui constate le décès,
- qu'il est difficile pour les services statistiques nationaux en charge du codage des certificats de rechercher des informations complémentaires lorsque le certificat est incomplet ou imprécis, aussi bien pour des raisons de confidentialité que des problèmes organisationnels.

Tous ces éléments ont amené les auteurs du rapport à élaborer 39 recommandations pour améliorer la comparabilité des données de mortalité en Europe.

Ces éléments doivent également nous conduire à considérer avec prudence les écarts de mortalité observés dans la Vallée du Rhin Supérieur et ce d'autant plus que la mortalité par "Symptômes, signes et états morbides mal définis" est nettement plus élevée en Alsace[a]

1 und 4 Stunden während des gesamten Hochschulstudiums).
- In zahlreichen Staaten (darunter Frankreich und Deutschland) gibt es keine berufsbegleitende Weiterbildung.
- Die Handhabung von Autopsien und ihre Häufigkeit kann von Staat zu Staat unterschiedlich sein.
- Über die Ergebnisse einer eventuell durchgeführten Autopsie wird nicht systematisch in der Todesbescheinigung berichtet.
- Der Arzt, der die Todesbescheinigung ausstellen darf, kann - je nach Staat - in dieser Aufgabe spezialisiert sein oder muss den Verstorbenen gekannt und behandelt haben oder es ist der Arzt, der den Tod feststellt (in Deutschland und Frankreich die Regel).

- Für die nationalen statistischen Ämter, die mit der Verschlüsselung der Todesbescheinigung beauftragt sind, ist es aus Geheimhaltungs- und organisatorischen Gründen schwierig zusätzliche Informationen einzuholen, wenn die Todesbescheinigung unvollständig oder ungenau ausgefüllt ist.

Die Ergebnisse haben die Autoren der Studie dazu veranlaßt, 39 Vorschläge zur Verbesserung der Vergleichbarkeit von Daten zur Sterblichkeit in Europa zu erarbeiten.

Die Ergebnisse sollten ebenfalls dazu führen, die Unterschiede im Sterbegeschehen, wie sie im Oberrheintal beobachtet werden können, mit Vorsicht zu betrachten. Dies gilt umso mehr, als die Sterblichkeit aufgrund von „Symptomen und nicht näher bezeichneten Affektionen" im Elsass[1]

[a] Taux comparatif de 48,3 décès pour 100 000 hommes en Alsace contre 13,4 dans le Bade-Wurtemberg, Taux comparatif de 28,4 décès pour 100 000 femmes en Alsace contre 12,1 dans le Bade-Wurtemberg

Im Elsass liegt die altersstandardisierte Sterberate bei 48,3 Todesfällen je 100.000 Männern gegenüber 13,4 Fällen in Baden-Württemberg. Die Sterberaten für die Frauen betragen im Elsass 12,1 je 100.000 Frauen und in Baden-Württemberg.

que dans le Bade-Wurtemberg. Cette dissimilitude pourrait bien refléter des différences de pratique de codage et expliquer la sous-mortalité alsacienne par affections cardio-vasculaires.

häufiger ist als im Badischen Berichtsgebiet. Dieser Unterschied könnte auch ein Hinweis auf Unterschiede in der Handhabung der Codierung sein und somit die geringere Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Elsass erklären.

Néanmoins, divers éléments nous permettent d'affirmer que les différences enregistrées, si elles peuvent tout au plus être surestimées, sont bien réelles.

Einige Ergebnisse ermöglichen jedoch zu zeigen, dass die festgestellten Unterschiede tatsächlich vorhanden sind und allerhöchstens überschätzt sein können.

D'une part, la "surmortalité" alsacienne par "Symptômes, signes et états morbides mal définis" ne peut expliquer la sous-mortalité par maladies de l'appareil circulatoire[b].

Einerseits kann die „Über"-Sterblichkeit an „Symptomen und nicht näher bezeichneten Affektion" im Elsass nicht erklärt werden durch eine niedrigere Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems[b].

D'autre part, les travaux précédemment cités concluent que les données de mortalité par affections cardio-vasculaires sont globalement de qualité acceptable à travers les pays de l'Union Européenne. Ainsi, lorsque les sous-catégories de maladies cardio-vasculaires sont suffisamment groupées, ce qui est le cas dans notre travail, les données de mortalité publiées peuvent être considérées comme adaptées pour des études épidémiologiques. Certains experts avancent par ailleurs que les biais de déclaration pourraient atteindre 15 %, chiffre bien inférieur aux écarts observés dans la Vallée du Rhin Supérieur. Enfin, il semblerait que l'éventuelle surestimation de mortalité par affections cardio-vasculaires concerne avant tout les décès de personnes âgées, alors que nous observons des écarts entre Alsace et Baden-Wurtemberg pour toutes les classes d'âge.

Andererseits kommt die oben genannte Untersuchung zu dem Schluß, dass die Daten zur Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den Staaten der europäischen Union im allgemeinen von annehmbarer Qualität sind. Wenn die Untergruppen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausreichend zusammengefasst sind, was für diese Arbeit zutrifft, können die veröffentlichten Sterblichkeitsdaten als für epidemiologische Studien geeignet betrachtet werden. Einige Experten bringen vor, dass die Verzerrungen bei der Bescheinigung der Todesursache bis zu 15 % betragen könnten, ein Wert, der deutlich unterhalb der im Oberrheintal beobachteten Abweichungen liegt. Ferner scheint die eventuelle Überschätzung der Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems hauptsächlich ältere Personen zu betreffen, während eine der Abweichungen zwischen dem Elsass und Baden-Württemberg in allen Altersgruppen festzustellen war.

Les conclusions restent plus difficiles

Bei den Krebserkrankungen sind die

[b] Taux comparatif de 372,7 décès pour 100 000 hommes en Alsace contre 461,2 dans le Bade-Wurtemberg. Taux comparatif de 230,8 décès pour 100 000 femmes en Alsace contre 301,3 dans le Bade-Wurtemberg.

Die altersstandardisierte Sterberate beträgt im Elsass 372,7 Todesfälle je 100.000 Männer gegenüber 461,2 in Baden-Württemberg. Bei den Frauen liegt die Sterberate im Elsass bei 230,8 Fällen je 100.000 Frauen, in Baden-Württemberg bei 301,3.

à établir pour les cancers. L'étude européenne n'analyse pas la comparabilité de tous les types de cancers mais uniquement des cancers du sein et du poumon. Pour le cancer du sein, toutes les études concluent que les statistiques officielles sous-estiment les décès. Cependant, cette sous estimation est assez faible (2% en Angleterre à 3% en Suède). En général les statistiques de décès par cancer du sein sont très bonnes. Pour les cancers du larynx et du poumon, les experts considèrent qu'il existe peut-être une sous-estimation, sans qu'une conclusion sur leur comparabilité ne puisse être avancée.

Schlußfolgerungen schwieriger zu ziehen. Die europäische Studie untersucht nicht für alle Krebserkrankungen die Vergleichbarkeit der Daten, sondern ausschließlich für den Lungen- und den Brustkrebs. Beim Brustkrebs gehen alle Untersuchungen von einer Unterschätzung der Sterblichkeit aus. Jedoch ist diese Unterschätzung relativ gering (zwischen 2 % in England und 3 % in Schweden). In der Regel sind die Statistiken über die Sterbefälle an Brustkrebs sehr gut. Bei den bösartigen Neubildungen des Kehlkopfs und der Lunge gehen die Experten von einer möglichen Unterschätzung aus, eine Schlußfolgerung über die Vergleichbarkeit der Daten kann daraus nicht abgeleitet werden.

Néanmoins, les écarts observés dans la vallée du Rhin Supérieur en matière de mortalité par affection cardio-vasculaires sont si importants qu'ils ne peuvent probablement pas être exclusivement attribuables à des biais de déclaration.

Die im Oberrheintal beobachteten Unterschiede im Bereich der Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems sind jedoch so ausgeprägt, dass sie wahrscheinlich nicht ausschließlich auf Verzerrungen bei der Todesbescheinigung zurückgeführt werden können.

Pour compléter ce paragraphe, il convient de préciser que l'étude européenne aborde deux autres causes de décès, les suicides qui, s'ils sont sous-estimés présentent une fiabilité suffisante pour étudier le classement des pays, et les pneumonies et maladies respiratoires chroniques qui sont en revanche difficiles à comparer.

Aus Gründen der Vollständigkeit sollte angeführt werden, dass die europäische Untersuchung zwei weitere Todesursachen aufgreift: die Selbstmorde, die – sollten sie untererfaßt sein – eine ausreichende Zuverlässigkeit für eine Untersuchung über die Rangfolge in den Staaten haben sowie die Lungenentzündungen und chronischen Atemwegserkrankungen, die dagegen schwierig zu vergleichen sind.

[1] *Comparability and improvement european causes of death statistics*, E. JOUGLA et al, INSERM - European Commission, 2001

Annexe 3

Statistiques de mortalité en Allemagne

Anhang 3

Todesursachenstatistik in Deutschland

Statistiques de mortalité en Allemagne

Todesursachenstatistik in Deutschland

Recueil des causes de mortalité

En Allemagne, les statistiques de mortalité officielles sont ventilées par âge, sexe, région, date du décès, ainsi que par type de cause de mortalité. La base légale de ces statistiques est la loi fédérale du 14 mars 1980 sur les statistiques démographiques. Des lois régionales spécifiques encadrent la documentation des décès et la visite médicale post-mortem.

La statistique repose sur les données des médecins qui indiquent la cause du décès sur la partie confidentielle du certificat de décès. Ce certificat est transmis au Gesundheitsamt (bureau de la santé) correspondant au lieu de domicile de la personne décédée, qui le transmet lui même, après validation, au « statistiches Landesamt » (office des statistiques du Land) pour exploitation statistique. Les deux parties du certificat de décès y sont réunies (la partie confidentielle comportant la cause du décès et la partie publique permettant le comptage des décès). Les causes de décès documentées par les médecins sont codées selon la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé, par les employés de l'office des statistiques du Land. Une fois les résultats du Land traités, l'office statistique transmet les données à l'office fédéral des statistiques (statistiches Bundesamt) qui réunit ainsi

Erfassung der Todesursachen

In der amtlichen Todesursachenstatistik der Bundesrepublik Deutschland werden die Sterbefälle nach Alter, Geschlecht, Region und Zeitpunkt des Todes sowie nach der Art der Todesursache nachgewiesen. Rechtsgrundlage dieser Statistik ist das Bundesgesetz über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes vom 14. März 1980. Die Leichenschau und die Dokumentation der Todesfälle werden durch länderspezifische Bestattungsgesetze geregelt.

Die Statistik beruht auf Angaben von Ärzten, die die Todesursachen im vertraulichen Teil des Leichenschauscheines (Todesbescheinigung) dokumentieren. Diese Bescheinigung wird dem für den Wohnort des (der) Verstorbenen zuständigen Gesundheitsamt zugeleitet, das sie nach Prüfung dem jeweiligen statistischen Landesamt zur statistischen Auswertung zur Verfügung stellt. Dort werden die Leichenschauscheine mit den zugehörigen Sterbefallzählkarten zusammen geführt. Die Angaben der Ärzte über die Todesursachen auf den Leichenschauscheinen sind in den statistischen Landesämtern nach den Positionen der internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) der Weltgesundheitsorganisation zu verschlüsseln. Nach Aufbereitung des Landesergebnisses liefern die statistischen Landesämter ihre Daten an das statistische Bundesamt, wo sie

l'ensemble des données de la République Fédérale. Au niveau fédéral, les statistiques officielles sur les causes de décès ne sont traitées que de façon « uni-causale », c'est à dire qu'on associe à chaque décès une seule pathologie qui correspond à la cause principale ayant entraîné la mort. On ne peut donc pas appréhender l'association de plusieurs pathologies lors d'un décès (polypathologie), phénomène fréquent chez les personnes âgées.

für das Bundesgebiet zusammen gestellt werden. Die amtliche Todesursachenstatistik der Bundesrepublik Deutschland wird unikausal aufbereitet, das heißt, für jeden Sterbefall geht grundsätzlich nur eine einzige Krankheit, und zwar das zum Tode führende Grundleiden, in die Statistik ein. Das Zusammentreffen mehrerer krankhafter Zustände beim Eintreten des Todes (Multimorbidität), wie es häufig bei älteren Menschen der Fall ist, wird indessen nicht berücksichtigt.

Précision des causes de mortalité

Etant donné le grand nombre de causes de mortalité codifiées (5000 entrées dans la CIM 9), le remplissage soigneux des certificats de décès par les médecins est un problème central de cette statistique. C'est pourquoi il faut apporter une attention particulière à l'établissement d'instructions de remplissage claires, ainsi qu'à la validation des données, par des médecins des « bureaux de la santé », par exemple. L'implication du corps médical est un préalable indispensable à l'établissement de données fiables. Une autre condition de la qualité des données réside dans le juste choix de la cause principale de décès et de sa codification selon la CIM.

Un grand nombre d'études nationales et internationales établissent que les statistiques de décès posent problème en terme de validité et de fiabilité. On entend par validité, la correspondance entre les informations de bases disponibles au sujet de la cause de décès (connaissances du médecin certificateur à propos des antécédents du patient, des circonstances du décès, etc...) et les données du bulletin de décès. La fiabilité se réfère à la qualité de

Genauigkeit der Todesursachen

Bei der großen Zahl der zu verschlüsselnden Todesursachen (bei der ICD-9 rund 5000 Positionen) ist das sorgfältige Ausfüllen der Todesbescheinigung durch die Ärzte ein zentrales Problem dieser Statistik. Besonderer Wert ist daher auf eindeutige Angaben zur Todesursache sowie deren Überprüfung, z. B. durch Amtsärzte in den Gesundheitsämtern, zu legen. Zur Erstellung einer zuverlässigen Statistik ist die engagierte Mitarbeit der Ärzteschaft unerlässliche Voraussetzung. Eine weitere Vorbedingung für die Aussagefähigkeit der Statistik ist, dass die Auswahl des Grundleidens und seine Verschlüsselung nach den Klassifikationsregeln der ICD erfolgen.

Zahlreiche nationale und internationale Publikationen belegen, dass die Todesursachenstatistik Probleme mit der Validität und Realibilität hat: Unter Validität wird die Übereinstimmung zwischen prinzipiell verfügbaren Informationen (Informationsstand des leichenschauenden Arztes über Vorerkrankungen, Kenntnisse des Patienten, Begleitumstände des Todesfalles und anderes mehr) zur Todesursache und den Angaben auf der Todesbescheinigung verstanden.

l'intervention des différents offices statistiques (variabilité entre deux codeurs, variabilité de codage pour un même codeur, lisibilité des certificats de décès).

Die Realibilität bezieht sich auf die Verlässlichkeit der Signierung in den verschiedenen statistischen Ämtern (Intra- und Intervariabilität zwischen den Codierern, Lesbarkeit der Todesbescheinigung).

Les causes de décès renseignées sur les bulletins ainsi que les statistiques qui s'y réfèrent sont relativement différentes des résultats des rapports médicaux réalisés ultérieurement. La discussion de cette question se base sur les travaux de Müller et Bocter (1990). Ils montrent en particulier que la validité des causes de décès dépend largement de l'état des connaissances médicales, de l'exhaustivité des données disponibles au moment du décès ainsi que de la façon dont le certificat de décès a été rempli.

Die auf den Todesbescheinigungen vermerkten Todesursachen und die hierauf beruhende amtliche Todesursachenstatistik weichen mehr oder minder von nachträglich eingeholten ärztlichen Berichten (z. B. pathologisch-anatomischen Befunden) ab. Die grundsätzlichen Diskussion über diese Problematik ist der Arbeit von Müller und Bocter (1990) zu entnehmen. Sie weisen insbesondere darauf hin, dass die Validität der Todesursachen ganz entscheidend abhängt vom Stand des medizinischen Wissens, der Vollständigkeit der Informationen, die zum Todeszeitpunkt verfügbar sind, sowie Art und Weise, wie der Leichenschauschein ausgefüllt ist.

Giersiepen et Greiser (1989) comparent les résultats du codage réalisé par différents offices statistiques de République Fédérale Allemande, dans le cadre d'une étude de la fiabilité de 1 136 bulletins de décès. Le mesure de la « concordance interne » de codage a été réalisée auprès d'un codeur : elle s'élevait à 92 %. La concordance des données entre codeurs, basée sur la comparaison des résultats de 6 personnes différentes, s'élève à 62 % pour la codification à 4 chiffres, à 68 % pour la codification à 3 chiffres, et à 87 % quand on se réfère aux 17 groupes principaux de causes de décès. Les auteurs montrent ainsi que la formation des personnes responsables du codage peut être un des facteurs induisant des artefacts de mesures significatifs.

Giersiepen und Greiser (1989) verglichen die Ergebnisse von Signierern verschiedener statistischer Ämter in der Bundesrepublik Deutschland, wobei insgesamt 1.136 Todesbescheinigungen hinsichtlich der Realibilität der Todesursachensignierung untersucht wurden. Die Intra-Variabilität wurde bei einem Signierer durchgeführt; sie lag bei 92 %. Die Inter-Observerabweichung, in die die Codierungen von 6 Signierern einbezogen wurden, lag bei vierstelligen ICD-Codes bei 62 %, bei den dreistelligen Codes bei 68 % und auf der Ebene der 17 Hauptgruppen bei 87 %. Die Autoren weisen darauf hin, dass Ausbildung, individuelle Handhabungen der Signierer und andere Faktoren zu bedeutsamen Artefakten führen können.

Ces deux études concernant la

Die vorliegenden Studien zur

fiabilité des données, montrent l'importance de la formation continue des codificateurs. Il est également recommandé d'utiliser des appareils de codification automatique, disponibles depuis 1968 aux Etats-Unis (ACME : automated coding of medical entries).

En conclusion, s'il a été établi que les statistiques de décès présentent toute une série de défauts, il s'agit néanmoins d'une source d'informations riche, permettant de donner une image de la situation sanitaire de la population. C'est pourquoi il est nécessaire de limiter au maximum les défauts repérés. Les médecins qui remplissent les certificats de décès doivent être amenés à effectuer leurs déclarations avec le plus grand soin. Les personnes responsables du codage ont, quant à elles, besoin d'une formation continue. A moyen terme des techniques de codage automatique devraient être introduites en Allemagne.

Realibilität belegen die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Schulung der Signierer. Empfohlen wird auch der Einsatz automatischer Codier-verfahren; zur Verfügung steht das seit 1968 in den USA eingesetzte ACME-Verfahren (automated coding of medical entries).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Todesursachen-statistik zwar eine Reihe von Mängeln aufweist; nach wie vor ist sie aber eine aufschlussreiche Informationsquelle zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung. Deshalb ist es erforderlich, die aufgezeigten Mängel einzudämmen. Drei Maß-nahmen sind dabei vordringlich: Die leichenschauenden Ärzte müssen über-zeugt werden, sorgfältige Eintragungen vorzunehmen, die Signierer sind fortlaufend zu schulen und auf mittlere Sicht sollte auch in Deutschland ein automatisches Codierverfahren ein-geführt werden.

Müller W., Bocter N. (1990): *Beitrag zur Abschätzung der Aussagekraft der amtlichen Todesursachenstatistik. Eine empirische Untersuchung zur Verbesserung der Validität*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Band 253, Stuttgart.)

Giersiepen Kl., Greiser E. (1989): *Verschlüsselung von Todesursachen für Mortalitätsstatistiken - Vergleich von Signierergebnissen in verschiedenen statistischen Ämtern der Bundesrepublik* Deutschland und Westberlin -. Das öffentliche Gesundheitswesen 51 (1), Seiten 40 - 47).

Annexe 4

Mortalité dans la Vallée du Rhin Supérieur

Anhang 4

Sterblichkeit im Oberrheintal

◀ *Les maladies cardio-vasculaires* *223*
◀ *Les cardiopathies ischémiques* *229*
◀ *Les maladies vasculaires cérébrales* *235*
◀ *Les cancers* *241*
◀ *Le cancer du poumon* *247*
◀ *Le cancer du sein* *253*
◀ *Le cancer du côlon-rectum* *257*
◀ *Les cancers de l'utérus* *261*
◀ *Les maladies respiratoires* *265*
◀ *Les accidents et suicides* *271*
◀ *Les suicides* *277*

▶ *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* *223*
▶ *Herzgefäßerkrankungen* *229*
▶ *Hirngefäßerkrankungen* *235*
▶ *Krebserkrankungen* *241*
▶ *Lungenkrebs* *247*
▶ *Brustkrebs* *253*
▶ *Krebserkrankungen des Dick- und Mastdarms* *257*
▶ *Krebserkrankungen der Gebärmutter* *261*
▶ *Krankheiten der Atmungsorgane* *265*
▶ *Unfälle und Selbsttötungen* *271*
▶ *Selbsttötungen* *277*

Définitions	Definitionen
* **Le taux comparatif de mortalité** ou taux standardisé direct est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de référence européenne de l'OMS deux sexes confondus de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions.	*** Die direkt altersstandardisierte Sterberate** ist definiert als die Sterberate, die man beobachten könnte, wenn die Altersstruktur der betrachteten Bevölkerung gleich wäre zu einer Referenz- oder Standardbevölkerung (hier: die Standardbevölkerung für Europa der WHO von 1990 für beide Geschlechter). Direkt altersstandardisierte Sterberaten kontrollieren mathematisch die Auswirkungen unterschiedlicher Altersstrukturen und ermöglichen damit Vergleiche über die Zeit, zwischen den Geschlechten und zwischen verschiedenen Regionen.
** **L'indice comparatif de mortalité** (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux de l'ensemble de la Vallée du Rhin Supérieur (ICM Vallée du Rhin Supérieur = 100). Un test du chi² au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence entre le nombre de décès attendus et le nombre de décès observés est significative.	****Die indirekt standardisierte Sterblichkeitsrate** (SMR, standardized mortality ratio) ist der Quotient zur Basis 100 aus der Anzahl der beobachteten Todesfälle in einer Region zur Anzahl der erwarteten Todesfälle, unter der Annahme, dass die altersspezifische Sterberate einer Bevölkerungsgruppe gleich hoch ist wie die für die gesamte Bevölkerung (SMR für das Oberrheintal = 100). Ein Chi²-Test mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % wird berechnet, um festzustellen, ob Abweichungen zwischen der Anzahl der beobachteten und der Anzahl der erwarteten Fälle statistisch signifikant (überzufällig) sind.

Les maladies cardio-vasculaires — *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*

FAITS MARQUANTS

- Les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de décès. Un décès sur dix survient avant 65 ans.
- En 1995-97, l'Alsace présente une nette sous-mortalité cardio-vasculaire par rapport à la zone d'étude du Bade-Wurtemberg et au Palatinat du Sud.
- Entre 1988-90 et 1995-97, la mortalité cardio-vasculaire dans la Vallée du Rhin Supérieur est en nette diminution.
- La baisse est plus importante dans le sud du Palatinat que dans les deux autres régions de la zone d'étude.

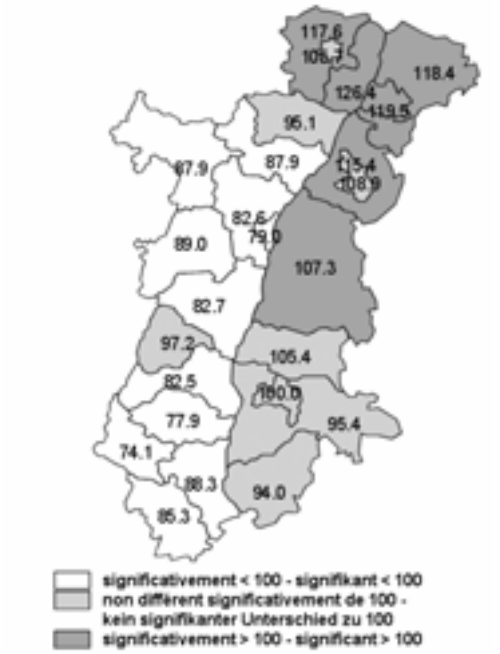
KERNAUSSAGEN

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste aller Todesursachen. Jeder zehnte Sterbefall erfolgte im Alter unter 65 Jahren.
- Im Zeitraum von 1995-97 war im Elsass die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich niedriger im Vergleich zur badischen Berichtsregion und zur Südpfalz.
- Zwischen 1988-90 und 1995-97 ist die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Oberrheintal deutlich zurückgegangen.
- Dieser Rückgang ist deutlicher in der Südpfalz als in den beiden anderen Berichtsregionen.

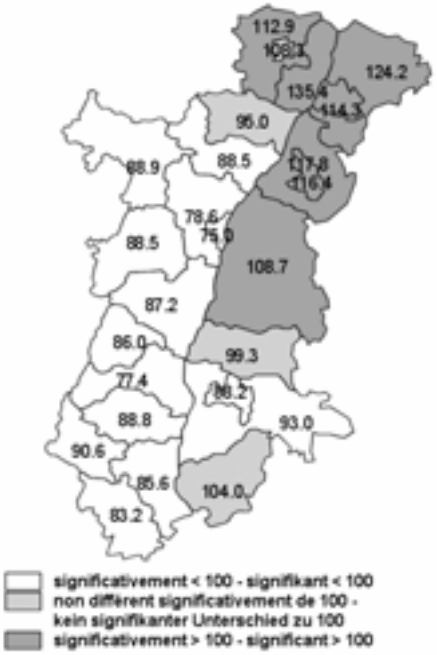
Indices comparatifs de mortalité par maladies cardio-vasculaires dans la Vallée du Rhin Supérieur en 1995-97**
(ICM Zone d'étude = 100)

Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems im Oberrheintal 1995-1997**
(SMR, gesamte Berichtsregion = 100)

Hommes / Männer



Femmes / Frauen



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

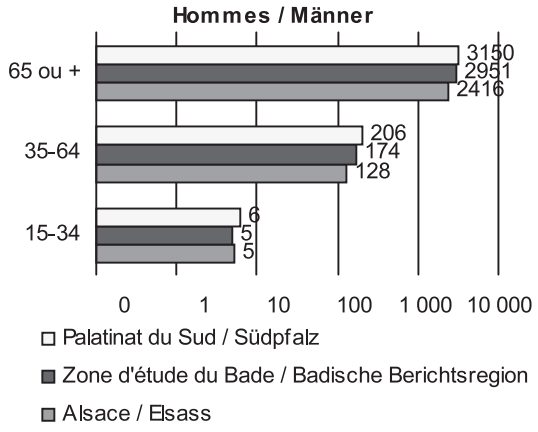
Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Sous-mortalité alsacienne par maladies cardio-vasculaires

Entre 1995 et 1997, on recense en moyenne chaque année 15 675 décès par maladies cardiovasculaires dans la Vallée du Rhin Supérieur soit 6 594 hommes et 9 081 femmes. En tenant compte de la structure d'âge de la population, les taux comparatifs de mortalité montrent une nette sous-mortalité alsacienne aussi bien pour les hommes que pour les femmes par rapport aux deux territoires allemands (cf. graphique suivant).

Pour les hommes comme pour les femmes : l'analyse géographique met en évidence une zone de sous-mortalité (par rapport à la moyenne régionale) couvrant la quasi-totalité des arrondissements alsaciens. Les zones de surmortalité sont localisées dans la partie nord de la zone d'étude du Bade ainsi que dans le Palatinat.

Taux comparatifs de mortalité* par maladies cardio-vasculaires selon le sexe et l'âge en 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)

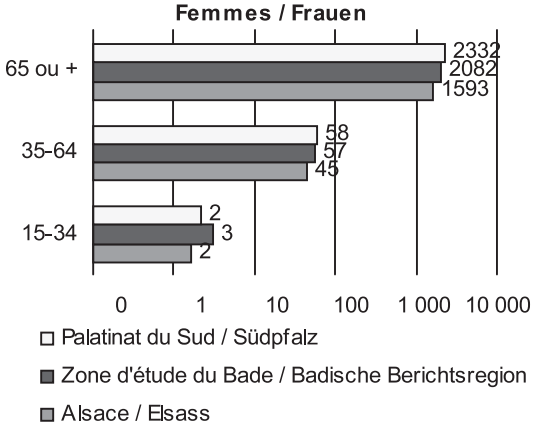


Geringere Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Elsass

Zwischen 1995 und 1997 wurden im Oberrheintal im Mittel jährlich 15.675 Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems gezählt, 6.594 Männer und 9.081 Frauen. Unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Bevölkerung zeigen die standardisierten Sterberaten (s. folgende Grafik) eine geringere Sterblichkeit im Elsass sowohl bei Männern wie auch bei Frauen im Vergleich zu den beiden deutschen Berichtsregionen.

Für die Männer wie für die Frauen zeigt die kartografische Darstellung (im Vergleich zum Durchschnitt für die gesamte Berichtsregion) für praktisch alle elsässischen „arrondissements" eine geringere Sterblichkeit. Bereiche mit höherer Sterblichkeit befinden sich im Norden der badischen Berichtsregion und in der Südpfalz.

Sterblichkeit* aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht und Alter 1995-97 im Elsass, dem badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter
Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

10 % des décès par maladies cardio-vasculaires sont des décès prématurés

En 1995-97, 4 942 décès ont été enregistrés chaque année en Alsace, 9 537 dans la zone d'étude du Bade et 1 196 dans le sud du Palatinat.

Si la sous-mortalité alsacienne est mesurable pour les personnes ayant entre 35 et 64 ans, elle est maximale au-delà de 65 ans.

Pour les hommes, moins d'un décès par maladie cardio-vasculaire sur 5 est prématuré. En ce qui concerne les femmes, la proportion est encore plus faible puisque moins de 5 % des décès surviennent avant 65 ans.

10 % der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind vorzeitige Sterbefälle

Im Zeitraum zwischen 1995-97 wurden im Elsass jährlich 4.942, in der badischen Berichtsregion 9.537 und in der Südpfalz 1.196 Todesfälle registriert.

Die geringere Sterblichkeit im Elsass ist bereits für die Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen erkennbar, sie ist nach Vollendung des 65. Lebensjahres am stärksten ausgeprägt.

Unter den Männern ereignet sich weniger als einer von fünf Todesfällen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor Vollendung des 65. Lebensjahres. Bei den Frauen ist dieser Anteil mit weniger als 5 % noch geringer.

Nombre de décès par maladies cardio-vasculaires dans la Vallée du Rhin Supérieur par sexe et par âge
Moyennes annuelles 1995-97

Todesfälle im Oberrheintal aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht und Alter
Jahresmittelwerte 1995-97

Hommes / Männer

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud / Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	2	0,1%	2	0,0%	0	0,0%	4	0,1%
15-34 ans	14	0,6%	17	0,4%	3	0,6%	34	0,5%
35-64 ans	374	17,5%	723	18,4%	110	21,4%	1 207	18,3%
65 ans ou +	1 749	81,8%	3 199	81,2%	402	78,0%	5 349	81,1%
Total	**2 138**	**100,0%**	**3 941**	**100,0%**	**515**	**100,0%**	**6 594**	**100,0%**

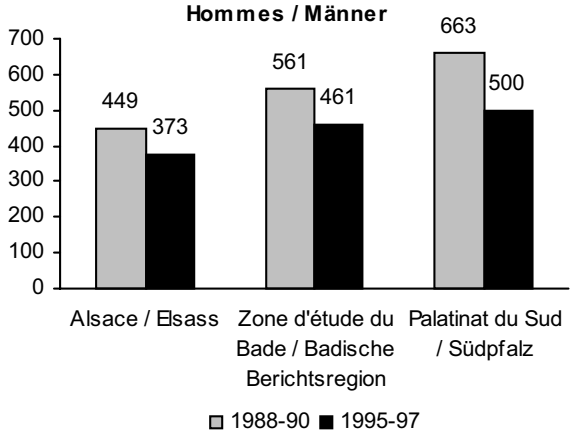
Femmes / Frauen

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud / Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	3	0,0%
15-34 ans	4	0,2%	10	0,2%	1	0,1%	15	0,2%
35-64 ans	133	4,7%	244	4,4%	31	4,5%	408	4,5%
65 ans ou +	2 665	95,1%	5 341	95,4%	649	95,3%	8 655	95,3%
Total	**2 804**	**100,0%**	**5 596**	**100,0%**	**681**	**100,0%**	**9 081**	**100,0%**

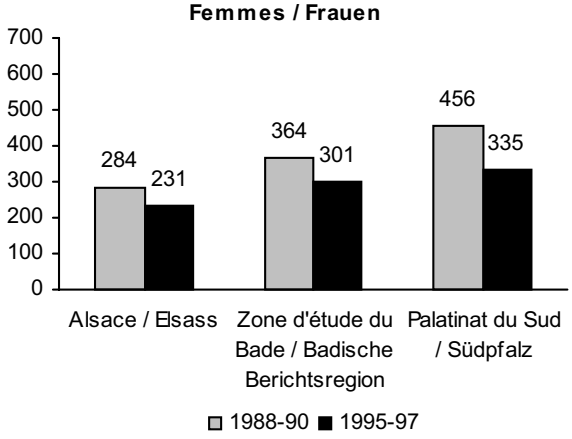
Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter
MASFG

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA –

Evolution des taux comparatifs de mortalité* par affections cardio-vasculaires selon le sexe entre 1988-90 et 1995-97
(Taux pour 100 000 habitants)



Sterblichkeit* aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht im Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter MASFG

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA –

Forte diminution de la mortalité cardio-vasculaire

En 1995-97, à structure par âge égale, la mortalité masculine alsacienne est inférieure de 19 % à celle mesurée dans le Bade. C'est dans le sud du Palatinat qu'on enregistre les taux les plus élevés. En ce qui concerne la mortalité féminine, le taux alsacien est inférieur de 23 % à la valeur mesurée dans la zone d'étude du Bade, c'est à nouveau le sud du Palatinat qui détient le record de mortalité.

Dans les trois régions, les taux comparatifs de mortalité ont diminué significativement entre 1988-1990 et 1995-1997, et cela pour les hommes comme pour les femmes. La baisse a été particulièrement importante dans le Palatinat (-25 % pour les hommes et –27 % pour les femmes), ce qui a permis de réduire l'écart avec les deux autres territoires.

Globalement sur l'ensemble de la

Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen stark zurückgegangen

Im Zeitraum von 1995-97 ist - unter Annahme gleicher Altersstrukturen - die Sterblichkeit unter Männern im Elsass um 19 % geringer im Vergleich zum badischen Berichtsgebiet. In der Südpfalz wird die höchste Sterberate beobachtet. Für die Frauen liegt die Sterberate im Elsass um 23 % niedriger als im badischen Berichtsgebiet, für die Südpfalz wurden wiederum die höchsten Werte ermittelt.

In allen drei Berichtsgebieten sind zwischen 1988-1990 und 1995-1997 die altersstandardisierten Sterberaten sowohl bei Männern wie bei Frauen signifikant zurückgegangen. Dieser Rückgang ist besonders deutlich für die Pfalz ausgefallen (-25 % für die Männer und -27 % für die Frauen). Dadurch verringerte sich der Abstand zu den beiden anderen Berichtsgebieten.

Insgesamt ist im gesamten Berichts-

zone d'étude, le nombre de décès par maladies cardio-vasculaires a fortement diminué en 7 ans, malgré le phénomène de vieillissement de la population. En Alsace, il est passé de 5 260 décès annuels en 1988-90 à 4 942 décès en 1995-97. Dans l'ouest du Bade-Wurtemberg on recense 9 792 décès annuels en 1988-90 contre 9 537 en 1995-97. Dans le sud du Palatinat on dénombre 1 364 décès chaque année pour la première période contre 1 196 en 1995-97.

gebiet innerhalb von 7 Jahren die Zahl der Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen stark zurückgegangen, obwohl die Bevölkerung weiter gealtert ist. Im Elsass sank die jährliche Zahl der Sterbefälle von 5.260 im Zeitraum 1988-90 auf 4.942 im Zeitraum 1995-97. Im badischen Berichtsgebiet wurden 1988-90 im Jahresmittel 9.792 Sterbefälle gegenüber 9.537 Todesfällen für die Jahre 1995-97 registriert. In der Südpfalz zählte man Ende der 80er Jahre noch 1.364 Todesfälle gegenüber 1.196 von 1995-97.

Les cardiopathies ischémiques

Herzgefäßerkrankungen

FAITS MARQUANTS

- Les cardiopathies ischémiques constituent la première composante cardio-vasculaire chez l'homme, la seconde chez la femme derrière les maladies vasculaires cérébrales. 14 % des décès surviennent avant 65 ans.
- En 1995-97, l'Alsace présente une importante sous-mortalité par cardiopathies ischémiques en comparaison de celle de la zone d'étude du Bade et au Palatinat du Sud.
- Entre 1988-90 et 1995-97, la mortalité par cardiopathies ischémiques est en forte baisse, surtout celle concernant les femmes du sud du Palatinat.

KERNAUSSAGEN

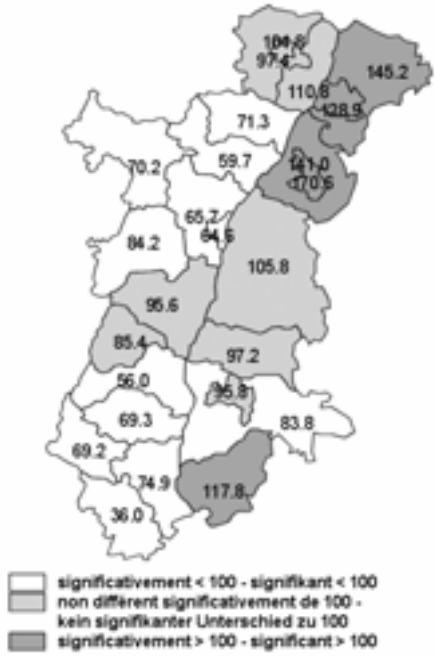
- Die Herzgefäßerkrankungen stellen bei Männern die häufigste Todesursache unter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar, bei Frauen nehmen sie nach den Hirngefäßerkrankungen den 2. Platz ein. 14 % der Todesfälle treten vor Vollendung des 65. Lebensjahres auf.
- Im Zeitraum von 1995-97 ist im Elsass die Sterblichkeit an Herzgefäßerkrankungen deutlich niedriger verglichen mit der badischen Berichtsregion und der Südpfalz.
- Zwischen 1988-90 und 1995-97 ist die Sterblichkeit an Herzgefäßerkrankungen stark zurückgegangen, dies trifft insbesondere für die Frauen in der Südpfalz zu.

Indices comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques dans la Vallée du Rhin Supérieur en 1995-97**
(ICM Zone d'étude = 100)

Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Herzgefäße im Oberrheintal 1995-1997**
(SMR, gesamte Berichtsregion = 100)

Hommes / Männer

Femmes / Frauen



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Sous-mortalité alsacienne par cardiopathies ischémiques

Entre 1995 et 1997, on recense en moyenne chaque année 5 583 décès par cardiopathies ischémiques dans la Vallée du Rhin Supérieur : 2 821 hommes et 2 762 femmes. En tenant compte de la structure d'âge de la population, les taux comparatifs de mortalité montrent une sous-mortalité alsacienne aussi bien pour les hommes que pour les femmes par rapport aux deux territoires allemands (cf. graphique suivant).

Pour les hommes : la quasi-totalité des arrondissements alsaciens présentent une sous-mortalité significative par rapport à la moyenne de la Vallée du Rhin Supérieur. Une zone de surmortalité s'étend dans le Bade du Landkreis de Karlsruhe au Kreis de Emmendingen.

Pour les femmes : en dehors de deux arrondissements centraux, on retrouve une sous-mortalité significative sur tout le territoire régional. Dans le Bade, on ne mesure une surmortalité significative que dans les quatre Kreise les plus au nord et dans le Kreis de Lörrach.

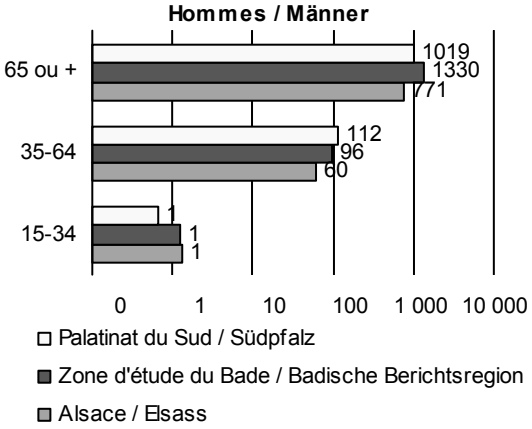
Geringere Sterblichkeit durch Herzgefäßerkrankungen im Elsass

Zwischen 1995 und 1997 wurden im Oberrheintal im Mittel jährlich 5.583 Todesfälle aufgrund von Herzgefäßerkrankungen gezählt, davon 2.821 Männer und 2.762 Frauen. Unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Bevölkerung zeigen die standardisierten Sterberaten (s. folgende Grafik) eine geringere Sterblichkeit im Elsass sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen im Vergleich zu den beiden deutschen Berichtsregionen.

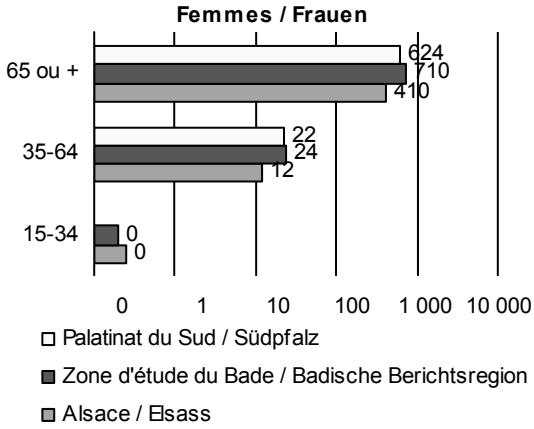
Für die Männer zeichnen sich fast alle Kreise im Elsass durch eine signifikant geringere Sterblichkeit gegenüber dem Durchschnitt im Oberrheintal aus. Ein Gebiet mit höherer Sterblichkeit besteht in Baden vom Landkreis Karlsruhe bis zum Kreis Emmendingen.

Bei den Frauen findet man außer in 2 zentral gelegenen Kreisen überall im Elsass eine signifikant geringere Sterblichkeit. In Baden gibt es eine signifikant höhere Sterblichkeit lediglich in den vier nördlichsten Kreisen und im Kreis Lörrach.

Taux comparatifs de mortalité* par cardiopathies ischémiques selon le sexe et l'âge en 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)



Sterblichkeit* aufgrund von Erkrankungen des Herzgefäße nach Geschlecht und Alter 1995-97 im Elsass, dem badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Sous-mortalité alsacienne à partir de 35 ans

En 1995-97, 1 468 décès ont été enregistrés chaque année en Alsace, 3 739 dans la zone d'étude du Bade et 376 dans le sud du Palatinat.

Pour les 35-64 ans comme pour les personnes de 65 ans ou plus, l'Alsace présente une nette sous-mortalité par rapport au Palatinat du Sud et à la zone d'étude du Bade et ce quel que soit le sexe. Les taux de mortalité augmentent de manière exponentielle avec l'âge. Quelle que soit la région, la surmortalité masculine est présente à tous les âges.

Si 22,8 % des décès masculins surviennent avant 65 ans, la proportion n'est que de 5,4 % pour les femmes.

Im Elsass geringere Sterblichkeit nach Vollendung des 35. Lebensjahres

Im Zeitraum von 1995-97 wurden jährlich 1.468 Todesfälle im Elsass registriert, 3.739 in der badischen Berichtsregion und 376 in der Südpfalz.

Für die Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen und nach Vollendung des 65. Lebensjahres beobachtet man – unabhängig vom Geschlecht - im Elsass eine deutlich geringere Sterblichkeit im Vergleich zur Südpfalz und zum badischen Berichtsgebiet. Die Sterberaten steigen mit dem Alter exponentiell an. In allen Regionen ist die Sterblichkeit der Männer in allen Altersgruppen höher.

Bei den Männern treten 22,8 % der Todesfälle in einem Alter unter 65 Jahren auf, bei den Frauen sind es nur 5,4 %.

Nombre de décès par cardiopathies ischémiques dans la Vallée du Rhin Supérieur par sexe et par âge
Moyennes annuelles 1995-97

Todesfälle im Oberrheintal aufgrund von Herzgefäß-erkankungen nach Geschlecht und Alter
Jahresmittelwerte 1995-97

Hommes / Männer

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15-34 ans	4	0,5%	5	0,2%	0	0,2%	9	0,3%
35-64 ans	177	23,3%	399	21,4%	59	30,4%	635	22,5%
65 ans ou +	578	76,2%	1 463	78,4%	135	69,4%	2 177	77,2%
Total	**759**	**100,0%**	**1 867**	**100,0%**	**195**	**100,0%**	**2 821**	**100,0%**

Femmes / Frauen

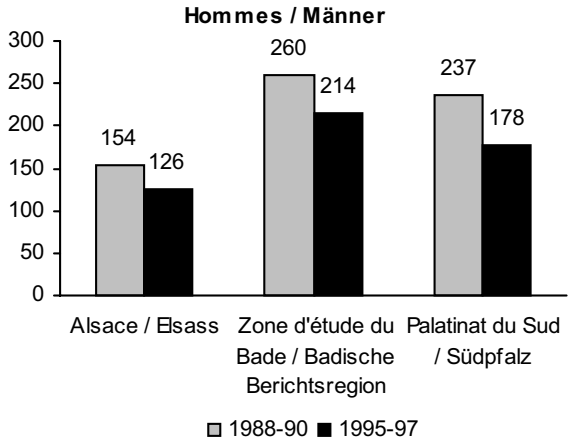
	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15-34 ans	1	0,1%	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
35-64 ans	36	5,0%	103	5,5%	12	6,4%	150	5,4%
65 ans ou +	673	94,8%	1 768	94,5%	169	93,6%	2 610	94,5%
Total	**709**	**100,0%**	**1 872**	**100,0%**	**181**	**100,0%**	**2 762**	**100,0%**

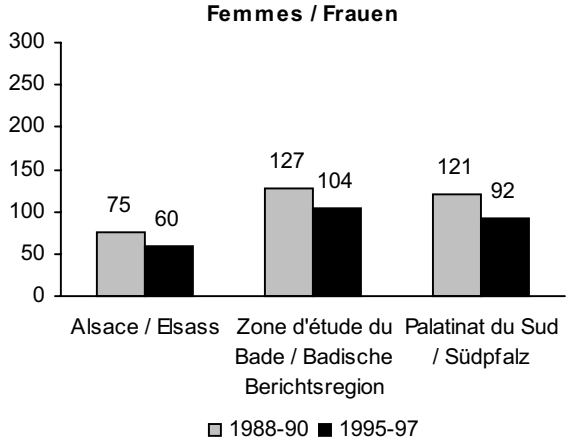
Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

Evolution des taux comparatifs de mortalité* par cardiopathies ischémiques selon le sexe entre 1988-90 et 1995-97
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit* aufgrund von Herzgefäßerkrankungen nach Geschlecht im Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)





Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Forte diminution de la mortalité par cardiopathies ischémiques

En 1995-1997, à structure par âge égale, la mortalité masculine alsacienne est inférieure de 41 % à celle mesurée dans la zone d'étude du Bade et de 29 % à celle du Palatinat du Sud. Chez les femmes, ces différences sont respectivement de 43 % et 35 %.

Dans les trois régions, les taux comparatifs de mortalité ont diminué significativement entre 1988-1990 et 1995-1997, et cela pour les hommes comme pour les femmes. Cette baisse est encore plus marquée dans le sud du Palatinat (-24 % pour les hommes, -25 % pour les femmes) que dans les deux autres régions étudiées (entre 18 % et 20 % pour les hommes comme pour les femmes).

Globalement sur l'ensemble de la zone d'étude, le nombre de décès par cardiopathies ischémiques a fortement diminué en 7 ans, malgré le phénomène de vieillissement de la population. En Alsace, il est passé de 1 593 décès annuels en 1988-90 à 1 468 décès en 1995-97. Dans l'ouest du Bade-Wurtemberg on recense 3 945 décès annuels en 1988-90 contre 3 739 en 1995-97. Dans, le sud du Palatinat on dénombre 426 décès chaque année en 1988-90 et 376 en 1995-97.

Sterblichkeit aufgrund von Herzgefäßerkrankungen stark zurückgegangen

Im Zeitraum von 1995-97 ist - unter Annahme gleicher Altersstrukturen - die Sterblichkeit unter Männern im Elsass um 41 % geringer gegenüber dem badischen Berichtsgebiet und um 29 % gegenüber der Südpfalz. Bei den Frauen betragen die entsprechenden Unterschiede 43 % bzw. 35 %.

In allen drei Berichtsgebieten sind zwischen 1988-1990 und 1995-1997 die altersstandardisierten Sterberaten sowohl bei Männern wie bei Frauen signifikant zurückgegangen. Dieser Rückgang ist in der Südpfalz deutlicher ausgeprägt (-24 % für die Männern und -25 % für die Frauen) als in den beiden anderen Berichtsgebieten (zwischen 18 % und 20 % bei Männern wie bei Frauen).

Insgesamt ist in der gesamten Berichtsregion die Zahl der Todesfälle durch Herzgefäßerkrankungen innerhalb von 7 Jahren stark zurückgegangen, obwohl die Bevölkerung weiter gealtert ist. Im Elsass ging die jährliche Zahl der Sterbefälle von 1.593 im Zeitraum 1988-90 auf 1.468 im Zeitraum 1995-97 zurück. Im badischen Berichtsgebiet wurden zwischen 1988-90 im Mittel jährlich 3.945 Sterbefälle gegenüber 3.739 von 1995-97 registriert. In der Südpfalz gab es 1988-90 jährlich 426 Todesfälle, 1995-97 waren es 376.

Les maladies vasculaires cérébrales

Hirngefäßerkrankungen

FAITS MARQUANTS

- Les maladies vasculaires cérébrales constituent la première composante cardio-vasculaire chez les femmes, la seconde chez les hommes derrière les cardiopathies ischémiques. 7 % des décès surviennent avant 65 ans.
- En 1995-97, l'Alsace présente une nette sous-mortalité par maladies vasculaires cérébrales par rapport à l'ouest du Bade-Wurtemberg et au sud du Palatinat.
- Entre 1988-90 et 1995-97, la mortalité par maladies vasculaires cérébrales accuse une forte baisse.

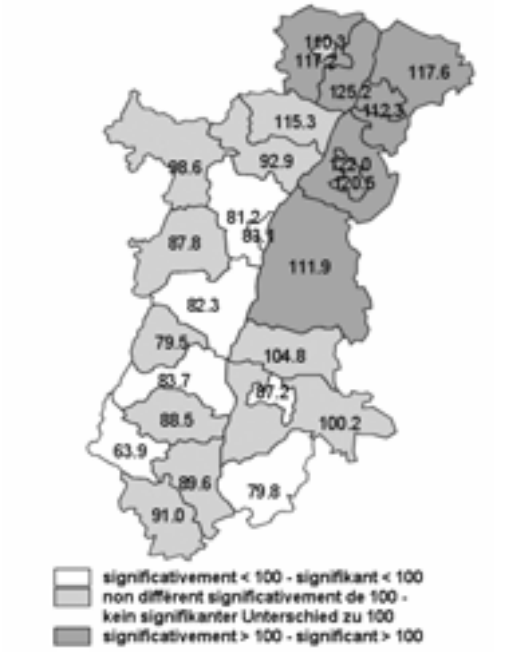
KERNAUSSAGEN

- Die Hirngefäßerkrankungen stellen bei Frauen die häufigste Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems dar, bei den Männern die zweithäufigste nach den Herzgefäßerkrankungen. 7 % der Todesfälle treten im Alter unter 65 Jahren ein.
- Im Zeitraum von 1995-97 besteht im Elsass eine deutlich geringere Sterblichkeit an Hirngefäßerkrankungen im Vergleich zum Westteil Baden-Württembergs und der Südpfalz.
- Zwischen 1988-90 und 1995-97 verzeichnet die Sterblichkeit an Hirngefäßerkrankungen einen starken Rückgang.

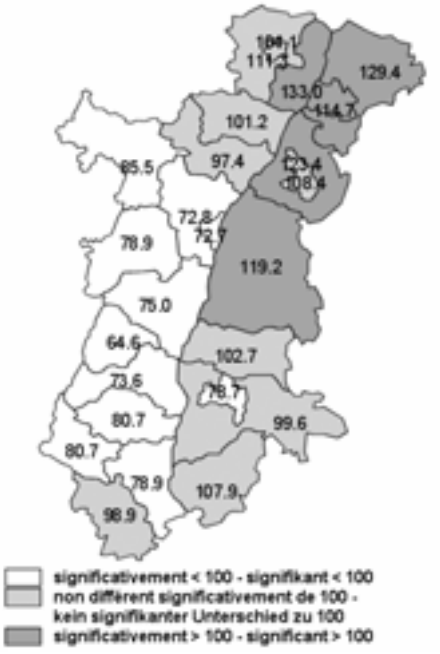
Indices comparatifs de mortalité par maladies vasculaires cérébrales dans la Vallée du Rhin Supérieur en 1995-97**
(ICM Zone d'étude = 100)

Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Hirngefäße im Oberrheintal 1995-1997**
(SMR, gesamte Berichtsregion = 100)

Hommes / Männer



Femmes / Frauen



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Sous-mortalité alsacienne par maladies vasculaires cérébrales

Entre 1995 et 1997, on recense en moyenne chaque année 4 372 décès par maladies vasculaires cérébrales dans la Vallée du Rhin Supérieur : 1 590 hommes et 2 782 femmes. En tenant compte de la structure d'âge de la population, les taux comparatifs de mortalité montrent une sous-mortalité alsacienne aussi bien pour les hommes que pour les femmes par rapport aux deux territoires allemands (cf. graphique suivant).

Pour les femmes : on mesure une sous-mortalité significative sur la quasi-totalité du territoire alsacien. Le nord du Bade (à partir du Kreis d'Ortenau) et une partie de la zone d'étude du Palatinat enregistrent une surmortalité par rapport à la moyenne de la Vallée du Rhin Supérieur.

Pour les hommes : les effectifs étant plus faibles, on ne mesure une sous-mortalité significative que dans 5 arrondissements alsaciens. En revanche, on observe toujours une surmortalité significative dans le nord de la zone badoise, et dans la quasi-totalité du territoire du Palatinat.

Geringere Sterblichkeit durch Hirngefäßerkrankungen im Elsass

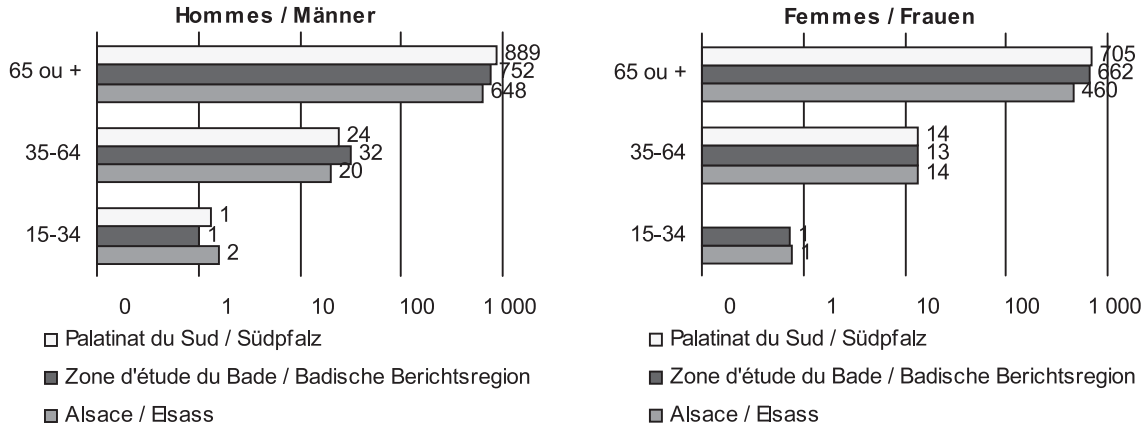
Zwischen 1995 und 1997 wurden im Oberrheintal im Mittel jährlich 4.372 Todesfälle durch Hirngefäßerkrankungen gezählt: 1.590 Männer und 2.782 Frauen. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur der Bevölkerung zeigen die altersstandardisierten Sterberaten (s. folgende Grafik) eine geringere Sterblichkeit im Elsass sowohl bei Männern wie auch bei Frauen im Vergleich zu den beiden deutschen Berichtsregionen.

Bei den Frauen besteht annähernd im gesamten Elsass eine signifikant geringere Sterblichkeit. Das nördliche Baden (ab dem Ortenaukreis) und ein Teil der pfälzischen Berichtsregion haben eine gegenüber dem Mittelwert für das Oberrheintal erhöhte Sterblichkeit.

Bei den Männern ist bei kleineren Fallzahlen eine geringere Sterblichkeit nur in 5 Kreisen des Elsass zu erkennen. Demgegenüber ist weiterhin eine signifikant erhöhte Sterblichkeit im nördlichen Bereich der badischen Berichtsregion und fast in der gesamten Südpfalz zu erkennen.

Taux comparatifs de mortalité par maladies vasculaires cérébrales selon le sexe et l'âge en 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit* aufgrund von Erkrankungen des Hirngefäße nach Geschlecht und Alter 1995-97 im Elsass, dem badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter
MASFG

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA –

7 % des décès par maladies vasculaires cérébrales sont des décès prématurés

Entre 1995-97, 1 332 décès ont été enregistrés chaque année en Alsace, 2 712 dans la zone d'étude du Bade et 328 dans le sud du Palatinat.

Les maladies vasculaires cérébrales n'occasionnent que peu de décès avant 65 ans (13,5 % des décès masculins et 4,0 % des décès féminins sont prématurés). Au delà de cet âge, l'Alsace présente une nette sous-mortalité par rapport au Palatinat et au Bade-Wurtemberg aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

7 % aller Todesfälle durch Hirngefäßerkrankungen betreffen unter 65-Jährige

Zwischen 1995-97 wurden jährlich im Elsass 1.332 Todesfälle gezählt, 2.712 in der badischen Berichtsregion und 328 in der Südpfalz.

Die Hirngefäßerkrankungen machen vor der Vollendung des 65. Lebensjahres nur eine kleine Zahl von Todesfällen aus (bei Männern 13,5 % und 4,0 % bei Frauen). In den höheren Altersgruppen besteht im Elsass eine deutlich geringere Sterblichkeit im Vergleich zur Pfalz und zur badischen Berichtsregion, und zwar sowohl bei den Männern wie bei den Frauen.

Nombre de décès par maladies vasculaires cérébrales dans la Vallée du Rhin Supérieur par sexe et par âge
Moyennes annuelles 1995-97

Todesfälle im Oberrheintal aufgrund von Hirngefäß-erkankungen nach Geschlecht und Alter
Jahresmittelwerte 1995-97

Hommes / Männer

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	1	0,2%	1	0,1%	0	0,0%	2	0,1%
15-34 ans	4	0,8%	3	0,4%	1	0,5%	8	0,5%
35-64 ans	60	11,5%	132	14,0%	13	10,5%	205	12,9%
65 ans ou +	458	87,5%	806	85,5%	110	88,9%	1 375	86,4%
Total	**524**	**100,0%**	**943**	**100,0%**	**124**	**100,0%**	**1 590**	**100,0%**

Femmes / Frauen

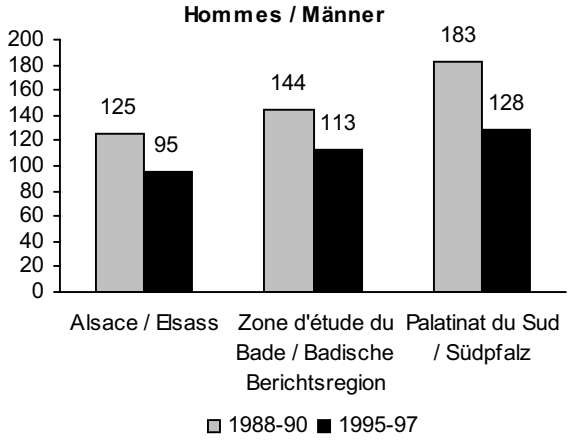
	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15-34 ans	2	0,2%	3	0,2%	0	0,0%	5	0,2%
35-64 ans	41	5,1%	57	3,2%	7	3,6%	105	3,8%
65 ans ou +	766	94,7%	1 709	96,6%	197	96,4%	2 672	96,1%
Total	**809**	**100,0%**	**1 769**	**100,0%**	**204**	**100,0%**	**2 782**	**100,0%**

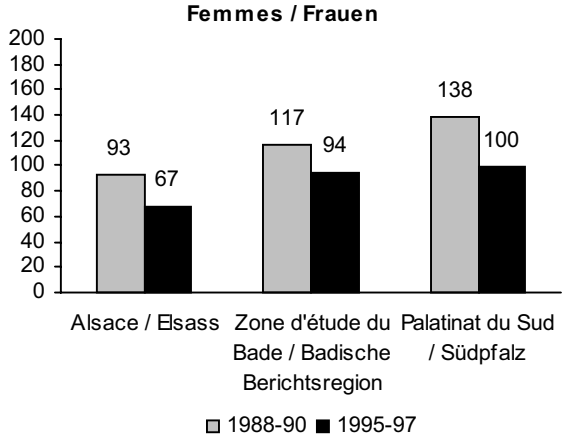
Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Evolution des taux comparatifs de mortalité par maladies vasculaires cérébrales selon le sexe entre 1988-90 et 1995-97
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit aufgrund von Hirngefäßerkrankungen nach Geschlecht im Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)





Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

Forte diminution de la mortalité par maladies vasculaires cérébrales

En 1995-97, à structure par âge égale, la mortalité masculine alsacienne est inférieure de 16 % à celle mesurée dans le Bade et de 26 % à celle du Palatinat. Chez les femmes, ces différences sont respectivement de 29 % et 33 %. Pour les hommes, c'est le Palatinat qui enregistre la mortalité la plus forte. En revanche, pour les femmes, la différence observée entre le Bade et le Palatinat n'est pas statistiquement significative.

Dans les trois régions, les taux comparatifs de mortalité ont diminué significativement entre 1988-90 et 1995-97, et cela pour les hommes comme pour les femmes. La baisse a été particulièrement importante dans le Palatinat (-30 % pour les hommes et -28 % pour les femmes), réduisant ainsi l'écart avec le Bade.

Globalement sur l'ensemble de la zone d'étude, le nombre de décès par maladies vasculaires cérébrales a fortement diminué en 7 ans, malgré le phénomène de vieillissement de la population. En Alsace, il est passé de 1 598 décès annuels en 1988-90 à 1 332 décès en 1995-97. Dans l'ouest du Bade-Wurtemberg on recense 2 859 décès annuels en 1988-90 contre 2 712 en 1995-97. Dans le sud du Palatinat on dénombre en 1988-90 397 décès chaque année en 1989-90 et 328 en 1995-97.

Sterblichkeit aufgrund von Hirngefäßerkrankungen stark zurückgegangen

Unter der Annahme gleicher Altersstrukturen ist im Zeitraum 1995-97 die Sterblichkeit unter Männern im Elsass um 16 % geringer als in Baden und um 26 % als in der Südpfalz. Bei den Frauen betragen die entsprechenden Unterschiede 29 % und 33 %. Unter den Männern hat die Pfalz die höchste Sterblichkeit. Dagegen sind unter den Frauen die zwischen der badischen Berichtsregion und der Südpfalz beobachteten Unterschiede statistisch nicht signifikant.

Zwischen 1988-90 und 1995-97 sind in allen Berichtsregionen die altersstandardisierten Sterberaten sowohl bei Männern wie bei Frauen signifikant zurückgegangen. Dieser Rückgang ist besonders deutlich in der Pfalz ausgeprägt (-30 % unter Männern und -28 % unter Frauen), wodurch sich der Unterschied zu Baden verringerte.

Insgesamt ist im gesamten Berichtsgebiet die Zahl der Todesfälle durch Hirngefäßerkrankungen innerhalb von 7 Jahren stark zurückgegangen, obwohl sich der Alterungsprozeß in der Bevölkerung weiter fortgesetzt hat. Im Elsass ging die jährliche Zahl der Sterbefälle von 1.598 im Zeitraum 1988-90 auf 1.332 im Zeitraum 1995-97 zurück. Im Westen Baden-Württembergs wurden 1988-90 jährlich im Mittel 2.859 Sterbefälle gegenüber 2.712 von 1995-97 registriert. In der Südpfalz gab es 1988-90 jährlich 397 Todesfälle und 328 von 1995-97.

Les cancers

Krebserkrankungen

FAITS MARQUANTS

- Les cancers constituent la seconde cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires : ils représentent 29 % des décès masculins et 22 % des décès féminins sur l'ensemble de notre zone d'étude.
- En 1995-97, les tumeurs malignes représentent la première cause de décès prématurés. 34 % des décès masculins et 25 % des décès féminins surviennent avant l'âge de 65 ans.
- Entre 1988-90 et 1995-97 la mortalité par cancers est en diminution.

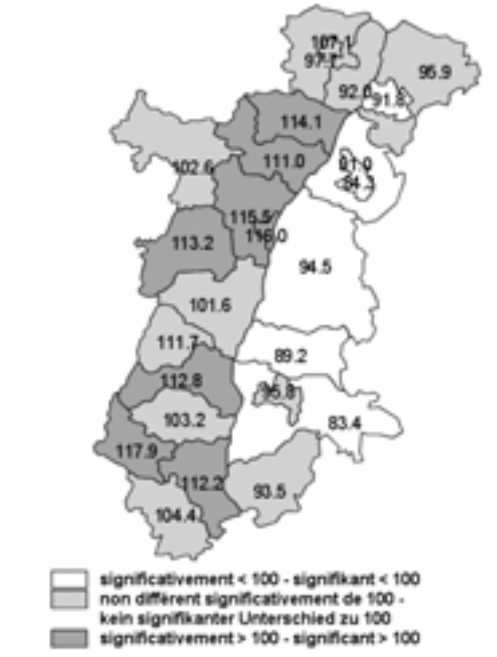
KERNAUSSAGEN

- Krebserkrankungen sind nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache: Sie machen unter den Männern 29 %, unter den Frauen 22 % der Todesfälle in der gesamten Berichtsregion aus.
- Im Zeitraum von 1995-97 sind die bösartigen Tumoren die häufigste Ursache unter den vorzeitigen Todesfällen: 34 % der männlichen Sterbefälle und 25 % der weiblichen Todesfälle betreffen unter 65-Jährige.
- Zwischen 1988-90 und 1995-97 ging die Sterblichkeit aufgrund von Krebserkrankungen zurück.

Indices comparatifs de mortalité par cancers dans la Vallée du Rhin Supérieur en 1995-97**
(ICM Zone d'étude = 100)

Sterblichkeit aufgrund von Krebserkrankungen im Oberrheintal 1995-1997**
(SMR, gesamte Berichtsregion = 100)

Hommes / Männer



Femmes / Frauen

Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Surmortalité alsacienne par cancers

Entre 1995 et 1997, on recense en moyenne chaque année 9 723 décès par tumeurs malignes dans la Vallée du Rhin Supérieur soit 5 329 hommes et 4 394 femmes. En tenant compte de la structure d'âge de la population, le taux comparatif de mortalité par cancers montre une nette surmortalité masculine en Alsace (cf. graphique suivant). La mortalité féminine est en revanche légèrement inférieure à celle mesurée dans les deux régions allemandes.

Pour les hommes : l'analyse géographique met en évidence une zone de sous-mortalité couvrant la majeure partie de la zone badoise. Tous les territoires enregistrant une surmortalité sont situés en Alsace.

Pour les femmes : la mortalité est très homogène sur la région. Seuls 3 arrondissements bas-rhinois sont en sous-mortalité par rapport à la moyenne de la vallée.

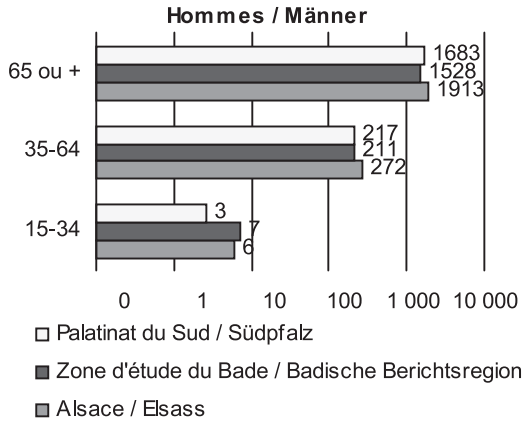
Höhere Sterblichkeit durch Krebserkrankungen im Elsass

Zwischen 1995 und 1997 wurden im Oberrheintal im Mittel jährlich 9.723 Todesfälle durch bösartige Neubildungen gezählt: 5.329 Männer und 4.394 Frauen. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur der Bevölkerung zeigen die altersstandardisierten Sterberaten für die Krebserkrankungen eine deutlich höhere Sterblichkeit der Männer im Elsass (s. folgende Grafik). Die Sterblichkeit der Frauen ist demgegenüber niedriger als in den beiden deutschen Regionen.

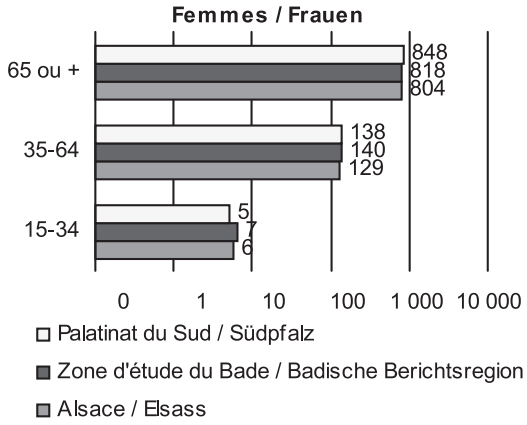
Bei den Männern zeigt die räumliche Analyse für fast alle Teile Badens einen Bereich mit einer geringeren Sterblichkeit. Alle Gebiete mit einer höheren Sterblichkeit befinden sich im Elsass.

Bei den Frauen ist die Sterblichkeit in der gesamten Region weitgehend gleich verteilt. Lediglich in 3 „arrondissements" des Nieder-Elsass liegt die Sterblichkeit unter dem Mittelwert für das Oberrheintal.

Taux comparatifs de mortalité* par cancers selon le sexe et l'âge en 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)



Sterblichkeit* aufgrund von Krebserkrankungen nach Geschlecht und Alter 1995-97 im Elsass, dem badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Un tiers des décès masculins sont prématurés

En 1995-97, 3 914 décès ont été enregistrés chaque année en Alsace, 5 167 dans la zone d'étude du Bade et 642 dans le sud du Palatinat.

A partir de 35 ans, l'Alsace présente une surmortalité masculine par rapport au Palatinat du Sud et à la zone d'étude du Bade.

Les taux de mortalité augmentent de manière exponentielle avec l'âge. Quelle que soit la région, les taux de mortalité sont toujours plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Un peu plus d'un tiers des décès masculins par cancers touchent des personnes de moins de 65 ans. La proportion est de 25 % pour les femmes.

Ein Drittel der verstorbenen Männer sind jünger als 65 Jahre

Zwischen 1995-97 wurden jährlich im Elsass 3.914, in der badischen Berichtsregion 5.167 und in der Südpfalz 642 Todesfälle erfaßt.

Nach Vollendung des 35. Lebensjahres ist die Sterblichkeit im Elsass höher im Vergleich zur Südpfalz und der badischen Berichtsregion.

Mit zunehmendem Alter steigen die Sterblichkeitsraten exponentiell an. In allen Berichtsregionen ist die Sterblichkeit der Männer verglichen mit den Frauen immer höher.

Etwas mehr als ein Drittel der verstorbenen Männer waren jünger als 65 Jahre. Bei den Frauen beträgt dieser Anteil 25 %.

Nombre de décès par cancers dans la Vallée du Rhin Supérieur par sexe et par âge
Moyennes annuelles 1995-97

Todesfälle im Oberrheintal aufgrund von Krebserkankungen nach Geschlecht und Alter
Jahresmittelwerte 1995-97

Hommes / Männer

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud / Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%		
0-14 ans	5	0,2%	7	0,3%	0	0,0%	12	0,2%
15-34 ans	16	0,7%	25	0,9%	1	0,3%	42	0,8%
35-64 ans	792	34,2%	884	33,1%	116	33,7%	1 792	33,6%
65 ans ou +	1 502	64,9%	1 753	65,7%	227	66,1%	3 482	65,4%
Total	**2 316**	**100,0%**	**2 669**	**100,0%**	**344**	**100,0%**	**5 329**	**100,0%**

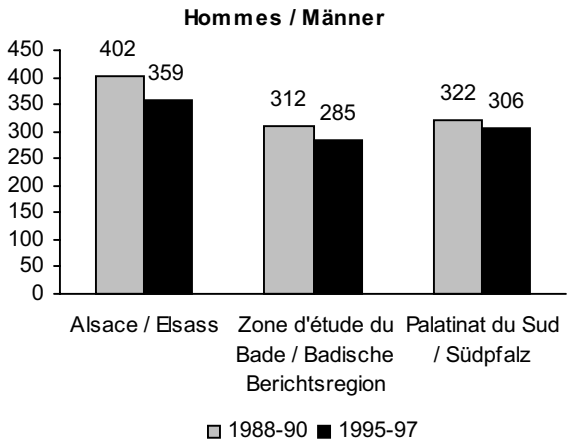
Femmes / Frauen

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud / Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%		
0-14 ans	3	0,2%	4	0,2%	0	0,1%	7	0,2%
15-34 ans	15	0,9%	22	0,9%	2	0,8%	39	0,9%
35-64 ans	384	24,0%	596	23,9%	72	24,0%	1 052	23,9%
65 ans ou +	1 197	74,9%	1 875	75,1%	224	75,1%	3 295	75,0%
Total	**1 598**	**100,0%**	**2 498**	**100,0%**	**298**	**100,0%**	**4 394**	**100,0%**

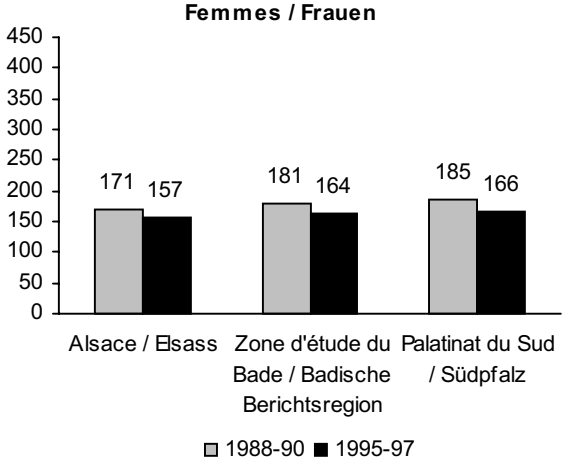
Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Evolution des taux comparatifs* de mortalité par cancers selon le sexe entre 1988-90 et 1995-97
(Taux pour 100 000 habitants)



Sterblichkeit* aufgrund von Krebserkrankungen nach Geschlecht im Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Diminution de la mortalité par cancers

En 1995-1997, à structure par âge égale, la mortalité masculine alsacienne est supérieure de 26 % à celle mesurée dans le Bade. Dans le sud du Palatinat, le taux comparatif de mortalité se place dans une position intermédiaire. En ce qui concerne la mortalité féminine, les écarts entre les trois régions sont beaucoup moins importants, mais restent statistiquement significatifs. C'est en Alsace que sont enregistrés les taux comparatifs de mortalité les plus bas (4 % de moins que dans la zone d'étude du Bade).

Dans les trois régions, les taux comparatifs de mortalité ont diminué significativement entre 1988-1990 et 1995-1997, et cela pour les hommes comme pour les femmes.

En 7 ans, le nombre de décès annuels par tumeurs malignes est resté stable en Alsace : passant de 3 865 à 3 914 (+1 %). Sur la même période il a augmenté de 4 % dans la zone d'étude du Bade (passant de

Sterblichkeit aufgrund von Krebserkrankungen zurückgegangen

Unter der Annahme gleicher Altersstrukturen ist im Zeitraum 1995-97 die Sterblichkeit unter den Männern im Elsass um 26 % höher als die in Baden. Die Südpfalz nimmt dabei eine mittlere Position ein. Betrachtet man die Sterblichkeit unter den Frauen, so sind die Unterschiede zwischen den 3 Berichtsregionen deutlich geringer, bleiben jedoch statistisch signifikant. Die niedrigsten Sterberaten können im Elsass beobachtet werden (um 4 % geringer verglichen mit der badischen Berichtsregion).

Zwischen 1988-90 und 1995-97 sind in allen Berichtsregionen die altersstandardisierten Sterberaten sowohl bei Männern wie bei Frauen signifikant zurückgegangen.

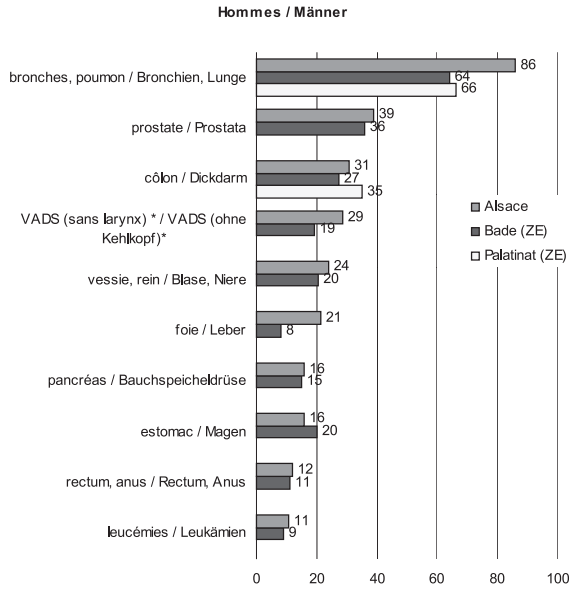
Innerhalb von 7 Jahren ist die Zahl der jährlichen Sterbefälle durch bösartige Neubildungen im Elsass mit 3.865 bzw. 3.914 annähernd gleich geblieben (+1 %). Im gleichen Zeitraum nahm ihre Anzahl in der badischen Berichts-

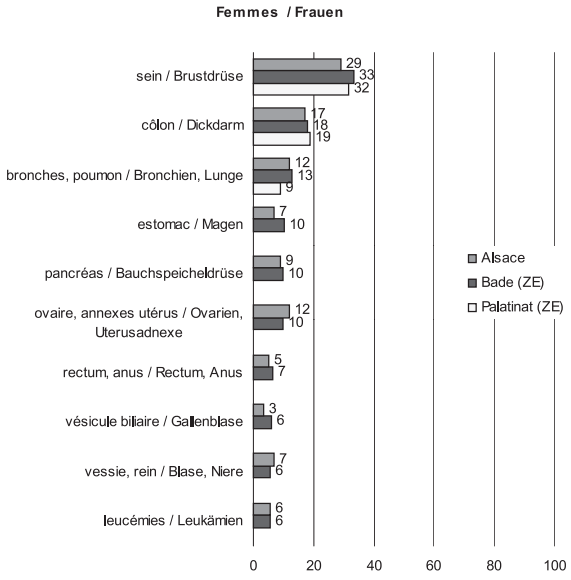
4 974 à 5 167). La hausse est encore plus marquée dans le Palatinat du Sud : + 7 %, ce qui correspond à 41 décès annuels en plus.

region um 4 % zu (von 4.974 auf 5.167). In der Südpfalz ist diese Zunahme mit 7 % noch deutlicher ausgeprägt, dies entspricht jährlich 41 zusätzlichen Todesfällen.

Mortalité en 1995-97 des 10 localisations cancéreuses les plus fréquentes selon le sexe
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit 1995-97 durch die 10 häufigsten Krebserkrankungen nach Geschlecht
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)





* VADS (sans larynx) : voies aérodigestives supérieures (œsophage, lèvre, cavité buccale et pharynx)

* oberer Atemwegs- und Verdauungstrakt (ohne Kehlkopf): Lippen, Mundhöhle, Gaumen und Speiseröhre

Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

En 1995-97, le cancer des bronches et du poumon a, chez l'homme, le taux de mortalité par cancers le plus élevé dans les trois régions étudiées. Il devance notamment ceux de la prostate, du côlon et des voies aérodigestives supérieures (sans larynx). On retrouve une surmortalité alsacienne marquée pour certains sites ; c'est le cas en particulier pour les cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures et du foie.

1995-97 sind - bei den Männern - die Sterberaten aufgrund von Lungen- und Bronchialkrebs in allen drei Berichtsregionen am höchsten. Sie übertreffen insbesondere die Sterberaten an bösartigen Neubildungen der Prostata, des Dickdarms und des oberen Atemwegs- und Verdauungsstrakts (ohne Kehlkopf). Ein höhere Sterblichkeit besteht im Elsass für einige Arten von Tumoren; das trifft insbesondere zu für die Lunge, den oberen Atemwegs- und Verdauungstrakt und die Leber.

Chez la femme c'est le cancer du sein qui a le plus fort taux de mortalité (29 pour 100 000 en Alsace, 33 décès pour 100 000 dans la zone d'étude du Bade et 32 dans le Palatinat du Sud).

Bei den Frauen ist beim Brustkrebs die höchste Sterberate zu beobachten (29 je 100.000 Einw. im Elsass, 33 Sterbefälle je 100.000 Einw. in der badischen Berichtsregion und 32 in der Südpfalz).

Le cancer du poumon

Lungenkrebs

FAITS MARQUANTS

- Le cancer du poumon (trachée, bronches, poumon) est la première cause de décès par tumeur maligne chez les hommes.
- En 1995-97, une surmortalité masculine en Alsace par rapport à la zone d'étude du Bade.
- Entre 1988-90 et 1995-97, dans l'ouest du Bade-Wurtemberg, la mortalité par cancer du poumon diminue pour les hommes et augmente pour les femmes.
- 39 % des décès masculins et 33 % des décès féminins surviennent avant 65 ans.

KERNAUSSAGEN

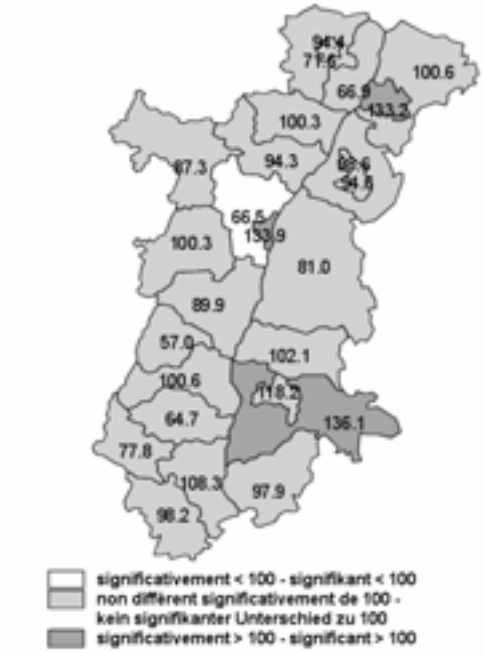
- Der Lungenkrebs (Luftröhre, Bronchien und Lungen) ist bei den Männern die häufigste Todesursache unter den bösartigen Neubildungen.
- Im Zeitraum von 1995-97 war die Sterblichkeit für Männer aus dem Elsass höher im Vergleich zur badischen Berichtsregion.
- Zwischen 1988-90 und 1995-97 ging im Westen Baden-Württembergs die Sterblichkeit unter den Männern zurück, bei den Frauen stieg sie an.
- 39 % der männlichen Todesfälle und 33 % der weiblichen Todesfälle betreffen unter 65-Jährige.

Indices comparatifs de mortalité par cancer du poumon dans la Vallée du Rhin Supérieur en 1995-97
(ICM Zone d'étude = 100)

Sterblichkeit aufgrund von Lungenkrebs im Oberrheintal 1995-1997
(SMR, gesamte Berichtsregion = 100)

Hommes / Männer

Femmes / Frauen



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Une surmortalité par cancer du poumon chez l'homme en Alsace et chez la femme dans la zone d'étude du Bade

Entre 1995 et 1997, la Vallée du Rhin Supérieur a enregistré annuellement 1 592 décès par cancer du poumon dont 1 281 chez l'homme et 311 chez la femme. En tenant compte de la structure d'âge de la population, le taux comparatif de mortalité par cancer du poumon montre une surmortalité masculine en Alsace par rapport aux deux régions allemandes (voir graphique suivant). La mortalité féminine, nettement plus basse, est moins forte dans le Palatinat que dans le Bade.

Pour les hommes : l'analyse géographique met en évidence des zones de sous-mortalité dans la partie badoise de la vallée. Tous les territoires enregistrant une surmortalité sont situés en Alsace.

Pour les femmes : la mortalité est très homogène sur la région. Seuls 2 Kreise badois présentent une surmortalité par rapport à la moyenne de la vallée. Dans le Bas-Rhin, on observe une opposition Strasbourg ville (surmortalité) / Strasbourg campagne (sous-mortalité).

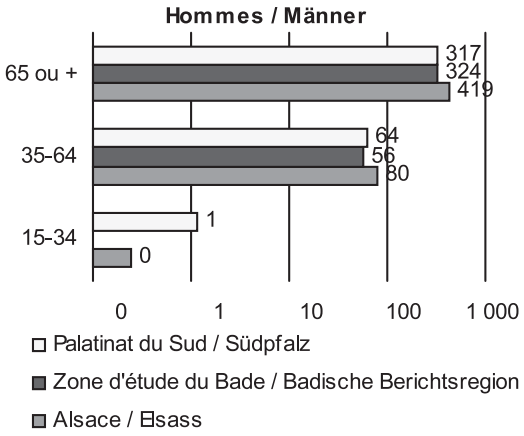
Höhere Sterblichkeit durch Lungenkrebs bei Männern im Elsass, bei den Frauen in der badischen Berichtsregion

Zwischen 1995 und 1997 wurden im Oberrheintal im Mittel jährlich 1.592 Todesfälle durch Lungenkrebs gezählt, davon 1.281 unter Männern und 311 unter Frauen. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur der Bevölkerung zeigen die altersstandardisierten Sterberaten aufgrund von Lungenkrebs eine deutlich höhere Sterblichkeit unter Männern im Elsass gegenüber den beiden deutschen Berichtsgebieten (s. folgende Grafik). Die bei den Frauen insgesamt deutlich niedrigeren Sterberaten liegen in der Südpfalz unter denen für das badische Berichtsgebiet.

Bei den Männern zeigt die räumliche Analyse Gebiete niedrigerer Sterblichkeit im badischen Rheintal. Alle Bereiche mit einer höheren Sterblichkeit befinden sich im Elsass.

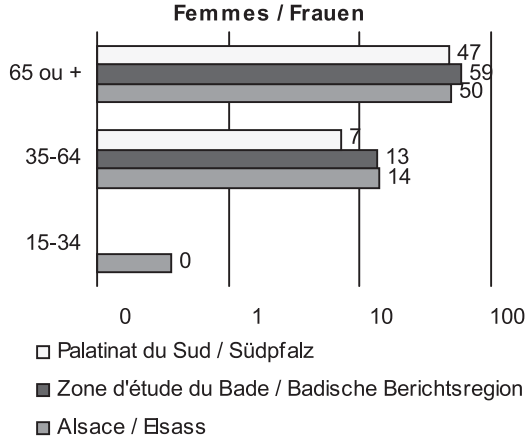
Bei den Frauen ist die Sterblichkeit in der gesamten Region weitgehend gleich verteilt. Lediglich 2 badische Kreise zeigen eine gegenüber dem Mittelwert für das Oberrheintal erhöhte Sterblichkeit. Im Unterelsass steht Straßburg-Stadt (erhöhte Sterberate) im Gegensatz zu Straßburg-Landkreis (niedrige Sterberate).

Taux comparatifs de mortalité* par cancer du poumon selon le sexe et l'âge en 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Sterblichkeit* aufgrund von Lungenkrebs nach Geschlecht und Alter 1995-97 im Elsass, dem badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

30 % des décès par cancer du poumon sont des décès prématurés

En 1995-97, 689 décès ont été enregistrés chaque année en Alsace, 807 dans la zone d'étude du Bade et 96 dans le sud du Palatinat.

A partir de 35 ans, l'Alsace présente une surmortalité masculine par rapport au Palatinat du Sud et la zone d'étude du Bade.

Les taux de mortalité augmentent de manière exponentielle avec l'âge. Quelle que soit la région, les taux de mortalité sont toujours plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

33 % des décès féminins et 39 % des décès masculins surviennent avant 65 ans.

38 % der Todesfälle aufgrund von Lungenkrebs betreffen unter 65-Jährige

Zwischen 1995-97 wurden jährlich 689 Todesfälle im Elsass erfaßt, 807 in der badischen Berichtsregion und 96 in der Südpfalz.

Nach Vollendung des 35. Lebensjahres ist die Sterblichkeit im Elsass höher im Vergleich zur Südpfalz und der badischen Berichtsregion.

Mit zunehmendem Alter steigen die Sterblichkeitsraten exponentiell an. In allen Berichtsregionen ist die Sterblichkeit der Männer verglichen mit den Frauen immer höher.

33 % der an Lungenkrebs verstorbenen Frauen waren jünger als 65 Jahre alt, bei den Männern waren es 39 %.

Nombre de décès par cancer du poumon dans la Vallée du Rhin Supérieur par sexe et par âge
Moyennes annuelles 1995-97

Todesfälle im Oberrheintal aufgrund von Lungenkrebs nach Geschlecht und Alter
Jahresmittelwerte 1995-97

Hommes / Männer

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15-34 ans	1	0,1%	0	0,1%	0	0,4%	1	0,1%
35-64 ans	231	40,2%	236	37,8%	34	42,1%	501	39,1%
65 ans ou +	344	59,7%	388	62,1%	46	57,4%	778	60,7%
Total	**576**	**100,0%**	**624**	**100,0%**	**81**	**100,0%**	**1 281**	**100,0%**

Femmes / Frauen

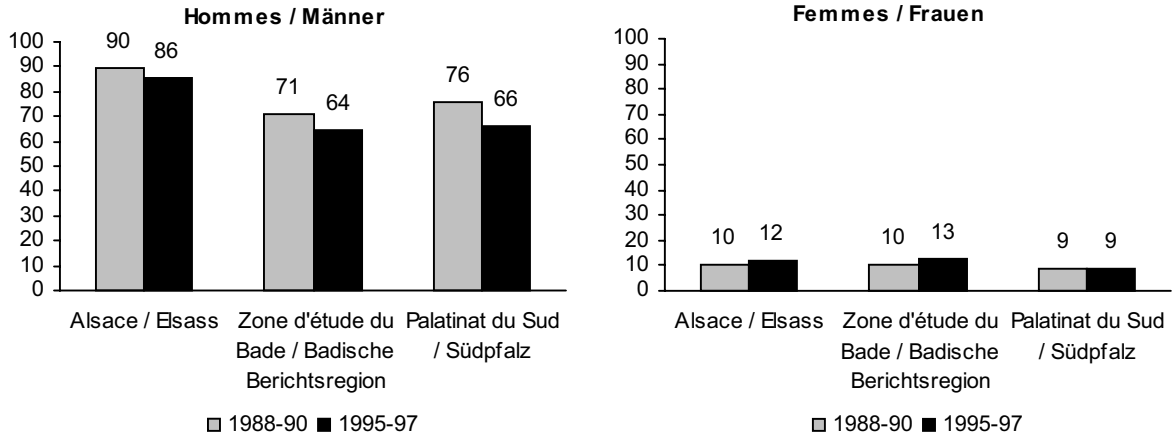
	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15-34 ans	1	0,9%	0	0,2%	0	0,0%	1	0,4%
35-64 ans	42	37,0%	57	31,0%	4	24,4%	102	32,8%
65 ans ou +	70	62,1%	126	68,9%	11	75,6%	207	66,7%
Total	**113**	**100,0%**	**183**	**100,0%**	**15**	**100,0%**	**311**	**100,0%**

Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA – MASFG

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du poumon selon le sexe entre 1988-90 et 1995-97
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit aufgrund von Lungenkrebs nach Geschlecht im Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Une diminution significative de la mortalité par cancer du poumon

En 1995-1997, à structure par âge égale, la mortalité masculine alsacienne est supérieure de 34 % à celles mesurées dans l'ouest du Bade-Wurtemberg et dans le sud du Palatinat. En ce qui concerne la mortalité féminine, les écarts entre les trois régions sont beaucoup moins importants. On observe tout de même une sous-mortalité dans le sud du Palatinat en comparaison avec la zone d'étude du Bade.

A structure par âge identique, la mortalité par cancer du poumon tend à diminuer pour les hommes et à augmenter pour les femmes. Ces évolutions ne sont statistiquement significatives que dans le Bade-Wurtemberg.

En 7 ans, le nombre de décès annuels par cancer du poumon a augmenté : passant de 620 à 689 en Alsace, de 719 à 807 dans la zone d'étude du Bade et de 90 à 96 dans le sud du Palatinat. Dans le Bade, cette augmentation a concerné plus de femmes (51 décès en plus) que d'hommes (37 décès en plus).

Sterblichkeit aufgrund von Lungenkrebs bedeutsam zurückgegangen

Unter der Annahme gleicher Altersstrukturen ist im Zeitraum 1995-97 die Sterblichkeit unter den Männern im Elsass um 34 % höher als die im badischen Berichtsgebiet und in der Südpfalz. Betrachtet man die Sterblichkeit unter den Frauen, so sind die Unterschiede zwischen den 3 Berichtsregionen deutlich geringer. Dennoch kann man in der Südpfalz eine niedrigere Sterberate im Vergleich zur badischen Berichtsregion beobachten.

Unter der Annahme gleicher Altersstrukturen scheint die Sterblichkeit von Männern durch Lungenkrebs zu sinken, während sie bei Frauen ansteigt. Diese Entwicklung ist nur in Baden-Württemberg statistisch signifikant.

Innerhalb von 7 Jahren hat sich die Zahl der Sterbefälle durch Lungenkrebs erhöht: Im Elsass von 620 auf 689, in der badischen Berichtsregion von 719 auf 807 und in der Südpfalz von 90 auf 96. In Baden betrifft diese Erhöhung stärker die Frauen (51 Todesfälle mehr) als die Männer (37 zusätzliche Sterbefälle).

Le cancer du sein

Brustkrebs

FAITS MARQUANTS

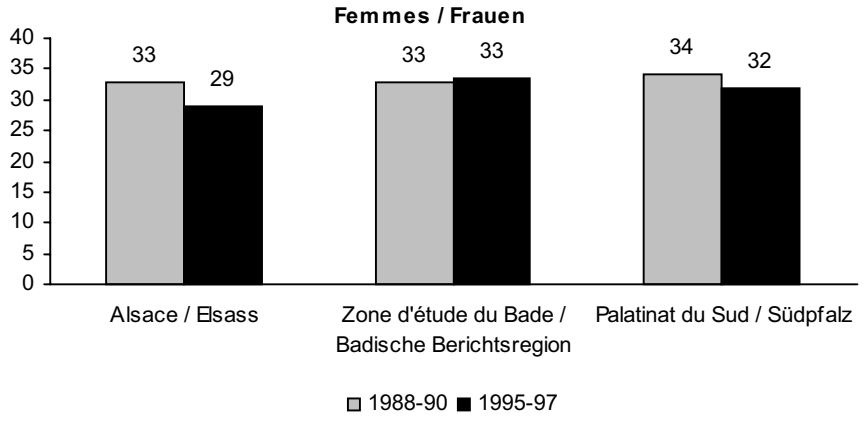
- Le cancer du sein constitue de loin la première cause de décès par cancer chez la femme.
- En 1995-97, la mortalité alsacienne par cancer du sein est inférieure de 13 % à celle qui est mesurée dans la zone d'étude du Bade.
- 39 % des décès surviennent avant 65 ans.
- Entre 1988-90 et 1995-97, le taux comparatif de mortalité a diminué de 12 % en Alsace.

KERNAUSSAGEN

- Brustkrebs ist bei Frauen die bei weitem häufigste Todesursache unter den Krebserkrankungen.
- Im Zeitraum von 1995-97 war die Sterblichkeit an Brustkrebs im Elsass um 13 % niedriger als in der badischen Berichtsregion.
- In 39 % der Todesfälle war die Verstorbene jünger als 65 Jahre.
- Zwischen 1988-90 und 1995-97 ging im Elsass die altersstandardisierte Sterberate um 12 % zurück.

Evolution des taux comparatifs* de mortalité par cancer du sein entre 1988-90 et 1995-97
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit* aufgrund von Brustkrebs im Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Sous-mortalité par cancer du sein en Alsace

Entre 1995 et 1997, on recense en moyenne chaque année 819 décès féminins par cancer du sein dans la Vallée du Rhin Supérieur. En tenant compte de la structure d'âge de la population, le taux comparatif de mortalité par cancer du sein montre une sous-mortalité de 13 % en Alsace par rapport à la zone d'étude du Bade

Sterblichkeit aufgrund von Brustkrebs im Elsass niedriger

Zwischen 1995 und 1997 wurden im Oberrheintal im Mittel jährlich 819 weibliche Todesfälle durch Brustkrebs gezählt. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur der Bevölkerung zeigen die altersstandardisierten Sterberaten aufgrund von Brustkrebs eine im Elsass um 13 % geringere Sterblichkeit als in der badischen Berichtsregion.

A structure par âge constante, la mortalité alsacienne par cancer du sein a diminué de 12 % entre 1988-90 et 1995-97. Elle est restée stable entre ces deux périodes dans le Bade. La baisse observée dans le sud du Palatinat n'est quant à elle pas statistiquement significative, ce qui peut s'expliquer par la faiblesse des effectifs concernés.

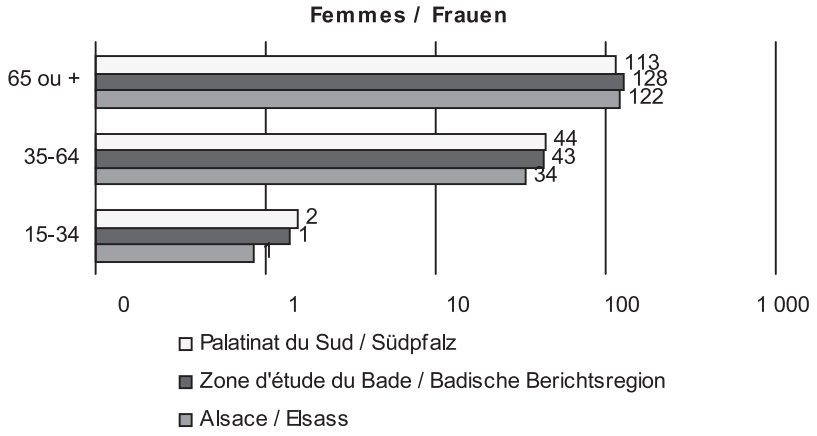
En 7 ans, le nombre de décès annuels par cancer du sein est resté stable en Alsace et dans le sud du Palatinat. Il a augmenté dans la zone d'étude du Bade, passant de 427 à 478, résultat du vieillissement de la population.

Unter der Annahme gleicher Altersstrukturen ist die Sterblichkeit an Brustkrebs im Elsass zwischen 1988-90 und 1995-97 um 12 % zurückgegangen. In Baden blieb sie zwischen diesen beiden Zeiträumen unverändert. Was die Abnahme in der Südpfalz betrifft, so ist sie statistisch nicht signifikant. Dies kann mit den geringen Fallzahlen erklärt werden.

Innerhalb von 7 Jahren ist die absolute Zahl der Todesfälle durch Brustkrebs im Elsass und in der Südpfalz gleich geblieben. In der badischen Berichtsregion stieg ihre Zahl von 427 auf 478 an, dies ist auf den Alterungsprozess in der Bevölkerung zurückzuführen.

Taux comparatifs de mortalité* par cancer du sein selon l'âge en 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit* aufgrund von Brustkrebs nach Alter 1995-97 im Elsass, dem badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

39 % des décès sont prématurés

En 1995-97, on dénombre 286 décès par cancer du sein en Alsace, 478 dans la zone d'étude du Bade et 55 dans le sud du Palatinat. La sous-mortalité observée en Alsace par rapport au Bade est maximale entre 35 et 64 ans. 39 % des décès par cancer du sein surviennent avant 65 ans.

39 % der Todesfälle betreffen unter 65-Jährige

Zwischen 1995-97 wurden im Elsass 286 Todesfälle durch Brustkrebs erfaßt, in der badischen Berichtsregion waren es 478 und in der Südpfalz 55. Die im Elsass im Vergleich zum badischen Berichtsgebiet zu beobachtende niedrigere Sterblichkeit ist für die 35- bis 64-Jährigen am stärksten ausgeprägt. In 39 % der Todesfälle war die Verstorbene jünger als 65 Jahre.

Nombre de décès par cancer du sein dans la Vallée du Rhin Supérieur par âge
Moyennes annuelles 1995-97

Todesfälle im Oberrheintal aufgrund von Brustkrebs nach Alter
Jahresmittelwerte 1995-97

Femmes / Frauen

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	**%**	**Effectifs**	**%**	**Effectifs**	**%**	**Effectifs**	**%**
0-14 ans	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15-34 ans	2	0,8%	5	1,0%	1	1,2%	8	1,0%
35-64 ans	101	35,3%	184	38,4%	23	41,5%	308	37,6%
65 ans ou +	183	63,9%	289	60,5%	31	57,3%	503	61,5%
Total	**286**	**100,0%**	**478**	**100,0%**	**55**	**100,0%**	**819**	**100,0%**

Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Le cancer du côlon-rectum

Krebserkrankungen des Dick- und Mastdarms

FAITS MARQUANTS

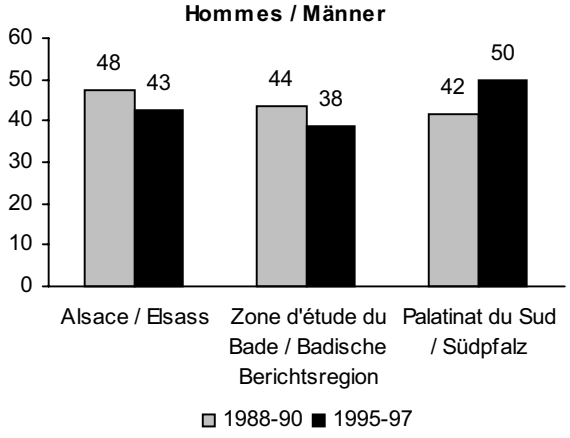
- En 1995-97, on enregistre une importante surmortalité masculine par cancer du côlon-rectum dans le sud du Palatinat par rapport à la zone d'étude du Bade.
- Le cancer du côlon-rectum représentent, chez l'homme, une cause de mortalité prématurée importante : 28 % des décès masculins surviennent avant 65 ans contre 16 % chez la femme.
- Entre 1988-90 et 1995-97, la mortalité par cancer du côlon-rectum a légèrement diminué dans la zone d'étude du Bade chez l'homme comme chez la femme alors qu'elle diminue uniquement chez l'homme en Alsace et uniquement chez la femme dans le sud du Palatinat.

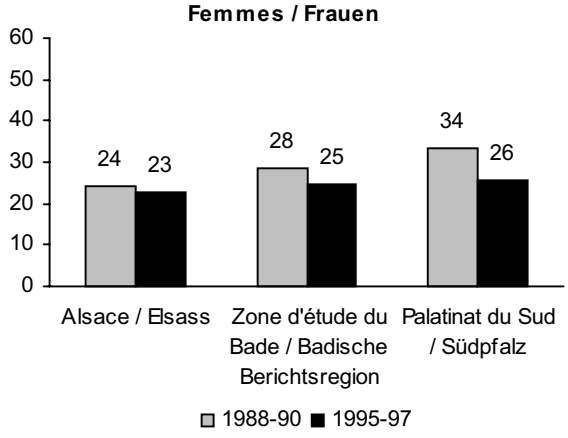
KERNAUSSAGEN

- Im Zeitraum von 1995-97 ist in der Südpfalz eine deutlich höhere Sterblichkeit durch Dick-/Mastdarmkrebs im Vergleich zur badischen Berichtsregion festzustellen.
- Bei den Männern stellen die Krebserkrankungen des Dick- und Mastdarmes eine wichtige Ursache vorzeitiger Sterblichkeit dar: in 28 % der Todesfälle war der Betroffene jünger als 65 Jahre, bei den Frauen waren es dagegen 16 %.
- Zwischen 1988-90 und 1995-97 ist die Sterblichkeit an Dick-/Mastdarmkrebs in der badischen Berichtsregion bei Männern und Frauen leicht zurückgegangen, während sie im Elsass nur bei den Männern abnimmt und in der Südpfalz nur bei Frauen.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du côlon-rectum entre 1988-90 et 1995-97
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit aufgrund von Dick- und Mastdarmkrebs im Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)





Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Une mortalité masculine plus élevée dans la zone d'étude du Palatinat que dans celle du Bade

Entre 1995 et 1997, on enregistre annuellement 1 356 décès par cancer du côlon-rectum dans la Vallée du Rhin Supérieur (669 décès masculins et 687 décès féminins). A structure par âge équivalente, la mortalité dans le sud du Palatinat est de 30 % supérieure à celle de la zone d'étude du Bade pour les hommes alors qu'elle ne diffère pas statistiquement de celle de l'Alsace. On n'observe aucune différence régionale de mortalité féminine sur la période 1995-97.

Entre 1988-90 et 1995-97, une fois éliminés les effets du vieillissement de la population, la mortalité masculine a diminué de 11 % en Alsace et de 12 % dans la zone d'étude du Bade. Pour le sud du Palatinat, l'évolution n'est pas statistiquement significative, en raison du faible nombre de décès concernés.

Entre ces deux périodes, la mortalité féminine n'a pas évolué significativement en Alsace. Elle a connu, en revanche, une baisse de 14 % dans l'ouest du Bade-Wurtemberg et de 24 % dans le sud du Palatinat, ce qui a permis de réduire l'écart entre ces deux régions et l'Alsace (en 1988-90 le Bade et le Palatinat enregistraient une surmortalité féminine).

En 7 ans, le nombre de décès annuels par cancer du côlon et du rectum est resté pratiquement stable en Alsace (passant de 488 à 499) comme dans la zone d'étude du Bade (passant de 746 à 753). Dans le sud du Palatinat on passe de 103 à 94 décès.

Sterblichkeit bei Männern höher in der pfälzischen als in der badischen Berichtsregion

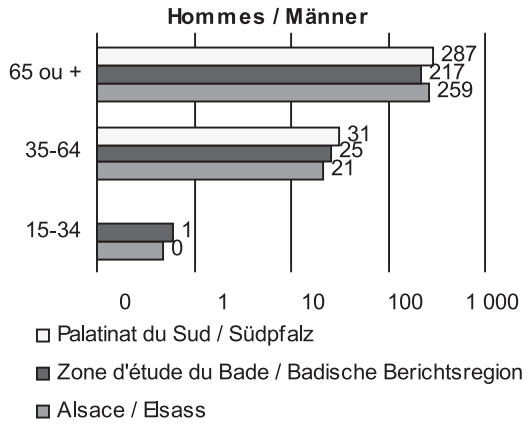
Zwischen 1995 und 1997 wurden jährlich 1.356 Todesfälle durch Dick-/Mastdarmkrebs im Oberrheintal gezählt (669 Männer und 687 Frauen). Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur der Bevölkerung ist die Sterblichkeit unter Männern in der Südpfalz um 30 % höher als in der badischen Berichtsregion, während sie statistisch nicht von der im Elsass abweicht. Bei den Frauen sind im Zeitraum 1995-97 keine regionalen Unterschiede zu erkennen.

Von 1988-90 bis 1995-97 ist - unter der Annahme gleicher Altersstrukturen, um die Auswirkungen des Alterungsprozesses der Bevölkerung rechnerisch auszuschließen - die Sterblichkeit bei Männern im Elsass um 11 % und in der badischen Berichtsregion um 12 % zurückgegangen. In der Südpfalz ist diese Entwicklung wegen der geringen Fallzahlen statistisch nicht signifikant.

Zwischen diesen beiden Zeiträumen hat sich die Sterblichkeit unter Frauen im Elsass nicht signifikant verändert. Im Gegensatz dazu ist sie im Westen Baden-Württembergs um 14 % und in der Südpfalz um 24 % gesunken, wodurch sich der Abstand dieser beiden Regionen zum Elsass verkleinerte (1988-90 war die Sterblichkeit bei den Frauen in Baden und in der Südpfalz höher).

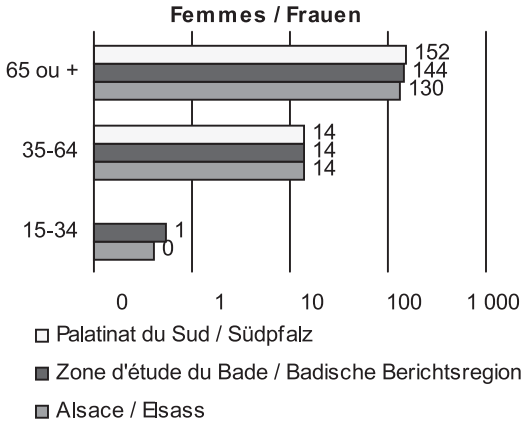
Innerhalb von 7 Jahren blieb die jährliche Zahl der Todesfälle durch Dick- und Mastdarmkrebs im Elsass (488 bzw. 499) und der badischen Berichtsregion (746 buw. 753) praktisch unverändert. In der Südpfalz ging sie von 103 auf 94 Fälle zurück.

Taux comparatifs de mortalité* par cancer du côlon-rectum selon le sexe et l'âge en 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Sterblichkeit* aufgrund von Dick- und Mastdarmkrebs nach Geschlecht und Alter 1995-97 im Elsass, dem badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

22 % des décès par cancer du côlon-rectum sont des décès prématurés

En 1995-97, 499 décès ont été enregistrés chaque année en Alsace, 753 dans la zone d'étude du Bade et 103 dans celle du Palatinat.

28 % des décès masculins et 16 % des décès féminins sont des décès prématurés survenant avant l'âge de 65 ans.

22 % der Todesfälle aufgrund von Dick- und Mastdarmkrebs betreffen unter 65-Jährige

Zwischen 1995-97 wurden jährlich 499 Todesfälle im Elsass erfaßt, 753 in der badischen und 103 in der pfälzischen Berichtsregion.

28 % der an Dick- und Mastdarmkrebs verstorbenen Männer waren jünger als 65 Jahre alt, bei den Frauen waren es 16 %.

Nombre de décès par cancer du côlon-rectum dans la Vallée du Rhin Supérieur par sexe et par âge
Moyennes annuelles 1995-97

Todesfälle im Oberrheintal aufgrund von Dick- und Mastdarmkrebs nach Geschlecht und Alter
Jahresmittelwerte 1995-97

Hommes / Männer

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud / Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15-34 ans	1	0,5%	2	0,7%	0	0,0%	4	0,5%
35-64 ans	60	22,9%	106	29,9%	17	30,9%	182	27,3%
65 ans ou +	199	76,5%	246	69,5%	37	69,1%	483	72,2%
Total	**260**	**100,0%**	**355**	**100,0%**	**54**	**100,0%**	**669**	**100,0%**

Femmes / Frauen

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud / Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15-34 ans	1	0,4%	2	0,5%	0	0,0%	3	0,4%
35-64 ans	40	16,9%	59	14,9%	7	15,0%	107	15,6%
65 ans ou +	198	82,7%	337	84,6%	42	85,0%	577	84,0%
Total	**239**	**100,0%**	**398**	**100,0%**	**49**	**100,0%**	**687**	**100,0%**

Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Les cancers de l'utérus

Krebserkrankungen der Gebärmutter

FAITS MARQUANTS

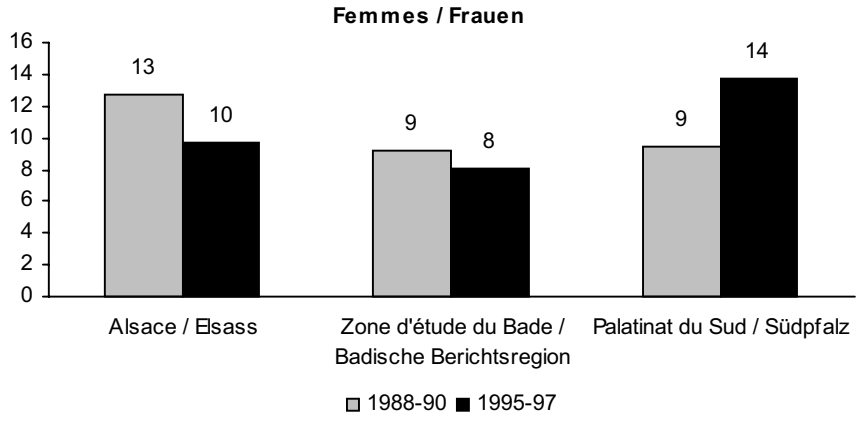
- En 1995-97, la mortalité alsacienne par cancers de l'utérus (col, corps et partie non précisée) est supérieure à celle de la zone d'étude du Bade mais reste inférieure à celle mesurée dans le sud du Palatinat.
- 28 % de ces décès sont des décès prématurés survenant avant 65 ans.
- Entre 1988-90 et 1995-97, le taux comparatif de mortalité par cancers de l'utérus a nettement diminué en Alsace, alors qu'il est stable dans l'ouest du Bade-Wurtemberg et qu'il augmente fortement dans le sud du Palatinat.

KERNAUSSAGEN

- Im Zeitraum von 1995-97 war die Sterblichkeit aufgrund von Krebserkrankungen der Gebärmutter (Gebärmutterhals, -korpus und ohne Angaben) im Elsass höher als in der badischen Berichtsregion, jedoch niedriger als in der Südpfalz
- 28 % der Todesfälle erfolgten vorzeitig, d.h. die Verstorbene war jünger als 65 Jahre.
- Zwischen 1988-90 und 1995-97 ging die altersstandardisierte Sterberate aufgrund von Krebserkrankungen der Gebärmutter im Elsass deutlich zurück, während sie im Westen Baden-Württembergs gleich blieb und in der Südpfalz deutlich zunahm.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancers du l'utérus entre 1988-90 et 1995-97
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit aufgrund von Gebärmutterkrebs im Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Une mortalité plus élevée dans le sud du Palatinat que dans les deux autres régions de la zone d'étude

Entre 1995 et 1997, on enregistre annuellement 241 décès féminins par cancers de l'utérus dans la Vallée du

Höhere Sterblichkeit in der Südpfalz im Vergleich den beiden anderen Berichtsregionen

Zwischen 1995 und 1997 verstarben im Oberrheintal jährlich 241 Frauen an Krebserkrankungen der Gebärmutter.

Rhin Supérieur. A structure par âge équivalente, le taux comparatif de mortalité par cancers de l'utérus montre une surmortalité de 42 % dans le sud du Palatinat par rapport à l'Alsace et de 71 % par rapport à la zone d'étude du Bade. Même si ces différences apparaissent comme étant très marquées, elles ne concernent en définitive qu'un faible nombre de décès.

Entre 1988-90 et 1995-97, une fois éliminés les effets du vieillissement de la population, la mortalité par cancers de l'utérus a diminué de 23 % en Alsace, alors qu'elle est stable dans l'ouest du Bade-Wurtemberg et qu'elle a augmenté de 46 % dans le sud du Palatinat mais concerne peu de décès.

En 7 ans, le nombre de décès annuels par cancers de l'utérus est resté pratiquement stable en Alsace (passant de 114 à 98) comme dans la zone d'étude du Bade (passant de 127 à 119). Dans le sud du Palatinat il est passé 15 à 24 décès.

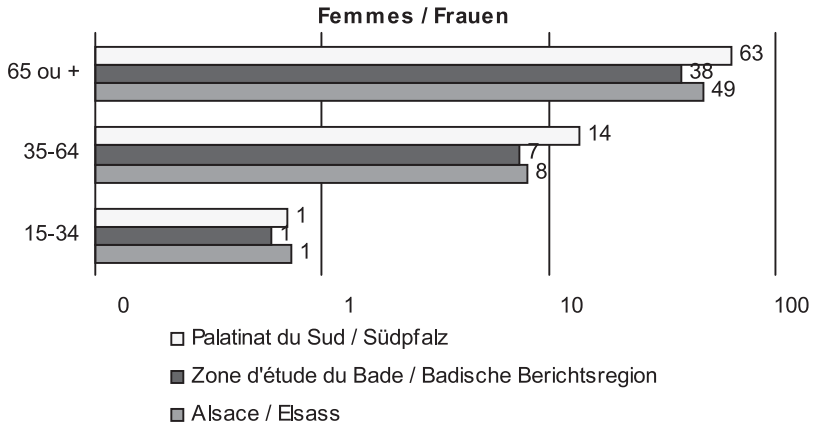
Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur der Bevölkerung zeigen die altersstandardisierten Sterberaten aufgrund von Gebärmutterkrebs für die Südpfalz einen um 42 % höheren Wert im Vergleich zum Elsass und gegenüber der badischen Berichtsregion einen um 71 % höheren Wert. Auch wenn diese Unterschiede sehr ausgeprägt erscheinen, so betreffen sie doch nur eine sehr kleine Zahl von Todesfällen.

Von 1988-90 bis 1995-97 ist - unter der Annahme gleicher Altersstrukturen, um die Auswirkungen des Alterungsprozesses der Bevölkerung rechnerisch auszuschließen - die Sterblichkeit an Gebärmutterkrebs im Elsass um 23 % zurückgegangen, während sie im Westen Baden-Württembergs gleich blieb und in der Südpfalz um 46 % - bei sehr kleinen Fallzahlen - zunahm.

Innerhalb von 7 Jahren blieb die jährliche Zahl der Todesfälle an Gebärmutterkrebs im Elsass (114 bzw. 98) wie auch in der badischen Berichtsregion (127 bzw. 119). praktisch unverändert. In der Südpfalz erhöhte sie sich von jährlich 15 auf 24 Todesfälle.

Taux comparatifs de mortalité par cancers de l'utérus selon l'âge en 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit aufgrund von Gebärmutterkrebs nach Alter 1995-97 im Elsass, dem badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

28 % des décès par cancers de l'utérus sont des décès prématurés

En 1995-97, 98 décès ont été enregistrés chaque année en Alsace, 119 dans la zone d'étude du Bade et 24 dans le sud du Palatinat. 28 % des décès féminins par cancers de l'utérus sont des décès prématurés survenant avant l'âge de 65 ans.

28 % der Todesfälle an Gebärmutterkrebs betreffen unter 65-Jährige

Im Zeitraum von 1995-97 wurden im Elsass jährlich 98 Todesfälle gezählt, 119 in der badischen Berichtsregion von Baden und 24 in der Südpfalz. 28 % der Todesfälle erfolgten vorzeitig, d.h. die Verstorbene war jünger als 65 Jahre.

Nombre de décès par cancers de l'utérus dans la Vallée du Rhin Supérieur par âge
Moyennes annuelles 1995-97

Todesfälle im Oberrheintal aufgrund von Krebserkrankungen der Gebärmutter nach Alter
Jahresmittelwerte 1995-97

Femmes / Frauen

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15-34 ans	2	2,0%	2	1,7%	0	1,4%	4	1,8%
35-64 ans	24	24,6%	32	26,5%	7	30,6%	63	26,1%
65 ans ou +	72	73,4%	86	71,8%	16	68,1%	174	72,1%
Total	**98**	**100,0%**	**119**	**100,0%**	**24**	**100,0%**	**241**	**100,0%**

Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Les maladies respiratoires

Krankheiten der Atmungsorgane

FAITS MARQUANTS

- En 1995-97, on enregistre une nette surmortalité par maladies de l'appareil respiratoire en Alsace par rapport aux deux régions allemandes, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.
- Seuls 5 % des décès féminins et 15 % des décès masculins surviennent avant 65 ans.
- Entre 1988-90 et 1995-97, la mortalité par maladies respiratoires a nettement diminué dans la zone d'étude du Bade (-30 % pour les hommes comme pour les femmes), alors qu'elle est stable en Alsace et qu'elle augmente dans le sud du Palatinat.

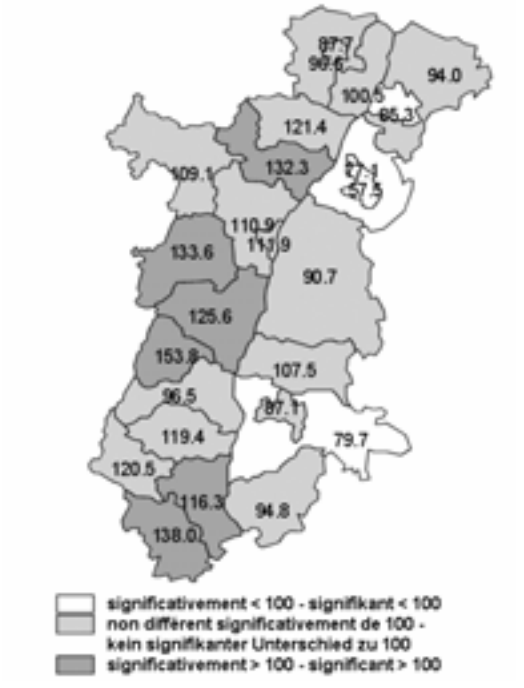
KERNAUSSAGEN

- Im Zeitraum von 1995-97 besteht im Elsass sowohl für Frauen als auch für Männer eine deutlich höhere Sterblichkeit an Krankheiten der Atmungsorgane im Vergleich zu den beiden deutschen Regionen.
- Nur 5 % der daran verstorbenen Frauen waren jünger als 65 Jahre alt, bei den Männern waren es 15 %.
- Zwischen 1988-90 und 1995-97 ist die Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane in der badischen Berichtsregion deutlich zurückgegangen (-30 % bei Männern wie bei Frauen), während sie im Elsass gleich blieb und in der Südpfalz anstieg.

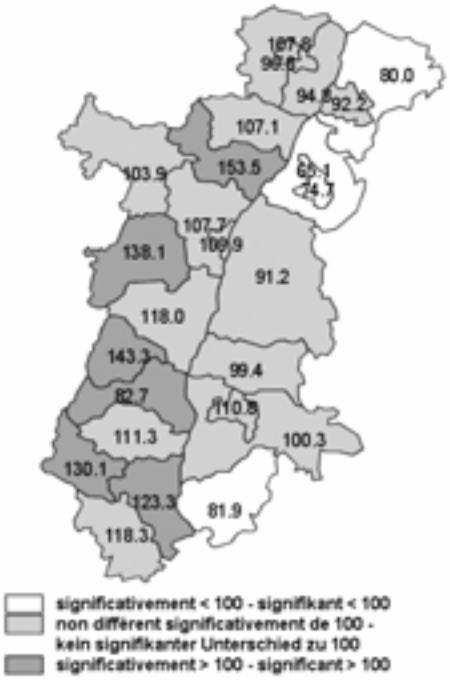
Indices comparatifs par maladies respiratoires dans la Vallée du Rhin Supérieur en 1995-97
(ICM Zone d'étude = 100)

Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane Oberrheintal 1995-97
(SMR, gesamte Berichtsregion = 100)

Hommes / Männer



Femmes / Frauen



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Sous-mortalité par maladies respiratoires dans l'ouest du Bade-Wurtemberg

Entre 1995 et 1997, on recense en moyenne chaque année 2 718 décès par maladies de l'appareil respiratoire dans la Vallée du Rhin Supérieur soit 1 357 hommes et 1 361 femmes. En tenant compte de la structure d'âge de la population, le taux comparatif de mortalité par maladies respiratoires montre une nette surmortalité en Alsace par rapport aux deux régions allemandes, aussi bien pour les hommes que pour les femmes (voir graphiques suivants).

Pour les hommes : on mesure une surmortalité par rapport à la moyenne de la vallée dans 6 arrondissements alsaciens, répartis sur tout le territoire régional. Toutes les zones de sous-mortalité sont situés dans la zone d'étude du Bade.

Pour les femmes : 6 arrondissements alsaciens présentent une surmortalité par rapport à la moyenne de la vallée. Dans le Bade, 6 Kreise enregistrent une sous-mortalité féminine, ils sont situés aux extrémités nord et sud de la zone d'étude.

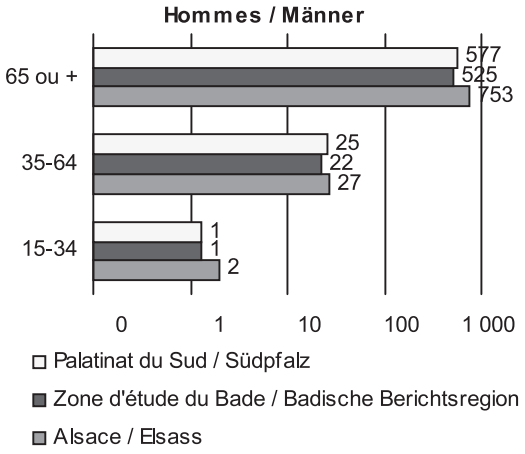
Niedrigere Sterblichkeit durch Krankheiten der Atmungsorgane im Westen Baden-Württembergs

Zwischen 1995 und 1997 wurden im Oberrheintal im Mittel jährlich 2.718 Todesfälle aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane gezählt: 1.357 Männer und 1.361 Frauen. Unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Bevölkerung zeigen die altersstandardisierten Sterberaten für die Krankheiten der Atmungsorgane (s. folgende Grafik) eine deutlich höhere Sterblichkeit im Elsass sowohl bei Männern wie auch bei Frauen im Vergleich zu den beiden deutschen Berichtsregionen.

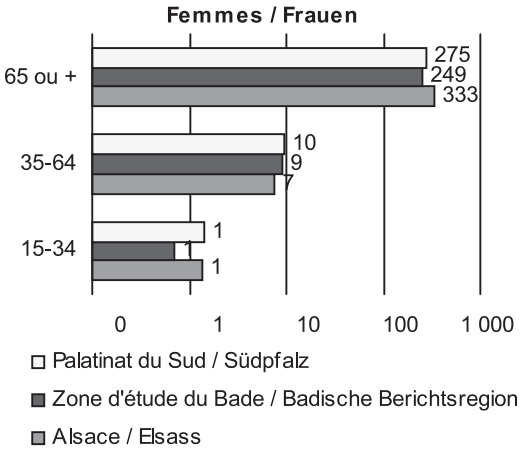
Für die Männer zeigt sich in 6 „arrondissements" des Elsass, die über die gesamte Region verstreut liegen, eine höhere Sterblichkeit. Alle Bereiche mit einer niedrigeren Sterblichkeit befinden sich in der badischen Berichtsregion.

Bei den Frauen zeichnen sich 6 elsässische „arrondissements" durch eine höhere Sterblichkeit im Vergleich zum Durchschnitt des Oberrheintals aus. In Baden haben 6 Kreise eine niedrigere Sterblichkeit unter den Frauen, sie befinden sich im äußersten Norden und Süden dieser Berichtsregion.

Taux comparatifs de mortalité par maladies respiratoires selon le sexe et l'âge en 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)



Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane nach Geschlecht und Alter 1995-97 im Elsass, dem badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA –MASFG

Un tiers des décès masculins sont prématurés

En 1995-97, 1 206 décès ont été enregistrés chaque année en Alsace, 1 343 dans la zone d'étude du Bade et 167 dans le sud du Palatinat. La surmortalité alsacienne s'exprime principalement à partir de 65 ans.

La majeure partie des décès par maladies de l'appareil respiratoire touche des personnes âgées. Sur l'ensemble de la zone d'étude, 5 % des décès féminins et 15 % des décès masculins surviennent avant 65 ans.

Unter den erstorbenen Männern sind ein Drittel jünger als 65 Jahre.

Im Zeitraum zwischen 1995-97 wurden im Elsass jährlich 1.206, in der badischen Berichtsregion 1.343 und in der Südpfalz 167 Todesfälle registriert. Die höhere Sterblichkeit im Elsass zeigt sich hauptsächlich nach Vollendung des 65. Lebensjahres.

In der Mehrzahl sind ältere Personen von Todesfällen aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane betroffen In der gesamten Berichtsregion sind nur 5 % der verstorbenen Frauen und 15 % der verstorbenen Männer jünger als 65 Jahre.

Nombre de décès par maladies respiratoires dans la Vallée du Rhin Supérieur par sexe et par âge
Moyennes annuelles 1995-97

Todesfälle im Oberrheintal aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane nach Geschlecht und Alter
Jahresmittelwerte 1995-97

Hommes / Männer

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud / Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%		
0-14 ans	4	0,6%	2	0,4%	0	0,0%	6	0,5%
15-34 ans	5	0,8%	5	0,7%	1	0,8%	10	0,8%
35-64 ans	78	12,7%	91	13,9%	13	15,2%	182	13,4%
65 ans ou +	526	85,9%	561	85,1%	71	83,6%	1 158	85,4%
Total	**612**	**100,0%**	**659**	**100,0%**	**85**	**100,0%**	**1 357**	**100,0%**

Femmes / Frauen

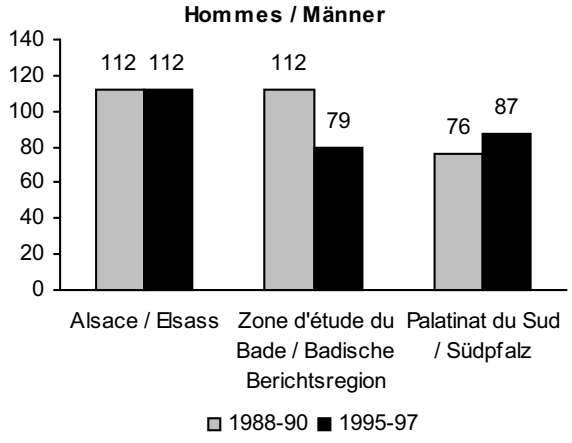
	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud / Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%		
0-14 ans	0	0,1%	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
15-34 ans	3	0,6%	2	0,3%	1	0,8%	6	0,5%
35-64 ans	22	3,7%	38	5,6%	5	6,0%	65	4,8%
65 ans ou +	569	95,7%	643	94,0%	77	93,1%	1 288	94,7%
Total	**594**	**100,0%**	**684**	**100,0%**	**83**	**100,0%**	**1 361**	**100,0%**

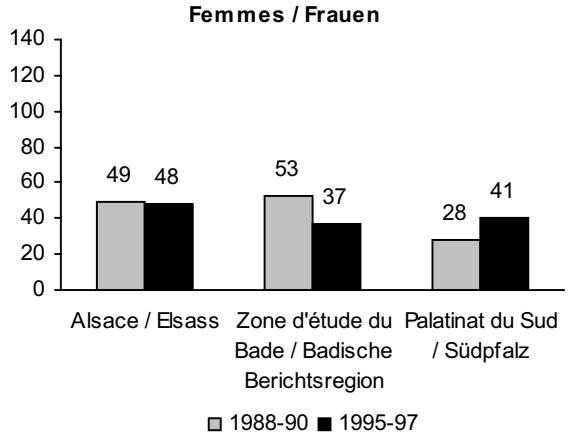
Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Evolution des taux comparatifs de mortalité par maladies respiratoires selon le sexe entre 1988-90 et 1995-97
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane nach Geschlecht im Zeitvergleich 1988-90 und 1995-97
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)





Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Forte diminution de la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans la zone d'étude du Bade-Wurtemberg

En 1995-1997, à structure par âge égale, la mortalité masculine alsacienne est supérieure de 41 % à celle mesurée dans le Bade (+29 % par rapport au Palatinat du Sud). La surmortalité féminine mesurée en Alsace est moins importante mais reste significative (+29 % par rapport au Bade, +17 % par rapport au Palatinat).

Entre 1988-90 et 1995-97 l'évolution la plus marquée concerne la zone d'étude du Bade. Les taux comparatifs masculins et féminins ont en effet diminué d'environ 30 %, rétrogradant cette région de la première à la dernière place des zones les plus touchées.

Sur la même période, la mortalité alsacienne a très peu évolué, et le taux comparatif a augmenté dans le Palatinat du Sud aussi bien pour les hommes que pour les femmes (respectivement +15 % et +46 %).

En 7 ans, le nombre de décès annuels par maladies respiratoires a augmenté en Alsace (passant de 1 062 à 1 206) et dans le sud du Palatinat (passant de 107 à 168). Il a connu une nette baisse, malgré le phénomène de vieillissement de la population dans la zone d'étude du Bade (passant de 1 602 à 1 343).

Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane in der badischen Berichtsgebiet stark zurückgegangen

Im Zeitraum von 1995-97 ist - unter Annahme gleicher Altersstrukturen - die Sterblichkeit unter Männern im Elsass um 41 % höher im Vergleich zum badischen Berichtsgebiet (+29 % im Vergleich zur Südpfalz). Die höhere Sterblichkeit der Frauen im Elsass ist zwar weniger ausgeprägt, jedoch immer noch signifikant (+29 % höher als in Baden, +17 % gegenüber der Pfalz).

Der Vergleich zwischen 1988-90 und 1995-97 zeigt für die badische Berichtsregion die deutlichste Veränderung. Die altersstandardisierten Sterberaten sind sowohl bei Männern wie bei Frauen um etwa 30 % zurückgegangen, wodurch diese Region von der am stärksten betroffenen zur am wenigsten betroffenen wurde.

Im gleichen Zeitraum haben sich die Sterberaten im Elsass kaum verändert, während sie in der Südpfalz sowohl bei Männern als auch bei Frauen angestiegen sind (+15 % bzw. +46 %).

Innerhalb von 7 Jahren ist die jährliche Anzahl der Todesfälle durch Erkrankungen der Atmungsorgane im Elsass (von 1.062 auf 1.206) und in der Südpfalz (von 107 auf 168) gestiegen. Trotz des Alterungsprozesses in der Bevölkerung besteht im Westen Baden-Württembergs ein deutlicher Rückgang (von 1.602 auf 1.343).

Nombre de décès par maladies respiratoires détaillées selon les principales causes de décès en Alsace et dans la zone d'étude du Bade
Moyennes annuelles 1995-97

Todesfälle im Oberrheintal aufgrund von den häufigsten Erkrankungen der Atmungsorgane im Elsass und der badischen Berichtsgebiet
Jahresmittelwerte 1995-97

	Hommes / Männer				Femmes / Frauen			
	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion		Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade / Badische Berichtsregion	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Pneumonie et bronchopneumonie / Pneumonien und Bronchopneumonien	254	41,5%	206	31,2%	308	51,8%	329	48,1%
Maladies pulmonaires obstructives / Obstruktive Lungenerkrankungen	148	24,2%	-	-	74	12,4%	-	-
Bronchite et bronchite chronique / Bronchitiden und chronische Bronchitiden	87	14,2%	132	20,0%	79	13,2%	96	14,1%
Emphysème / Emphyseme	30	4,8%	49	7,4%	9	1,5%	29	4,3%
Asthme / Asthma	20	3,3%	67	10,2%	25	4,2%	65	9,6%
Autres maladies de l'appareil respiratoire / Andere Erkrankungen der Atmungsorgane	73	11,9%	205	31,1%	100	16,9%	164	23,9%
Maladies de l'appareil respiratoire / Erkrankungen der Atmungsorgane	**612**	**100,0%**	**659**	**100,0%**	**594**	**100,0%**	**684**	**100,0%**

Source/Quelle
INSEE – Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

En 1995-97, la pneumonie et la broncho-pneumonie constituent la première cause de décès par maladies respiratoires en Alsace et dans l'ouest du Bade-Wurtemberg. Si chez l'homme, la part de ces décès sur l'ensemble des décès par maladies respiratoires est plus élevée en Alsace (41,5 %) que dans la zone d'étude du Bade (31,2 %), chez la femme, en revanche, elle ne diffère pas entre ces deux régions. Viennent ensuite les maladies pulmonaires obstructives et la bronchite.

In den Jahren 1995-97 stellten Lungenentzündungen und Lungenwegsentzündungen die Hauptursache unter den Todesfällen durch Erkrankungen der Atmungsorgane im Elsass und im Westen Baden-Württembergs dar. Während unter Männern im Elsass der Anteil dieser Todesfälle unter den Erkrankungen der Atmungsorgane höher ist (41,5 %) als in der badischen Berichtsregion (31,2 %), sind dagegen bei den Frauen keine regionalen Unterschiede zu erkennen. Es folgen die obstruktiven Lungenerkrankungen und die Bronchitis.

Les accidents et suicides

Unfälle und Selbsttötungen

FAITS MARQUANTS

- En 1995-97, à structure par âge identique, c'est en Alsace que l'on mesure les plus forts taux de mortalité par accidents et suicides. Les taux les plus faibles sont observés dans le sud du Palatinat.
- Les différences entre les trois régions étudiées sont les plus marqués pour les personnes de 65 ans ou plus.
- Entre 1988-90 et 1995-97, la mortalité par accidents et suicides est en nette diminution en Alsace et dans le Palatinat du Sud. Dans le Bade, l'évolution est moins marquée, mais reste statistiquement significative.

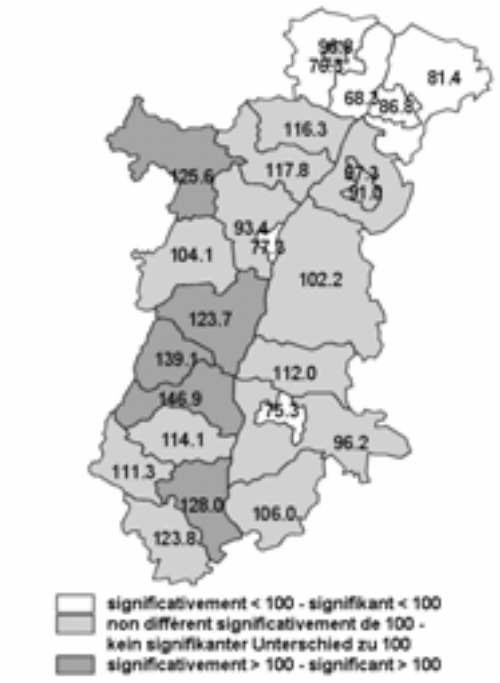
KERNAUSSAGEN

- Im Zeitraum von 1995-97 sind – unter der Annahme gleicher Altersstrukturen – die höchsten Sterberaten durch Unfälle und Suizide im Elsass zu beobachten. Die niedrigsten Raten finden sich in der Südpfalz.
- Die Unterschiede zwischen den drei Berichtsregionen sind am deutlichsten in den Altersgruppen ab 65 Jahren und älter.
- Zwischen 1988-90 und 1995-97 ist die Sterblichkeit durch Unfälle und Selbsttötungen im Elsass und in der Pfalz deutlich zurückgegangen. In Baden ist diese Entwicklung weniger ausgeprägt, aber statistisch immer noch signifikant.

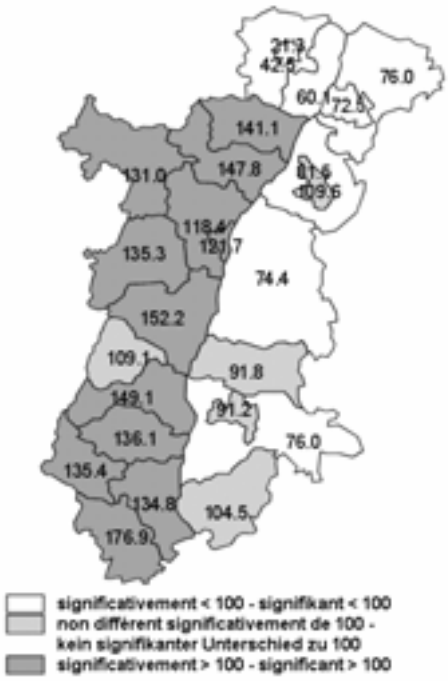
Indices comparatifs de mortalité par accidents et suicides dans la Vallée du Rhin Supérieur en 1995-97**
(ICM Zone d'étude = 100)

Sterblichkeit durch Unfälle und Selbsttötungen im Oberrheintal 1995-1997**
(SMR, gesamte Berichtsregion = 100)

Hommes / Männer



Femmes / Frauen



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Surmortalité par accidents et suicides en Alsace

Entre 1995 et 1997, on recense en moyenne chaque année 2 040 décès par accidents et suicides dans la Vallée du Rhin Supérieur soit 1 234 hommes et 806 femmes.

En tenant compte de la structure d'âge de la population, les taux comparatifs de mortalité* montrent une surmortalité alsacienne aussi bien pour les hommes que pour les femmes par rapport aux deux territoires allemands (cf graphique suivant).

Pour les hommes : l'analyse géographique met en évidence une zone de sous mortalité dans le Palatinat du Sud et dans le nord de la zone d'étude du Bade. Toutes les zones de surmortalité sont localisées en Alsace. Dans cette région seul l'arrondissement de Strasbourg-ville présente une sous-mortalité significative.

Pour les femmes : on mesure une nette différence de mortalité de part et d'autre de la frontière. La surmortalité alsacienne (et donc la sous-mortalité allemande) est mesurable pour la quasi-totalité des kreise et des arrondissements.

Höhere Sterblichkeit durch Unfälle und Suizide im Elsass

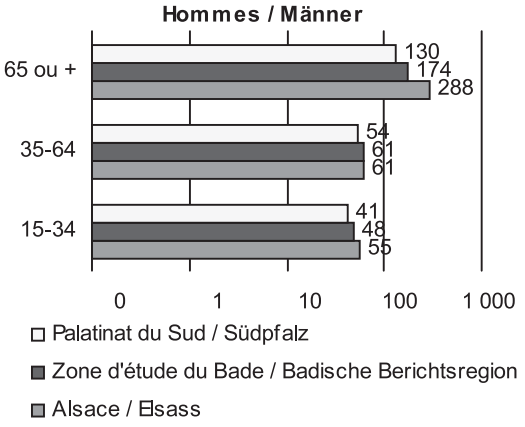
Zwischen 1995 und 1997 wurden im Jahresmittel 2 040 Todesfälle durch Unfälle und Suizide im Oberrheintal registriert, davon 1 234 bei Männern und 806 bei Frauen.

Unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Bevölkerung zeigen die standardisierten Sterberaten* eine höhere Sterblichkeit sowohl bei Frauen wie bei Männern im Elsass im Vergleich zu den beiden deutschen Berichtsregionen (s. folgende Abbildung).

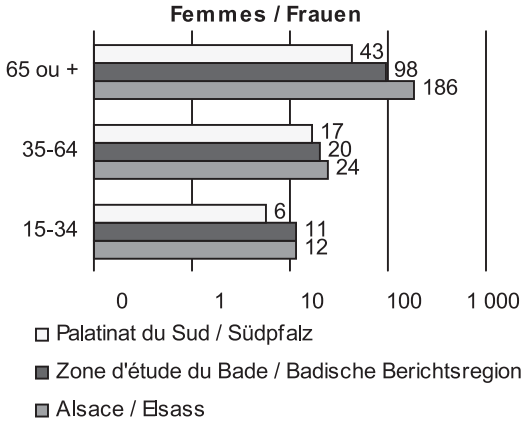
Bei den Männern lässt der geographische Vergleich eine geringere Sterblichkeit in der Pfalz und im Norden der badischen Berichtsregion erkennen. Alle Gebiete mit höherer Sterblichkeit befinden sich im Elsass. In dieser Region hat nur der Stadtkreis von Strasbourg eine signifikant geringere Sterblichkeit.

Bei den Frauen bestehen deutliche Unterschiede beiderseits der Grenze. Eine höhere Sterblichkeit im Elsass (und damit eine geringere auf deutscher Seite) ist erkennbar in nahezu allen Kreisen (bzw. arrondissements).

Taux de comparatifs de mortalité* par accidents et suicides selon le sexe et l'âge en 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)



Sterblichkeit* aufgrund von Unfällen und Selbsttötungen nach Geschlecht und Alter 1995-97 im Elsass, der badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Deux tiers des décès masculins surviennent avant 65 ans

La grande majorité des décès masculins par accidents et suicides survient avant 65 ans (65,8 % sur l'ensemble de la zone d'étude). Cette proportion est beaucoup plus faible pour les femmes : 30,8 % des décès sont prématurés.

Pour les hommes comme pour les femmes, les différences de mortalité entre les 3 régions sont les plus marquées après 65 ans.

Quel que soit l'âge, les taux de mortalité par accidents et suicides sont toujours plus élevés pour les hommes que pour les femmes.

Zwei Drittel der Todesfälle ereignen sich bei Männern unter 65 Jahren

Die große Mehrheit der Todesfälle bei Männern durch Unfall und Suizid ereignet sich im Alter unter 65 Jahren (65,8 % für die gesamte Berichtsregion). Dieser Anteil ist bei den Frauen deutlich geringer: 30,8 % der Sterbefälle sind „vorzeitig".

Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen den 3 Regionen sind sowohl bei Männern wie bei Frauen am deutlichsten im Alter ab 65 Jahren.

Unabhängig vom Alter sind die Sterberaten durch Unfälle und Suizid immer höher bei den Männern als bei den Frauen.

Nombre de décès par accidents et suicides selon le groupe d'âge dans la Vallée du Rhin Supérieur
Moyennes annuelles 1995-97

Zahl der Todesfälle durch Unfälle und Selbsttötungen nach Altersgruppen im Oberrheintal
Jahresmittelwerte 1995-97

Hommes / Männer

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	11	2,0%	13	2,2%	0	0,0%	25	2,0%
15-34 ans	141	25,2%	152	24,8%	15	23,9%	308	25,0%
35-64 ans	193	34,6%	258	41,9%	29	46,7%	480	38,9%
65 ans ou +	213	38,2%	191	31,1%	18	28,8%	422	34,2%
Total	**559**	**100,0%**	**614**	**100,0%**	**61**	**100,0%**	**1 234**	**100,0%**

Femmes / Frauen

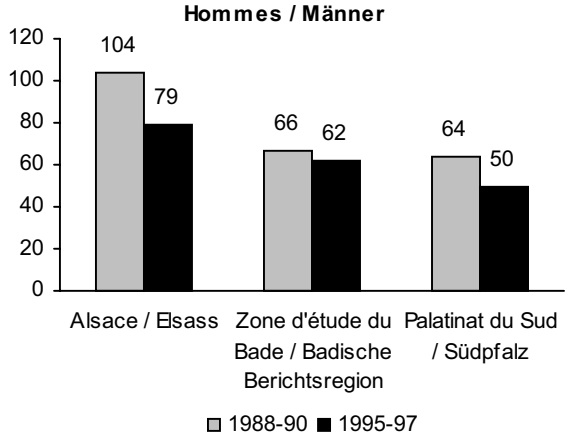
	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	8	1,8%	6	1,5%	1	2,9%	14	1,7%
15-34 ans	29	7,0%	35	9,5%	2	8,7%	66	8,2%
35-64 ans	75	17,9%	85	23,2%	9	37,7%	168	20,9%
65 ans ou +	305	73,2%	241	65,8%	12	50,7%	558	69,2%
Total	**416**	**100,0%**	**367**	**100,0%**	**23**	**100,0%**	**806**	**100,0%**

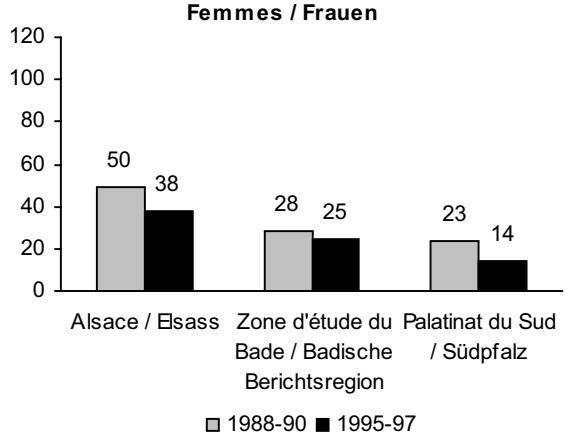
Source/Quelle
INSEE – INSERM - Statistische Landesämter

Exploitation/Auswertung ORSAL – LGA - MASFG

Taux comparatifs de mortalité* par accidents et suicides entre 1988-90 et 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit* aufgrund von Unfällen und Selbsttötungen zwischen 1988-90 und 1995-97 im Elsass, der badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)





En 1995-97, à structure par âge égale, la mortalité masculine alsacienne est supérieure de 26 % à celle mesurée dans la zone d'étude du Bade. C'est dans le sud du Palatinat qu'on enregistre les taux les plus bas.

Unter der Annahme gleicher Altersstrukturen ist 1995-97 die Sterblichkeit unter Männern im Elsass um 26 % höher als die in der badischen Berichtsregion. In der Südpfalz findet man die niedrigste Sterberate. Auch beim

En ce qui concerne la mortalité féminine, le Bade se place également dans une situation intermédiaire entre l'Alsace et le Palatinat.

Vergleich der Sterblichkeit von Frauen nimmt Baden die mittlere Stellung zwischen dem Elsass und der Pfalz ein.

Dans les trois régions, les taux comparatifs de mortalité ont diminué significativement entre 1988-90 et 1995-97, et cela pour les hommes comme pour les femmes.

In allen drei Berichtsregionen sind die standardisierten Sterberaten zwischen 1988-90 und 1995-97 sowohl bei Männern wie bei Frauen signifikant zurückgegangen.

La baisse a été particulièrement importante en Alsace (-24 % pour les hommes et -23 % pour les femmes), ce qui a permis de réduire l'écart avec les deux régions allemandes. L'évolution la plus forte est observée pour la mortalité féminine dans le Palatinat (-39 %). Les évolutions observées dans l'ouest du Baden-Württemberg sont les moins marquées (-7 % pour les hommes, -13 % pour les femmes).

Dieser Rückgang ist besonders deutlich im Elsass (-24 % bei den Männern und -23 % bei den Frauen), wodurch sich der Unterschied zu den beiden deutschen Regionen verringerte. Der stärkste Rückgang der Sterberaten kann jedoch in der Pfalz unter den Frauen beobachtet werden (-39 %). Diese Entwicklung ist im Westen Baden-Württembergs weniger stark ausgeprägt (-7 % bei den Männern und -13 % bei den Frauen).

En 7 ans, le nombre de décès annuels par accidents et suicides a diminué en Alsace, passant de 1 164 en 1988-90 à 975 en 1995-97. Sur la même période il est passé de 106 à 84 décès dans le Palatinat. Il est en revanche resté stable dans le Bade, l'évolution de la population compensant la baisse du taux comparatif de mortalité.

Innerhalb von 7 Jahren verringerte sich die Zahl der jährlichen Todesfälle aufgrund von Unfällen und Selbsttötungen im Elsass von 1 164 in den Jahren 1988-90 auf 975 im Zeitraum 1995-97. Im gleichen Zeitraum ging diese Zahl in der Pfalz von 106 zurück auf 84 Todesfälle jährlich. Demgegenüber blieb diese Zahl in Baden gleich, da die Bevölkerungsentwicklung den Rückgang der Sterblichkeit ausglich.

Les suicides

Selbsttötungen

FAITS MARQUANTS

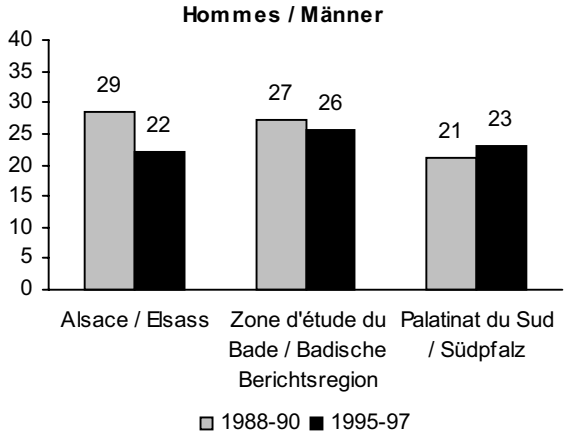
- Une plus forte mortalité masculine par suicide dans le Bade qu'en Alsace.
- Une diminution de la mortalité masculine en Alsace, une stabilité dans les deux régions allemandes.
- Trois quarts des décès masculins et deux tiers des décès féminins surviennent avant 65 ans.

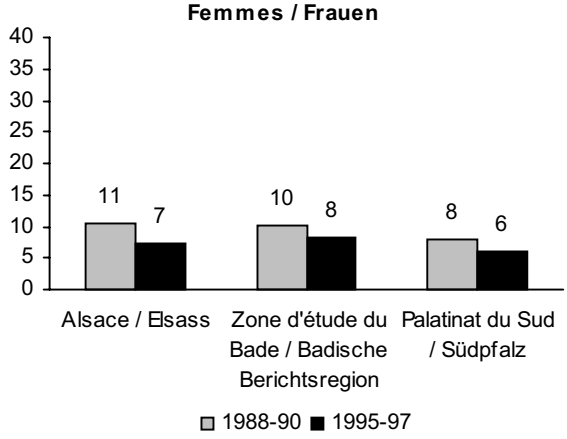
KERNAUSSAGEN

- Höhere Suizid-Sterblichkeit in der badischen Berichtregion als im Elsass.
- Sterblichkeit unter den Männern im Elsass zurückgegangen, in den deutschen Berichtsgebieten unverändert.
- Drei von vier männlichen Todesfällen und zwei von drei weiblichen Sterbefällen im Alter unter 65 Jahren.

Taux comparatifs de mortalité* par suicide entre 1988-90 et 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit* aufgrund von Selbsttötungen zwischen 1988-90 und 1995-97 im Elsass, der badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)





Surmortalité par suicide dans le Bade-Wurtemberg

Entre 1995 et 1997, selon les données des certificats de décès, on recense en moyenne chaque année 651 décès par suicide dans la Vallée du Rhin Supérieur : 475 hommes et 176 femmes.

En tenant compte de la structure d'âge de la population, les taux comparatifs de mortalité montrent une sous-mortalité masculine

Höhere Sterblichkeit durch Selbsttötungen in Baden-Württemberg

Nach der Todesursachenstatistik verstarben im Zeitraum 1995-97 jährlich im Mittel 651 Personen nach Suizid: Davon waren 475 männlichen und 176 weiblichen Geschlechts.

Unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Bevölkerung zeigen die standardisierten Sterberaten eine niedrigere Sterblichkeit bei den Männern

alsacienne par rapport à la zone d'étude du Bade (-14 %). Les effectifs considérés ne permettent pas de montrer de différence significative entre les taux de mortalité féminins.

A structure par âge constante, la mortalité a baissé de 22 % en Alsace chez les hommes et de 31 % chez les femmes. Dans le Bade-Wurtemberg seule la baisse du taux féminin est significative (-18 %). En ce qui concerne le Palatinat, les évolutions observées ne sont pas statistiquement significatives.

Entre 1988-90 et 1995-97, le nombre de décès annuels par suicide est passé de 291 à 239 en Alsace, il est resté stable dans les deux régions allemandes.

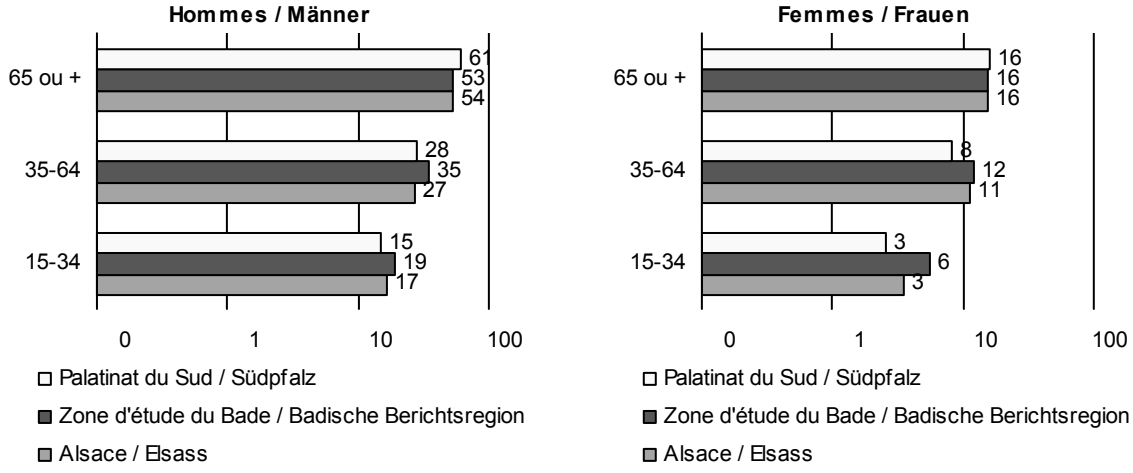
aus dem Elsass verglichen mit der badischen Berichtsregion (-14 %). Bei den Frauen lassen die geringen Fallzahlen den Nachweis statistisch bedeutsamer Unterschiede nicht zu.

Bei angenommen gleicher Altersstruktur ging die Sterblichkeit im Elsass bei den Männern um 22 %, bei den Frauen um 31 % zurück. In Baden-Württemberg ist lediglich der Rückgang der Sterblichkeit unter den Frauen signifikant. (-18 %). In der Südpfalz können keine statistisch bedeutsamen Entwicklungen beobachtet werden.

Zwischen 1988-90 und 1995-97 ist die Anzahl der Sterbefälle durch Selbsttötung im Elsass von jährlich 291 auf 239 gesunken, in den beiden deutschen Berichtsregionen hat sie sich nicht verändert.

Taux comparatifs de mortalité* par suicide selon le sexe et l'âge en 1995-97 en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
(Taux pour 100 000 habitants)

Sterblichkeit* aufgrund von Selbsttötungen nach Geschlecht und Alter 1995-97 im Elsass, der badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
(Direkt altersstandardisierte Sterberaten je 100.000 Einwohner)



Une majorité de décès avant 65 ans

En 1995-97, 239 décès ont été enregistrés chaque année en Alsace, 374 dans la zone d'étude du Bade et 38 dans le Palatinat du Sud.

La surmortalité masculin du Bade par rapport à l'Alsace s'exprime aux âges

Mehrheit der Todesfälle im Alter unter 65 Jahren

Im Zeitraum von 1996-97 wurden im Elsass jährlich 239 Todesfälle, in der badischen Berichtsregion 374 und in der Südpfalz 38 Sterbefälle registriert.

Die im Vergleich zum Elsass höhere Sterblichkeit unter den Männern aus

jeunes. Après 65 ans c'est dans le Palatinat que l'on mesure le taux de mortalité masculin le plus fort.

Quelle que soit la région, les taux de mortalité sont toujours plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Pour les hommes plus de 3 décès par suicide sur 4 ont lieu avant 65 ans. La proportion est de deux tiers pour les femmes.

Baden betrifft die jüngeren Altersgruppen. Im Alter ab 65 Jahren ist die höchste Sterberate unter den Männern in der Südpfalz zu beobachten.

Die Sterberaten für die Männer sind - unabhängig von der Teilregion - immer höher als die für die Frauen.

Unter den Männern ereignen sich drei von vier Selbsttötungen im Alter unter 65 Jahren, bei den Frauen sind es zwei Drittel.

Nombre de décès par suicide selon le groupe d'âge en Alsace, dans la zone d'étude du Bade et dans le Palatinat du Sud
Moyennes annuelles 1995-97

Zahl der Todesfälle durch Selbsttötungen nach Altersgruppen 1995-97 im Elsass, der badischen Berichtsgebiet und der Südpfalz
Jahresmittelwerte 1995-97

Hommes / Männer

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans		0,2%	1	0,4%		0,0%	1	0,3%
15-34 ans	44	25,4%	64	23,5%	6	19,8%	114	23,9%
35-64 ans	86	49,8%	148	54,4%	15	52,3%	250	52,6%
65 ans ou +	43	24,6%	59	21,8%	8	27,9%	110	23,2%
Total	**173**	**100,0%**	**273**	**100,0%**	**29**	**100,0%**	**475**	**100,0%**

Femmes / Frauen

	Alsace / Elsass		Zone d'étude du Bade Badische Berichtsregion		Palatinat du Sud Südpfalz		Ensemble / Insgesamt	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
15-34 ans	9	13,7%	18	17,4%	1	10,7%	28	15,7%
35-64 ans	36	54,8%	51	50,0%	4	46,4%	91	51,6%
65 ans ou +	21	31,5%	33	32,6%	4	42,9%	58	32,7%
Total	**66**	**100,0%**	**101**	**100,0%**	**9**	**100,0%**	**176**	**100,0%**

Imprimerie JUNG - 14 rue de l'Ill - 67118 Geispolsheim - Tél. 03 88 66 20 34 - Fax 03 88 66 31 07 - E-Mail : jung.imp@wanadoo.fr

Ce projet est financé par :

Das Projekt wurde finanziert durch :

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ
DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

CONSEIL GENERAL DU BAS-RHIN

LGA Landes Gesundheits Amt Baden-Württemberg

URCAM ALSACE

RheinlandPfalz

sozial AKTIV für Rheinland-Pfalz

Conseil Général Haut Rhin

INTERREG II