

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

SANTE PUBLIQUE 2023-2024



Trois photos emblématiques du caducée : collection Asclépiade (de G à D : HERMES (deux ailes aux jambes), ASCLÉPIOS & APOLLON

L'emblème de l'OMS, choisi en 1948, est composé du symbole des Nations Unies surmonté du bâton d' : collection Asclépiade autour duquel est enroulé un serpent. Il illustre traditionnellement la médecine et la profession médicale : c'est le caducée. Il vient du latin *caduceus* « *baguette du héraut* ». En Grèce et à Rome, il est un messager chargé de porter les ordres du prince, de faire les annonces dans les assemblées et de déclarer la guerre. Le terme est emprunté au dorien *καρύκιον* (*karúkion*, de même sens, qui fait *κηρύκειον*, *kêrúkeion* en grec attique, dérivé de *κήρυξ*, *kêrux* (« héraut »), et apparenté à *κηρύσσω*, *kêrússō* (« annoncer »).

La baguette signifie le pouvoir, les serpents la prudence, les ailes l'activité. Le caducée, attribut des corps de santé, trouve une origine dans l'histoire de l'humanité ou plus exactement dans la mythologie gréco-romaine. Il agrège deux divinités : HERMÈS (MERCURE des romains : photo de gauche-supra, coll. Asclépiade) et ASCLÉPIOS (Esculape des romains : photo au centre-supra, coll. Asclépiade). Dieu Grec de la Médecine, il est le fils du Dieu APOLLON (qui détient le pouvoir de guérison, photo de droite-supra et de la mortelle CORONIS. Son sanctuaire se trouve à EPIDAURE dans le PELOPONESE, d'où son culte se répandit dans toute la GRECE. Ce site sacré est utilisé pour les pratiques médicales cérémonielles dès le IIe millénaire av. JC. Il a été associé au culte d'APOLLON au VIIIe siècle av. JC. A travers les siècles, ses temples, son théâtre, ses salles de banquets et de sport ont contribué à faire évoluer la médecine, qui devient une science.

SOMMAIRE

OMS : siège à GENÈVE	4
OMS : organisation	5
Définition OMS de la santé publique	8
Manuel de santé publique (référéncé)	9
Pratiques à risques chez les 15 – 17 ans	10
Les conférences OMS : Almaty, Ottawa, Adélaïde	10
Conventions de GENÈVE	17
Henry DUNANT et la création de la Croix Rouge	19

Bataille de SOLFERINO	24
Statuts du Comité International de la Croix Rouge	29
OMS : mortalité dans le monde	37
Déterminants de la santé	45
France : portrait social	46
Eurostat : Immigrants 2022	65
Estimation du pouvoir d'achat	66
Population française : « le solde naturel » en 2023	67

Le siège de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Genève, livré en 1966, constitue une œuvre phare sur un site aujourd'hui en restructuration. Outre la renommée internationale de son concepteur, Jean Tschumi, fondateur et longtemps directeur de l'école d'architecture et d'urbanisme de l'université de Lausanne, l'édifice occupe une place privilégiée dans l'architecture internationale du XXe siècle.

Depuis 1948, elle est l'institution spécialisée des Nations Unies pour la santé, rassemblant les nations, les partenaires et les communautés qui s'emploient à promouvoir le meilleur état de santé possible pour tout être humain, quels que soient sa race, sa religion, son genre, ses opinions politiques et sa situation ...



OMS : Organisation

L'Organisation Mondiale de la Santé a été fondée le 7 avril 1948, en même temps que l'entrée en vigueur de sa Constitution.

Aujourd'hui, l'OMS compte 194 États membres et est gouvernée par l'Assemblée mondiale de la santé qui se réunit tous les ans pour définir la politique de l'organisation.

Elle s'organise également autour d'un Secrétariat général et de six bureaux régionaux répartis dans le monde pour agir au plus près des États membres.

L'actuel Directeur général de l'OMS est le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, élu en mai 2017 pour un mandat de 5 ans.

De nationalité Éthiopienne, il est le premier Africain à occuper cette fonction. Il a également été Président du Conseil du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et président du Partenariat

Faire reculer le paludisme

Pour la période 2024-2026, 15,7 milliards de dollars ont été promis par les contributeurs. Les principaux donateurs historiques du Fonds mondial sont les États-Unis, la France, le Royaume-Uni et l'Allemagne.



L'OMS est l'autorité directrice et coordonatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies. Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique. Au 21ème siècle, la santé est une responsabilité partagée qui suppose un accès équitable aux soins essentiels et la défense collective contre des menaces transnationales.



Les États Membres de l'OMS sont répartis dans six régions, à savoir :

la Région africaine, la Région des Amériques, la Région de l'Asie du Sud-Est,

la Région européenne, la Région de la Méditerranée orientale et la Région du Pacifique occidental.

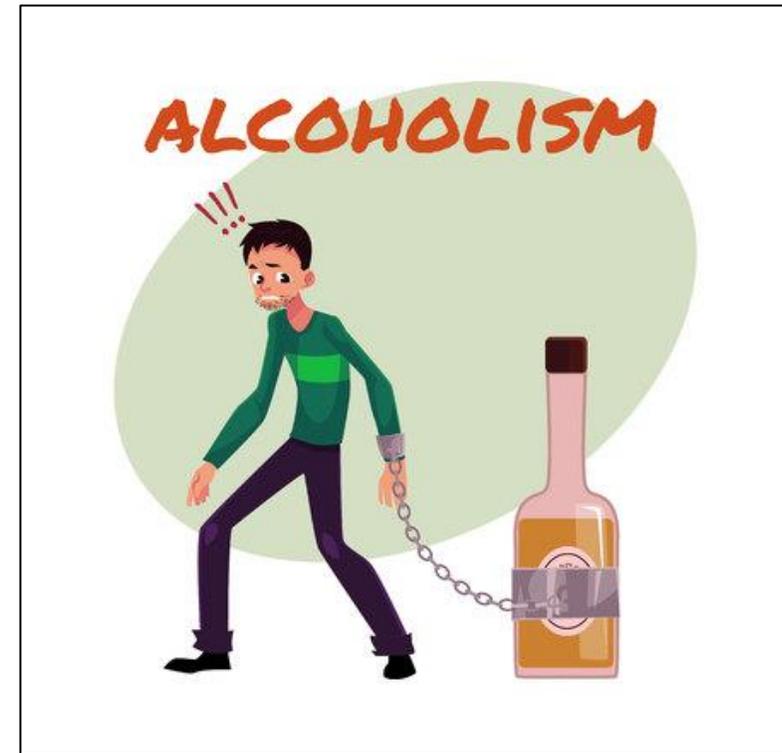
L'Assemblée mondiale de la Santé est le principal organe directeur de l'OMS, qui compte 194 États

Membres. Chaque année, généralement en mai, des délégués de tous les États Membres se

réunissent pour convenir des priorités et des politiques de l'Organisation.

DEFINITION OMS DE LA SANTE PUBLIQUE

En 1952, l'OMS définit la santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif.



« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ; ce n'est pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé est un droit fondamental de l'être humain. L'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé. ».

MANUEL de santé publique

Références

Santé

Social

Sous la direction de
Jacques Raimondeau

Au cœur de l'actualité et des préoccupations des politiques, des citoyens et des chercheurs, la santé publique semble souvent complexe tant elle mobilise de disciplines diverses. S'appuyant sur de nombreuses illustrations concrètes, ce manuel dresse un large panorama des savoirs académiques et professionnels en santé publique, ainsi que des enjeux et défis à relever.

En une vingtaine de chapitres, il permet de développer ses connaissances sur des notions fondamentales en épidémiologie, économie de la santé, protection sociale, organisation des systèmes de santé. Les régulations financière, juridique, administrative, mais aussi démocratique y sont décrites et analysées, en France, en Europe ou à l'échelle internationale.

Les questions nouvelles de santé publique comme la e-santé, les effets de la mondialisation sur la santé ou les menaces imprévues ou méconnues, sont également présentées dans cette 2^e édition, en se référant aux situations les plus récentes comme la pandémie de Covid-19.

Destiné aux candidats aux concours sanitaires et sociaux (EHESP, agrégation en sciences médico-sociales...), aux étudiants de l'Université et internes en médecine se spécialisant en santé publique, cet ouvrage intéressera toutes celles et tous ceux qui souhaitent s'écarter d'une attitude simpliste à l'égard d'un sujet qui nous concerne tous : notre santé.

Jacques Raimondeau (dir.) est médecin spécialiste en santé publique et responsable de l'enseignement de santé publique pour les cycles de préparation aux concours de l'EHESP.

Pierre-Henri Bréchat est médecin spécialiste en santé publique et médecine sociale, docteur ès sciences et docteur en droit, praticien hospitalier de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Élodie Carmona, statisticienne et épidémiologiste, est administratrice au Parlement européen.

Gilles Huteau est professeur en politiques sociales et de santé à l'EHESP et enseigne la protection sociale à Sciences Po Rennes, ainsi qu'à l'université Rennes 1.

Philippe Marin est directeur d'hôpital, docteur en droit, et enseignant à l'EHESP.

Philippe Naty-Daouin, docteur en pharmacie et économiste de la santé, est responsable du pôle produits de santé, pharmacie et biologie de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, chargé d'enseignements à l'EHESP et à l'EN3S.

ISBN : 978-2-8109-1068-7



www.press.es.ehesp.fr

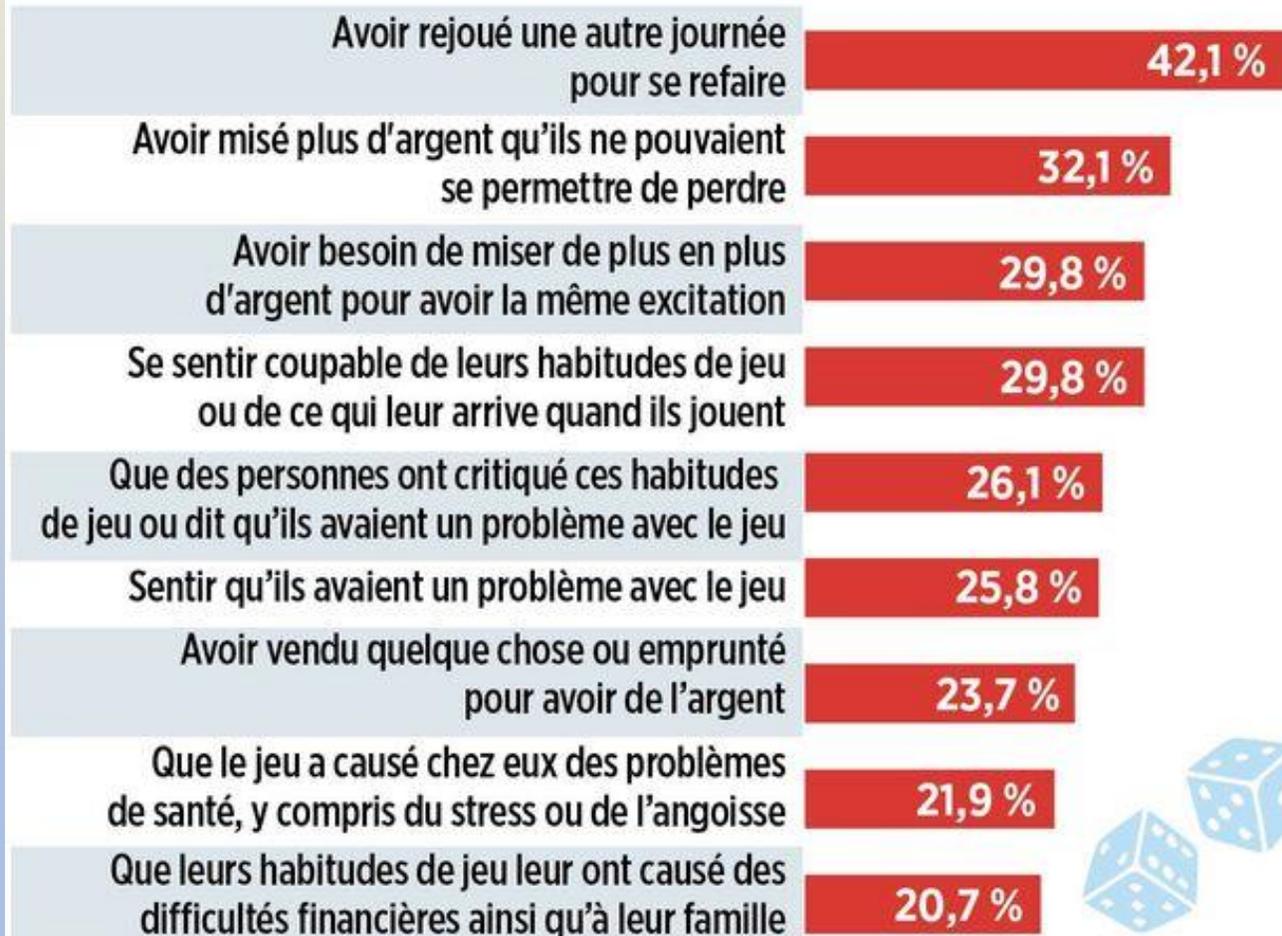
40 €

À destination des candidats aux concours administratifs, des étudiants des écoles préparatoires d'administration générale et des grandes écoles, et des internes de médecine se spécialisant dans cette discipline, cet ouvrage de référence offre un panorama complet des savoirs et problématiques actuelles en santé publique et des enjeux et défis à venir (amélioration de l'état de santé des populations, implication de la population dans le fonctionnement des systèmes de santé, création d'un système de protection sociale européen...). En 20 chapitres, cette 2^e édition entièrement revue et augmentée permet de parfaire ses connaissances sur l'administration de la santé en France et en Europe (dépenses et financement, circulation des produits de santé...) à l'appui des dernières études statistiques, épidémiologiques et socio-économiques. Les effets de la mondialisation sur la santé, les menaces imprévues ou méconnues, tels que les risques environnementaux ou les résurgences de maladies, sont également présentés, démontrant toute l'importance de la santé publique et de ses enjeux.

Les pratiques à risques développées chez les jeunes âgés de 15 à 17 ans



Au cours des 12 derniers mois, les joueurs déclarent (selon l'indice ICJE)* :



* Cumul des réponses : parfois, la plupart du temps et presque toujours

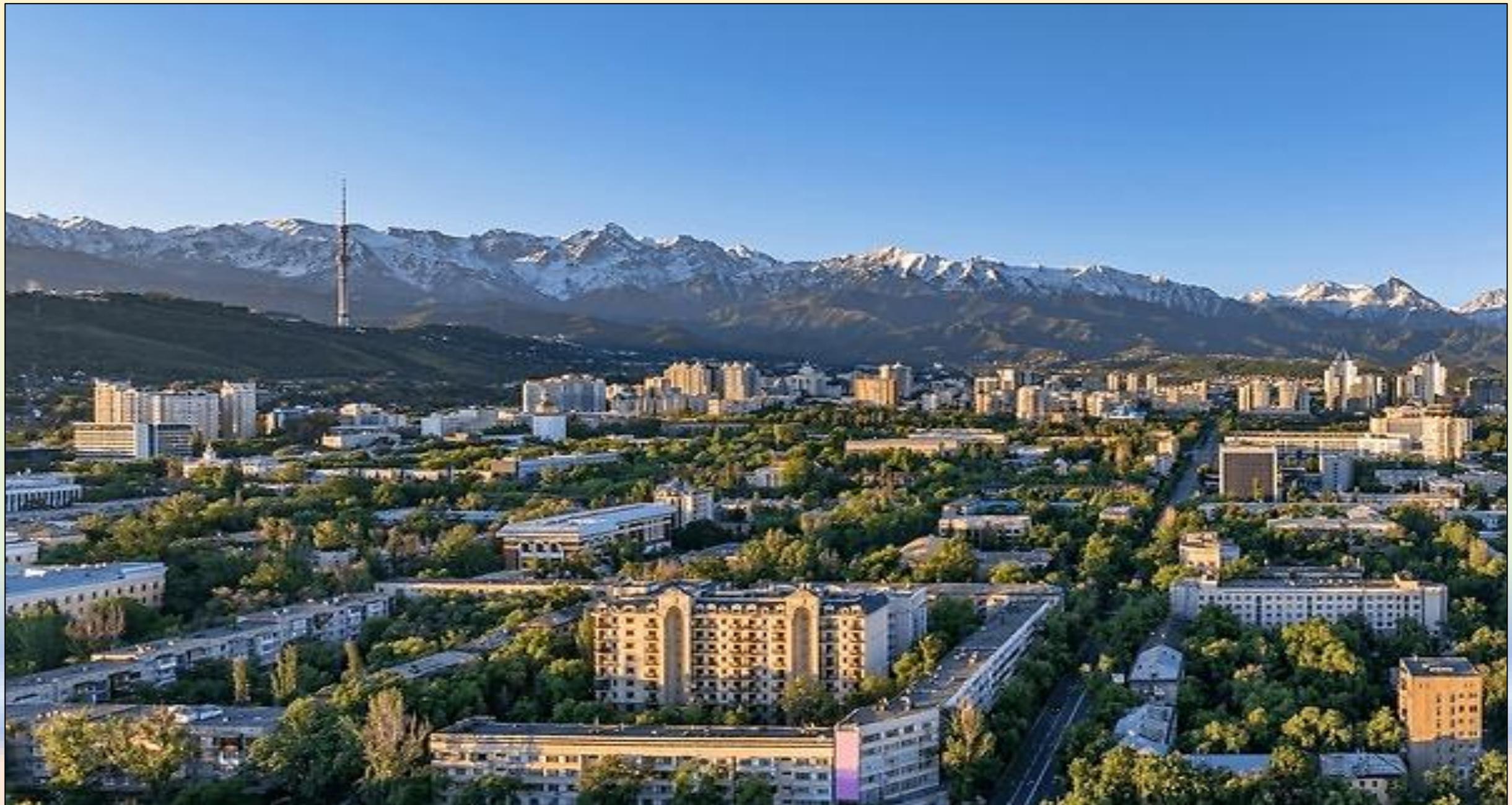
Soins de santé primaires La déclaration d'ALMATY (ALMA-ATA) de 1978

En 1978, la Déclaration d'Almaty (Kazakhstan) issue de la Conférence sur les soins de santé primaires a mis en évidence l'importance de ces soins comme moyen d'accéder à un niveau acceptable de santé pour tous. L'initiative était ambitieuse.

La prévention primaire vise à diminuer l'incidence des maladies dans une population donnée (ex : vaccination)

La prévention secondaire vise à diminuer la prévalence de la maladie dans une population donnée par des mesures curatives, elle correspond à la thérapeutique.





Almaty (ALMA ATA), la plus grande ville du Kazakhstan située sur les contreforts des monts Trans-Ili Alataou. Elle fut la capitale du pays jusqu'en 1997 et reste le principal centre commercial et culturel du Kazakhstan.



OMS : Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 pour la promotion de la santé

La première conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente « charte » en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà. Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions.

Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la santé.



Recommandations d'Adélaïde (1988) : « Une politique publique saine »

La Conférence d'Adélaïde-Australie (1988) est partie du principe que la santé est à la fois un droit fondamental de l'homme et un excellent investissement social. Elle a mis l'accent sur l'importance de promouvoir la santé en liant entre elles les politiques économiques, sociales et sanitaires.

L'approche d'intégration de la santé dans toutes les politiques est le plus efficace lorsque :

- un mandat clair fait d'une action gouvernementale concertée un impératif
- les processus systématiques tiennent compte des interactions entre les divers secteurs
 - les différents intérêts sont pris en compte
- il existe des processus transparents, participatifs et favorisant le devoir de rendre des comptes
- des parties prenantes extérieures au gouvernement sont associées
 - des initiatives intersectorielles pratiques permettent de constituer des partenariats et de favoriser la confiance.





The Adelaide Convention Centre proudly sits at the heart of the [Adelaide Riverbank](#) , just 15 minutes from the Adelaide International Airport.

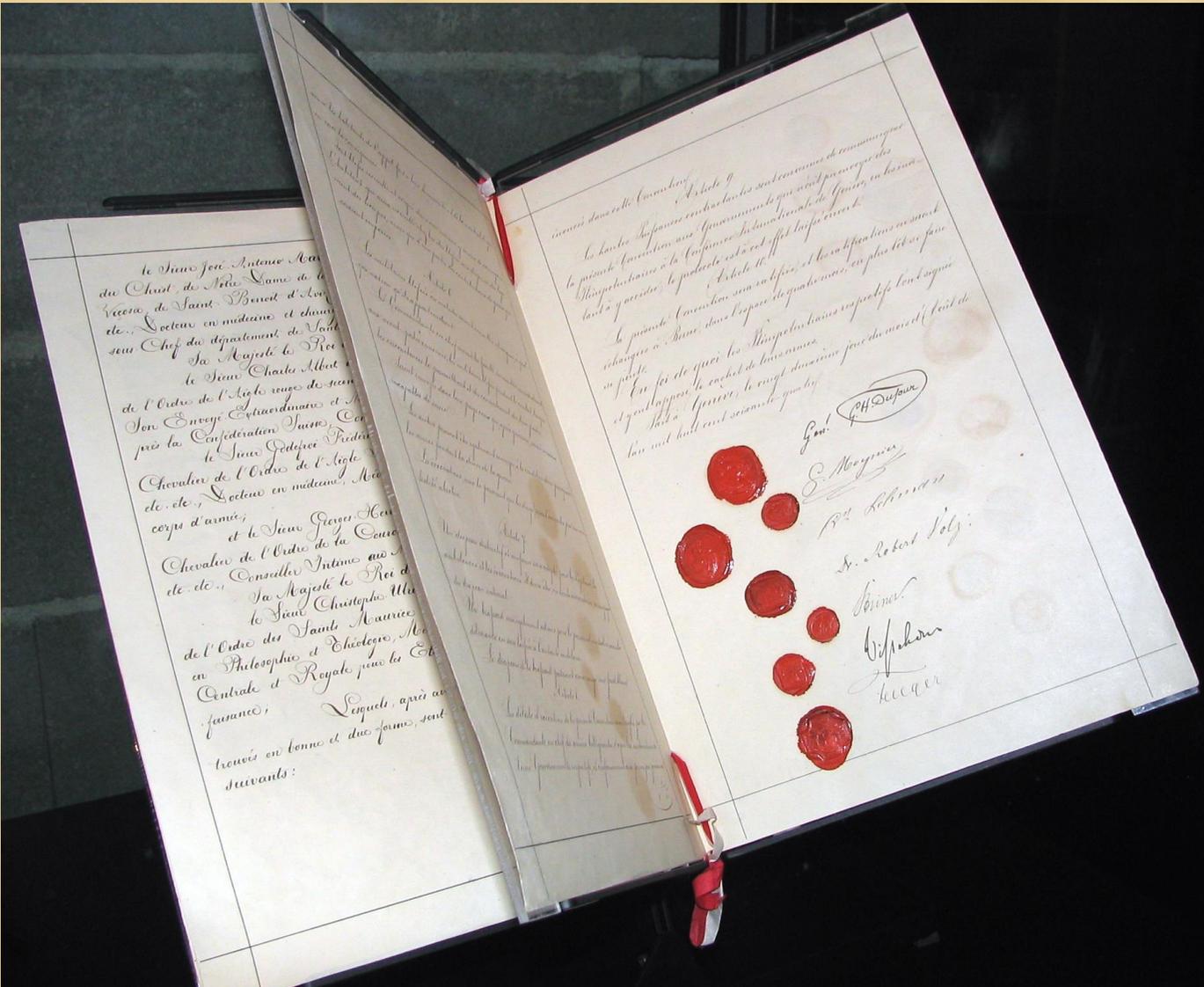
OMS : Conventions de GENEVE

Les conventions de Genève sont des traités internationaux fondamentaux dans le domaine du droit international humanitaire.

Elles dictent les règles de conduite à adopter en période de conflits armés, et notamment la protection des civils, des membres de l'aide humanitaire, des blessés, ou encore des prisonniers de guerre.

La première convention de Genève date de 1864. Cependant, les textes qui sont en vigueur aujourd'hui ont été écrits après la Seconde Guerre mondiale. Sept textes ont cours actuellement : les quatre conventions de Genève du 12 août 1949 ; les deux protocoles additionnels du 8 juin 1977 ; le troisième protocole additionnel de 2005.

Les quatre conventions de Genève ont été mondialement ratifiées, ce qui signifie que chacun des États du monde s'engage à les respecter.





Fondement du Droit Humanitaire International (DIH) et de la Croix-Rouge, signées par la quasi-totalité des pays du monde, les Conventions de Genève instaurent des règles d'humanité qui ont pour but le respect de l'être humain et de sa dignité en temps de conflit. La première Convention de Genève a entériné la création de la Croix-Rouge. Le Comité international et permanent de secours aux blessés militaires (futur Comité International de la Croix Rouge), est fondé en 1863 autour des idées de DUNANT

Il parvient en quelques mois à réunir 16 Etats au sein d'une conférence diplomatique, qui aboutit à la signature de la première Convention de Genève.

HENRY DUNANT (1828-1910)

Est le fils aîné de quatre frères et sœurs ; ses parents, le commerçant Jean-Jacques Dunant et son épouse Antoinette Dunant-Colladon sont protestants calvinistes appartenant à la bourgeoisie moyenne. Ils disposent d'une influence dans la ville et s'engagent dans l'action sociale. Son père est membre du Conseil représentatif, ancêtre du Conseil municipal de la ville de Genève. Il se préoccupe du sort des orphelins (comme le fera plus tard son fils Henry) et des anciens criminels. Sa mère travaille dans le secteur de la bienfaisance, en particulier pour les pauvres et les malades. Elle est la fille de Henry Colladon, directeur de l'hôpital et maire de la commune d'AVULLY. Les activités de bienfaisance des parents influent sur l'éducation de leurs enfants : la responsabilité sociale est tôt inculquée à Henry, à ses deux sœurs et ses deux frères cadets.

À l'âge de six ans, Henry part avec toute sa famille à la découverte de la mer Méditerranée, ce voyage permet également au père de contrôler les conditions de détention des hommes d'origine genevoise incarcérés à TOULON .

Le petit Henry accompagne son père lors de ces visites ; doté d'une grande sensibilité, il est choqué et horrifié. Il se distingue tôt par l'intensité de sa ferveur religieuse. À 15 ans, il vit une nouvelle naissance et assiste aux cultes évangéliques de la Chapelle de l'Oratoire (devenue Église libre de Genève). Dunant est admis au Collège de GENEVE, mais le quitte précocement en raison de ses mauvaises notes.

Il débute en 1849 un enseignement de trois ans chez les banquiers Lullin et Sautter. Au terme de sa formation, il devient employé de banque mais reste actif sur le plan social. Avec le désir de s'engager dans le domaine social, Dunant, influencé par un courant religieux présent à Genève et dans d'autres régions francophones et désigné sous le nom de RÉVEIL s'engage à l'âge de 18 ans au sein de la Société pour des donations d'aumône. Le 30 novembre 1852, il fonde un groupe genevois qui formera le noyau de la YONG MEN'S CHRISTIAN ASSOCIATION (YMCA) fondée trois ans plus tard à Paris et dont la charte sera rédigée par Dunant. Le 24 août 1855 à Paris, il est l'un des dix signataires, fondateurs de la charte de l'Alliance universelle des Young Men's Christian Association (YMCA), dite « Base de Paris ».

Affaires en Algérie

En 1853, Dunant visite, pour la Compagnie genevoise des colonies suisses qui a reçu un terrain à Sétif par concession du gouvernement français , l'Algérie la Tunisie et la Sicile. Malgré de faibles résultats concrets, il conduit les affaires de ses donateurs d'ordre avec succès. Inspiré de ses impressions de voyage, il rédige et publie en 1858 son premier ouvrage *Notice sur la régence de Tunis*. À l'aide de ce livre, il réussit à accéder à plusieurs sociétés scientifiques.

En 1856, il fonde une société coloniale et, après avoir obtenu une concession de terres en Algérie, met en place deux ans plus tard la Société financière et industrielle des moulins de Mons-Djemila à Saint-Arnaud (actuelle EL EULMA) après avoir constaté que la population de Sétif était obligée de fabriquer sa farine elle-même. Néanmoins, l'autorisation de l'exploitation d'une chute d'eau pour faire fonctionner le premier moulin moderne construit n'arrive pas car les législations sur les cours d'eau et les terres ne sont pas claires et les autorités coloniales compétentes ne se montrent guère coopératives.

En 1859, Dunant prend la nationalité française à CULOZ pour faciliter l'accès aux concessions agricoles et faire pousser du blé.

MOULINS DE MONS DJEMILA

SOCIÉTÉ ANONYME DES MOULINS DE MONS DJEMILA

— Province de Constantine. —
(Algérie)
autorisée par arrêté du Conseil d'Etat en date du 8 Janvier 1858.

Capital 500,000 Francs. divisé en 1000 Actions de cinq cents Francs.

RÉCEPISSÉ PROVISOIRE DE VERSEMENT.

N° 5

Reçu de Monsieur le Comte Alroy de Bude (sans titre de Bude) la somme de mille francs formant le versement intégral à raison de 500 francs par action, sur deux actions dont il est titulaire sur les registres de la Société.

Genève, le 2 juillet 1859

*En nom du Conseil d'Administration
Les Administrateurs délégués*

Bon pour deux actions entièrement libérées.
Henry Dunant

= Valeur 1 feuille



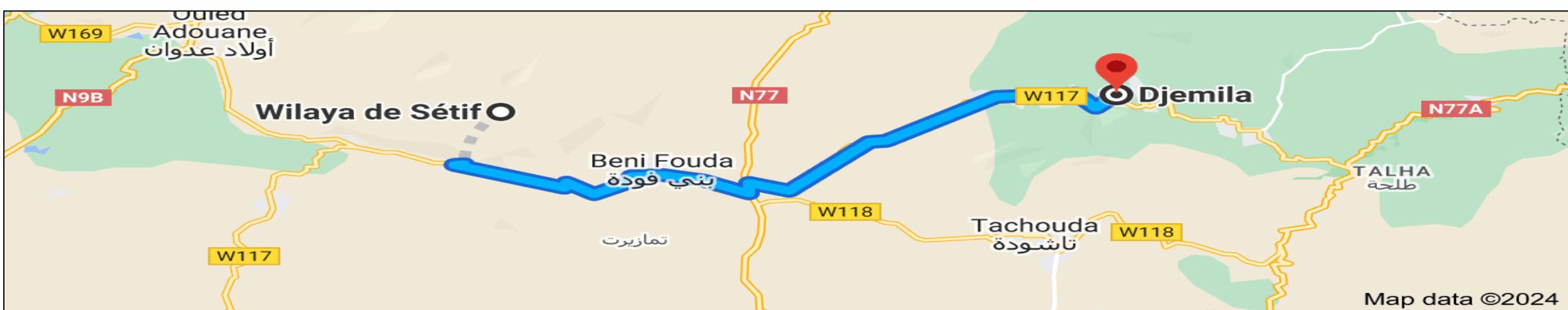
Henry Dunant

De la société financière et industrielle des moulins de Mons-Djémila en Algérie, mémorandum (Éd. 1859)



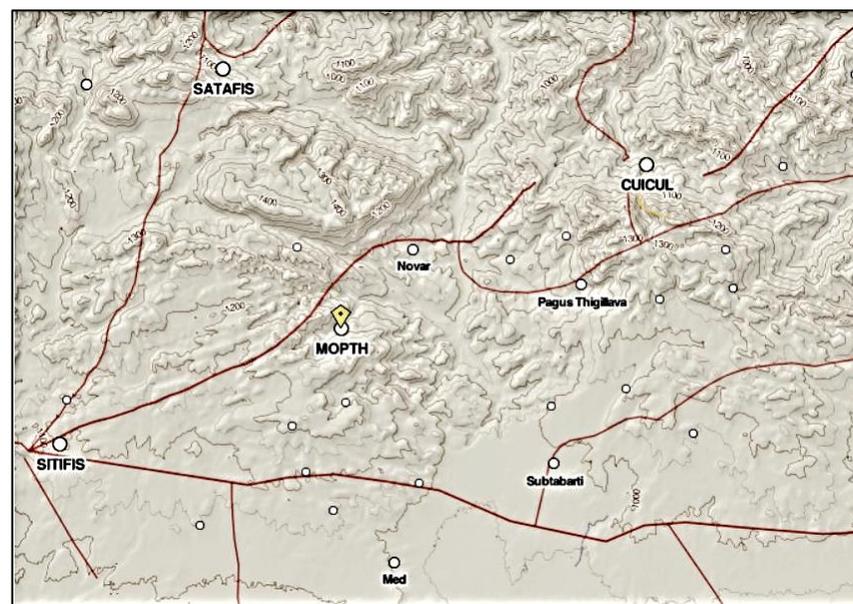
hachette LIVRE **{BnF}**

Titre de la Société Anonyme des Moulins de Mons Djemila signée par Henry Dunant



Mons (Henchir-El-Ksar) : Le site de Mons (MOPH) est situé sur l'ancien itinéraire entre Sétif et Djemila, près de Beni - Fouada, il occupe une grande superficie. Mons, lieu appelé « Henchir-El-Ksar », la plus ancienne inscription latine datée trouvée dans le site est de l'an 157 après J-C. On ignore à quelle époque, Mons devient une municipalité romaine.

Les restes archéologiques dans ce site se limitent au tracé de la forteresse Byzantine (photo en bas et à gauche) et aux ruines visibles d'un temple. Les archéologues soupçonnent l'existence d'une ville enfouie comme celle de Djemila (Cuicul).



Ci-contre, les principales voies de communication romaines

SITIFIS (Sétif)
 MOPTH (Mons)
 CUICUL (Djémila)



DJÉMILA, Djemila, ou encore Djamila (de l'arabe : جميلة *la belle*) est une commune du nord-est de l'Algérie, située dans la wilaya de Sétif en bordure des régions de Basse Kabylie et de Constantine. La commune abrite l'antique *CUICUL*, figurant, au patrimoine mondial par l'UNESCO.

(suite de la page 19) Une année plus tard, il décide de s'adresser directement à l'empereur Napoléon III alors que celui-ci s'est arrêté avec son armée en LOMBARDIE. En effet, la FRANCE y combat aux côtés des Piémontais contre les Autrichiens qui occupent de grandes parties du nord de l'Italie actuelle. Le quartier général de Napoléon III se trouve dans la petite ville de SOLFERINO située à proximité du lac de garde. Dunant écrit d'abord un éloge à l'empereur afin que celui-ci réponde positivement à sa demande. Il se rend ensuite à SOLFÉRINO pour rencontrer l'empereur et faire sa requête.





SOLFÉRINO : commune italienne de la province de Mantoue en Lombardie.
Code postal : 46040 **Maire Mandat** : Germano Bignotti; 2019-2024
Population : 2 628 hab. (31-12-2010) **Superficie** : 13 km²

La « *boucherie* » de Solferino

Le conflit entre l'empire autrichien et la coalition franco-sarde est né de la promesse faite par Napoléon III au roi Victor-Emmanuel II de l'aider à faire autour de lui l'unité de l'Italie en échange de la Savoie et Nice.

Bousculée à Magenta, l'armée autrichienne fait une retraite ordonnée vers le « *quadrilatère* » des quatre forteresses de Legnano, Mantoue, Peschiera et Vérone, au sud du lac de Garde et sur le Mincio, aux confins de la Vénétie. Revigorée et forte de 180 000 hommes, elle est placée sous le commandement direct du jeune empereur [François-Joseph Ier](#).

De son côté, l'armée franco-piémontaise, qui compte 150 000 hommes, remonte lentement vers le lac de Garde, à la rencontre de l'ennemi. Là-dessus, les avant-gardes alliées rencontrent avec surprise les avant-gardes autrichiennes qui ont franchi le Mincio. Les Franco-Piémontais se voient contraints au combat qu'ils n'attendaient pas si tôt. Le front s'étire sur une douzaine de kilomètres et donne lieu à quatre batailles séparées, décousues et épuisantes.

Au bout de quelques heures, l'empereur Napoléon III décide de provoquer une rupture par une attaque massive au centre, sur le village de Solferino. Pour éviter l'encerclement, François-Joseph ordonne la retraite. Il bénéficie du concours inopiné d'un violent ouragan qui entraîne l'arrêt des combats.

Au terme de cette bataille désordonnée et sans envergure stratégique, près de 40 000 soldats restent sur le champ de bataille (morts, blessés ou disparus) dont 12 000 Français, 6 000 Piémontais et 22 000 Autrichiens. Le total des morts s'élève à environ 6 000.

Malgré les réticences des Piémontais qui ont tout lieu d'être satisfaits de cette guerre par procuration, Napoléon III profite de son avantage pour signer un armistice avec l'empereur d'Autriche François-Joseph 1er à Villafranca le 11 juillet 1859. La guerre entre la coalition franco-piémontaise et l'Autriche n'aura duré que deux mois, du 10 mai au 8 juillet 1859.

Son plus mémorable souvenir demeure la [création de la Croix Rouge](#). L'idée en est venue au banquier genevois Henry Dunant en visitant le champ de bataille de Solferino.





COMPIÈGNE* :
signature de
l'Armistice du
11 nov. 1918,
à la fin de la
Première Guerre
Mondiale, dans un
wagon à
Rethondes,
commune située
non loin, dans la
forêt de
Compiègne.

***Bataille de Solférino, 24 juin 1859 dit aussi Le Général Niel à la bataille de Solférino
Par Jean Adolphe BEAUCE, 1859, 0,86 x 171 cm, musées du second Empire, Compiègne****

La bataille de Solférino a lieu durant la campagne d'Italie. Elle se déroule en Lombardie, dans la province de Mantoue, et se conclut par une victoire des armées françaises de Napoléon III et sarde sur l'armée autrichienne de l'empereur François-Joseph.



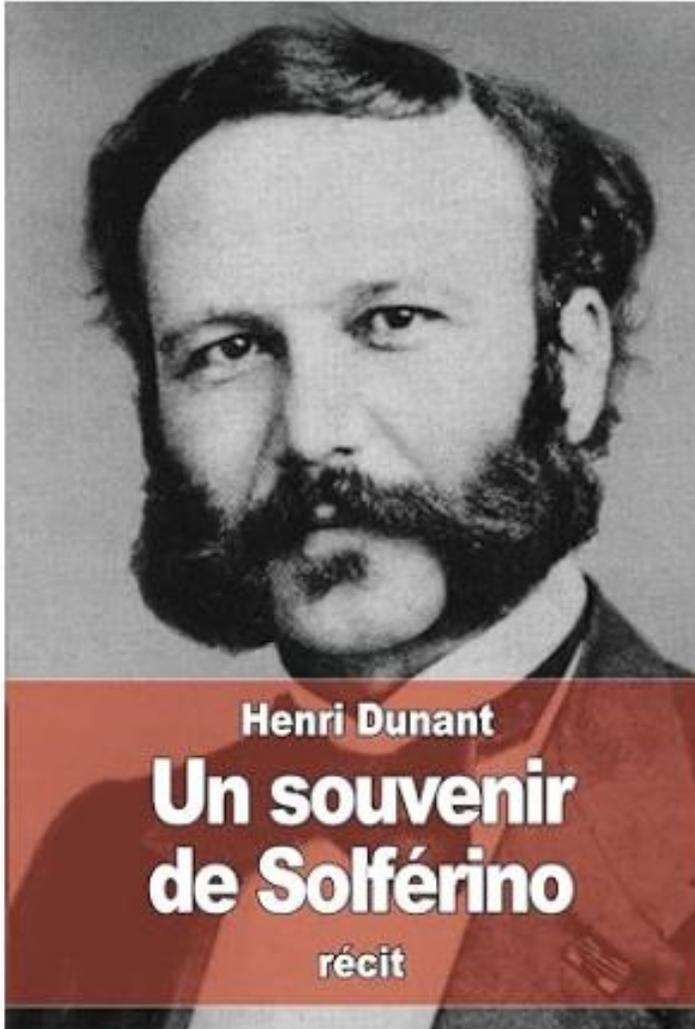
HENRY DUNANT (Jean-Henri) homme d'affaires et humaniste suisse (*un phare pour l'humanité – NDLR*), chrétien protestant, il est le fondateur de la Croix-Rouge internationale.

Pendant un voyage d'affaires en juin 1859, il se trouve à proximité de Solférino en Italie. Il découvre les dégâts humains de la bataille qui s'y est déroulée.

Fortement éprouvé, Il écrira le manuel *Un souvenir de Solférino* qu'il publiera en 1862 (Cf. infra p.27). Une année plus tard, il participe à GENEVE à la fondation du Comité international de secours aux militaires blessés, désigné **Comité International de la Croix Rouge**.

La première convention de Genève est ratifiée en 1864.

Il obtient avec Frédéric PASSY le premier prix Nobel de la paix en 1901.



Lors d'un voyage d'affaires, Henri Dunant se rend en juin 1859 à proximité de la ville italienne de Solférino et se trouve alors le témoin des résultats d'une bataille entre les troupes piémontaises et françaises d'un côté et autrichiennes de l'autre. Il traverse le champ de bataille à l'issue des combats et se trouve profondément choqué par ce qu'il voit : les blessés gisant au milieu des cadavres sans que personne ne puisse leur porter secours. Il rapporte alors son expérience dans un ouvrage qu'il intitule **Un souvenir de Solférino**. Outre une très longue description de ce qu'il a vécu de la bataille, il propose :

- 1. la création de sociétés de secours dans chaque pays qui, lors des conflits armés, pourraient venir en aide aux victimes des combats**
- 2. un texte de droit visant à protéger les blessés de tous les camps et la protection de ceux chargés de les soigner.**

Dunant publie le livre en 1862, à ses propres frais, et en envoie un exemplaire aux principales personnalités politiques et militaires européennes.

En quelques années, le livre est traduit en onze langues.



Statuts du Comité International de la Croix-Rouge

ADOPTÉS LE 21 DECEMBRE 2017 ET ENTRÉS EN VIGUEUR LE 1ER JANVIER 2018

Préambule

Organisation impartiale, neutre et indépendante, le Comité international de la Croix Rouge (CICR) a la mission exclusivement humanitaire de protéger la vie et la dignité des victimes de conflits armés et d'autres situations de violence, et de leur porter assistance.

Le CICR s'efforce également de prévenir la souffrance par la promotion et le renforcement du droit et des principes humanitaires universels.

Créé en 1863, le CICR est à l'origine des Conventions de Genève et du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Mouvement), dont il dirige et coordonne les activités internationales dans les conflits armés et les autres situations

Article 1. Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR)

1. Le CICR est une organisation consacrée par les Conventions de Genève, leurs Protocoles additionnels, les Statuts du Mouvement et les Conférences internationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Conférences internationales).
2. Il est l'une des composantes du Mouvement, qui comprend également les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Sociétés nationales) et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Fédération).

Article 2. Statut juridique

1. Le CICR est constitué en association régie par les articles 60 et suivants du Code civil suisse.
2. Afin de pouvoir remplir son mandat et sa mission humanitaires, le CICR bénéficie d'un statut équivalent à celui d'une organisation internationale et possède une personnalité juridique internationale dans l'exercice de ses fonctions.

Article 3. Siège, emblème, logo et devise

1. Le CICR a son siège à Genève, en Suisse.
2. Le CICR a pour emblème la croix rouge sur fond blanc, qu'il est habilité à utiliser en tout temps, conformément aux Conventions de Genève et à leurs Protocoles additionnels.
3. Le logo du CICR est composé d'une croix rouge sur fond blanc entourée de deux cercles concentriques, à l'intérieur desquels sont inscrits les mots « COMITÉ INTERNATIONAL GENÈVE », et surmontant les initiales appropriées.
4. Le CICR a pour devise « *Inter arma caritas* » et fait également sienne la devise « *Per humanitatem ad pacem* ».
Inter arma caritas (Entre les armes charité) Per humanitatem ad pacem (Vers la paix, par l'humanité)

Article 4. Rôle

1. Le CICR a, notamment, pour rôle :

- a) de maintenir et diffuser les Principes fondamentaux du Mouvement, à savoir : humanité, impartialité, neutralité, indépendance, volontariat, unité et universalité
- b) de reconnaître toute Société nationale nouvellement créée ou reconstituée qui répond aux conditions de reconnaissance énoncées dans les Statuts du Mouvement, et de notifier cette reconnaissance aux autres Sociétés nationales
- c) d'assumer les tâches qui lui sont reconnues par les Conventions de Genève, de travailler à l'application fidèle du droit international humanitaire applicable dans les conflits armés et de recevoir toute plainte au sujet de violations présumées de ce droit
- d) de s'efforcer en tout temps, en sa qualité d'institution neutre dont l'activité humanitaire s'exerce spécialement en cas de conflits armés – internationaux ou autres – ou de troubles intérieurs, d'assurer protection et assistance aux victimes militaires et civiles desdits événements et de leurs suites directes
- e) d'assurer le fonctionnement de l'Agence centrale de recherches prévue par les Conventions de Genève
- f) de contribuer, en prévision de conflits armés, à la formation et à la préparation du personnel et du matériel sanitaires, en collaboration avec les Sociétés nationales, les services de santé militaires et civils et d'autres autorités compétentes
- g) de travailler à la compréhension et à la diffusion du droit international humanitaire applicable dans les conflits armés et d'en préparer les développements éventuels ;
- h) d'assumer les mandats qui lui sont confiés par la Conférence internationale.

2. Le CICR peut prendre toute initiative humanitaire qui entre dans son rôle d'institution et d'intermédiaire spécifiquement neutres et indépendants, et étudier toute question dont l'examen par une telle institution s'impose.

Article 5. Relations avec les autres composantes du Mouvement

1. Le CICR entretient des rapports étroits avec les Sociétés nationales. D'entente avec elles, il collabore dans des domaines d'intérêt commun, tels leur préparation à l'action en cas de conflit armé, le respect, le développement et la ratification des Conventions de Genève, la diffusion des Principes fondamentaux et du droit international humanitaire.
2. Dans les situations visées à l'article 4, alinéa 1, lettre d), et qui nécessitent une coordination de l'assistance apportée par les Sociétés nationales d'autres pays, le CICR, en collaboration avec la Société nationale du ou des pays concernés, en assure la mise en œuvre conformément aux accords conclus avec les autres composantes du Mouvement.
3. Le CICR entretient des rapports étroits avec la Fédération, avec laquelle il collabore dans les domaines d'intérêt commun, conformément aux Statuts du Mouvement et aux accords conclus entre eux

Article 6. Relations en dehors du Mouvement Le CICR entretient des relations avec les autorités gouvernementales et avec toutes les institutions nationales ou internationales dont il juge la collaboration utile.

Article 7. Membres du CICR

1. Le CICR comprend de 15 à 25 Membres qui sont recrutés par cooptation parmi les citoyen-ne-s suisses.
2. Les Membres exercent leurs fonctions à titre bénévole, à l'exception des fonctions de Président-e du CICR et de Vice-Président-e suppléant-e.
3. Le CICR peut nommer Membres honoraires les Membres en fin de mandat.

Article 8. Organes du CICR

Les organes du CICR sont :

- a) l'Assemblée
- b) le Conseil de l'Assemblée
- c) la Présidence
- d) la Direction
- e) l'Audit interne
- f) la Commission indépendante de contrôle en matière de protection des données.

Article 9. L'Assemblée

1. L'Assemblée est l'organe suprême du CICR. Elle exerce la haute surveillance de l'institution et veille à l'accomplissement de sa mission. Elle définit la stratégie institutionnelle et adopte la doctrine, le budget et les comptes du CICR.
2. L'Assemblée est composée des Membres du CICR. Elle a un caractère collégial.

Article 10. Le Conseil de l'Assemblée

1. Le Conseil de l'Assemblée est un organe subsidiaire de l'Assemblée. Il veille au bon fonctionnement de l'institution, en particulier en matière de gestion des ressources humaines et de gestion financière, et assiste l'Assemblée dans ses tâches. Pour ce faire, le Conseil de l'Assemblée est en interaction régulière avec la Direction.
2. Il est composé de cinq à sept Membres élus par l'Assemblée, dont le/la Président-e du CICR et le/la Vice-Président-e suppléant-e.

Article 11. La Présidence

1. Le/la Président-e du CICR assume la responsabilité première des relations extérieures de l'institution.
2. En tant que président-e de l'Assemblée et du Conseil de l'Assemblée, il/elle assure la sauvegarde des compétences de ces deux organes et suit étroitement la gestion de l'institution.
3. Le/la Président-e du CICR est assisté-e dans l'accomplissement de ses fonctions d'un ou d'une Vice-Président-e suppléant-e et, le cas échéant, d'un ou d'une second-e Vice-Président-e.

Article 12. La Direction

1. La Direction est l'organe exécutif du CICR. Elle dirige l'Administration, composée de l'ensemble des collaborateurs et collaboratrices du CICR, à l'exception de l'Audit interne. Elle est responsable de la gestion de l'Administration et assure l'efficacité opérationnelle du CICR.
2. La Direction est composée du Directeur ou de la Directrice général-e et de trois à sept Directeurs ou Directrices.
3. La Direction est présidée par le Directeur ou la Directrice général-e.

Article 13. Pouvoir de représentation

Le CICR est engagé par les actes du ou de la Président-e, du Directeur ou de la Directrice général-e ou de toute personne autorisée par ces derniers.

Article 14. L'Audit interne

1. L'Audit interne du CICR apprécie, de manière indépendante de l'Administration, le degré de maîtrise que l'institution a de ses activités. Ses méthodes sont celles de l'audit interne opérationnel et financier.
2. L'Audit interne couvre l'institution dans son ensemble, au siège et sur le terrain. Il vise à évaluer, de façon indépendante, la performance de l'institution et la pertinence des moyens mis en œuvre par rapport à sa stratégie. Il fait rapport directement à l'Assemblée.
3. Dans le domaine financier, le rôle de l'Audit interne est complémentaire à celui de la société de révision externe.

Article 15. La Commission indépendante de contrôle en matière de protection des données

1. La Commission indépendante de contrôle en matière de protection des données vérifie, de manière indépendante des autres organes du CICR et de l'Administration, la conformité des opérations de traitement de données personnelles effectuées par le CICR avec les règles du CICR applicables en la matière et statue sur les droits des personnes concernées dans le cadre de requêtes individuelles y relatives.
2. Elle couvre les activités de l'institution dans son ensemble, au siège et sur le terrain.
3. Elle informe régulièrement l'Assemblée de ses activités.

Article 16. Ressources et contrôle financier

1. Les ressources du CICR proviennent principalement des contributions des gouvernements et des Sociétés nationales. Elles proviennent aussi des fonds de sources privées et des revenus financiers propres de l'institution.
2. Les ressources et les fonds propres dont le CICR pourrait disposer garantissent seuls l'exécution des engagements de ce dernier. Toute responsabilité personnelle ou solidaire de ses Membres est exclue.
3. L'emploi de ces ressources et fonds est soumis à un contrôle financier autonome interne (Audit interne) et externe (société de révision).
4. En cas de dissolution de l'association, l'actif disponible sera entièrement attribué à une ou plusieurs institutions poursuivant un but humanitaire et bénéficiant de l'exonération de l'impôt. En aucun cas, les biens ne pourront retourner aux donateurs ou donatrices, aux fondateurs ou fondatrices physiques ou aux Membres, ni être utilisés à leur profit en tout ou partie, et de quelque manière que ce soit.

Article 17. Règlement intérieur

L'Assemblée pourvoit à la mise en œuvre des présents Statuts, notamment en établissant un Règlement intérieur.

Article 18. Révision

1. L'Assemblée peut réviser les présents Statuts en tout temps. La révision doit faire l'objet de deux débats prévus à l'ordre du jour de deux séances distinctes.
2. Toute modification des Statuts doit être approuvée par la majorité des deux tiers de tous les Membres.

Article 19. Entrée en vigueur

Les présents Statuts, adoptés le 21 décembre 2017, remplacent les Statuts du Comité international de la Croix-Rouge du 21 juin 1973, révisés le 20 juillet 1998, le 8 mai 2003, le 18 décembre 2014 et le 19 novembre 2015.

Ils entrent en vigueur le 1er janvier 2018.

OMS : mortalité dans le monde

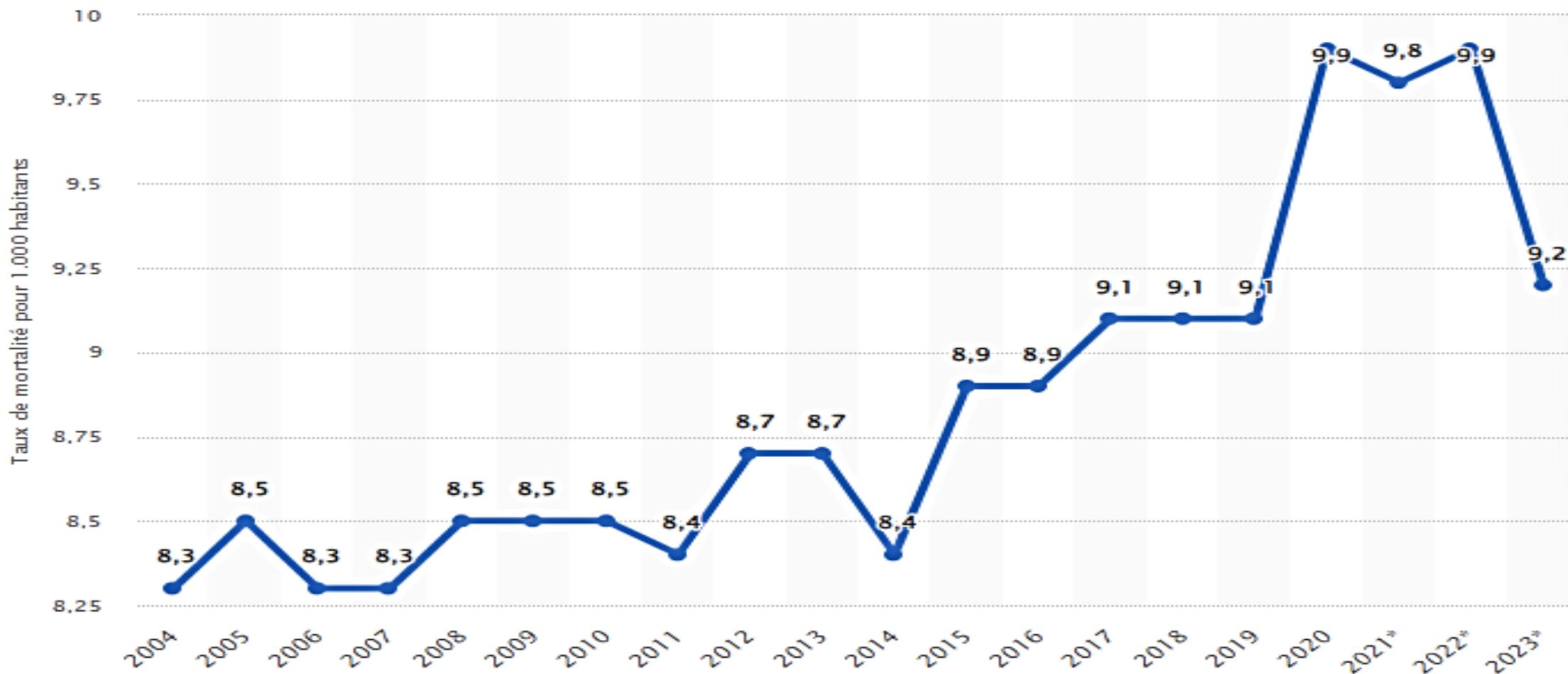
Pourquoi nous faut-il connaître les causes de mortalité des humains ?

- Il importe de savoir de quoi les gens meurent pour améliorer leurs conditions de vie. Le suivi du nombre annuel de décès facilite l'évaluation de l'efficacité de nos systèmes de santé et l'orientation des ressources vers les besoins les plus prononcés. Ainsi, les données relatives à la mortalité peuvent contribuer à cibler les activités et l'allocation des ressources au sein de secteurs comme le transport, l'alimentation et l'agriculture, l'environnement, ainsi que la santé.
- La COVID-19 a souligné qu'il est important que les pays investissent dans des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil pour pouvoir procéder à un recensement quotidien des décès et déployer des efforts de prévention et de traitement directs. La pandémie a en outre mis en évidence une fragmentation des systèmes de collecte de données de la plupart des pays à faible revenu, dans lesquels les décideurs ne savent toujours pas avec certitude combien de personnes meurent, et de quelles causes.
- Pour combler cette lacune fondamentale, l'OMS s'est alliée à d'autres acteurs internationaux pour publier *Révéler le bilan de la COVID-19 : Un dossier technique pour la surveillance rapide de la mortalité et la réponse aux épidémies*. En fournissant aux pays des outils et des conseils aux fins d'une surveillance rapide de la mortalité, on leur donne les moyens de recueillir des données sur le nombre total de décès survenus par jour, semaine, sexe, âge et lieu, ce qui permet aux responsables de la santé de déployer de façon plus opportune des efforts visant à améliorer la santé des personnes.
- L'Organisation mondiale de la Santé élabore par ailleurs des normes et des bonnes pratiques aux fins de la collecte, du traitement et de la synthèse de données, en consolidant et en améliorant la Classification internationale des maladies (CIM-11), une plateforme numérique qui facilite une remontée rapide de données précises sur les causes de décès, afin que les pays génèrent et utilisent régulièrement des données conformes aux normes internationales.
- Pour améliorer la santé et réduire les décès et les incapacités dans le monde, il est essentiel de collecter et d'analyser régulièrement des données de haute qualité sur les décès et les causes de décès, ainsi que sur les incapacités, ventilées par âge, par sexe et par lieu géographique.

Taux de mortalité en France de 2004 à 2023

(pour 1.000 habitants)

statista



Le nombre de décès en 2018 était de 9,1 pour 1.000 habitants, contre 11,5 en Allemagne et 10,5 en Italie

Les chiffres de 2020-2021-2022 sont liés à la pandémie COVID 19

OMS : Les principales causes de mortalité dans le monde

- En 2019, sept des 10 principales causes de décès à l'échelle mondiale étaient des maladies non transmissibles. Elles ont été responsables de 44 % de tous les décès enregistrés, et de 80 % des décès provoqués par les 10 principales causes de mortalité. Par ailleurs, toutes les maladies non transmissibles prises ensemble ont été responsables de 74 % des décès survenus dans le monde en 2019.
- Responsables de 16 % de tous les décès enregistrés dans le monde, les cardiopathies ischémiques sont la première cause de mortalité à l'échelle mondiale. Les décès dus à ces maladies sont ceux qui ont le plus augmenté depuis 2000, passant de 2 millions cette année-là à 8,9 millions en 2019. Provoquant respectivement 11 % et 6 % de tous les décès enregistrés, les accidents vasculaires cérébraux et la bronchopneumopathie chronique obstructive constituent la deuxième et la troisième cause de mortalité à l'échelle mondiale.
- Les infections des voies respiratoires basses demeurent la maladie transmissible qui fait le plus de morts dans le monde, et se placent au quatrième rang des principales causes de mortalité. Le nombre de décès dus à des infections des voies respiratoires basses a toutefois considérablement diminué, passant de 3,06 millions en 2000 à 2,6 millions en 2019.
- Les affections néonatales se classent au cinquième rang des principales causes de mortalité dans le monde. Elles comptent toutefois parmi les affections pour lesquelles le nombre absolu de décès a le plus diminué à l'échelle mondiale au cours des deux dernières décennies, puisqu'elles ont coûté la vie à 2 millions de nouveau-nés et de jeunes enfants en 2019, contre 3,2 millions en 2000.
- Les décès dus à des maladies non transmissibles sont en augmentation. Le cancer de la trachée, le cancer bronchique et le cancer du poumon ont coûté la vie à 1,8 million de personnes en 2019, contre 1,2 million en 2000, et constituent aujourd'hui la sixième cause de décès à l'échelle mondiale.
- En 2019, Alzheimer et les autres formes de démence représentaient la septième cause de mortalité dans le monde. Les femmes payent un tribut disproportionné, puisqu'à l'échelle mondiale, 65 % des personnes décédées des suites d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence sont des femmes.
- Les maladies diarrhéiques comptent elles aussi parmi les affections pour lesquelles le nombre de décès a le plus diminué. Le nombre de décès dus à des maladies diarrhéiques dans le monde a en effet chuté de 2,6 millions en 2000 à 1,5 million en 2019.
- La part de décès dus au diabète ayant augmenté de 70 % depuis 2000, cette maladie chronique fait pour la première fois partie des 10 principales causes de mortalité. Le nombre d'hommes morts du diabète a par ailleurs augmenté de 80 % depuis 2000, ce qui constitue la plus forte hausse des décès chez les hommes enregistrée dans le tableau des 10 principales causes de mortalité.
- D'autres maladies qui comptaient parmi les 10 principales causes de mortalité en 2000 ne font aujourd'hui plus partie de cette liste. Parmi elles figure le VIH/sida. En effet, les décès dus au VIH/sida ont chuté de 51 % au cours des 20 dernières années. Huitième cause de mortalité en 2000, le VIH/sida est donc passé au dix-neuvième rang en 2019.
- En revanche, les maladies rénales se sont hissées du treizième au dixième rang des principales causes de mortalité, le nombre de décès dus à elles étant passé de 813 000 en 2000 à 1,3 million en 2019

Les habitants des pays à faible revenu

Ils sont beaucoup plus susceptibles de mourir d'une maladie transmissible que d'une maladie non transmissible. Dans ces pays, six des 10 principales causes de mortalité sont des maladies transmissibles, malgré le recul de ces dernières à l'échelle mondiale.

Le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida continuent de compter parmi les 10 principales causes de mortalité, quoiqu'ils reculent tous considérablement. Parmi les 10 principales causes de mortalité, c'est le VIH/sida qui a le plus décliné, puisqu'il a coûté la vie à 161 000 personnes en 2019, contre 395 000 en 2000, ce qui représente une chute de 59 %.

Les maladies diarrhéiques se placent au cinquième rang des principales causes de décès dans les pays à faible revenu, jouant ainsi un rôle plus important dans la mortalité de ces pays. Elles sont néanmoins en recul, et représentent le deuxième déclin le plus important enregistré parmi les 10 principales causes de mortalité (avec 231 000 décès de moins).

Les décès dus à une bronchopneumopathie chronique obstructive sont particulièrement rares dans les pays à faible revenu par rapport à d'autres catégories de revenu. Cette maladie ne fait pas partie des 10 principales causes de mortalité dans les pays à faible revenu, alors qu'elle compte parmi les 5 principales causes de mortalité dans tous les autres groupes de pays.

Les habitants des pays à revenu intermédiaire

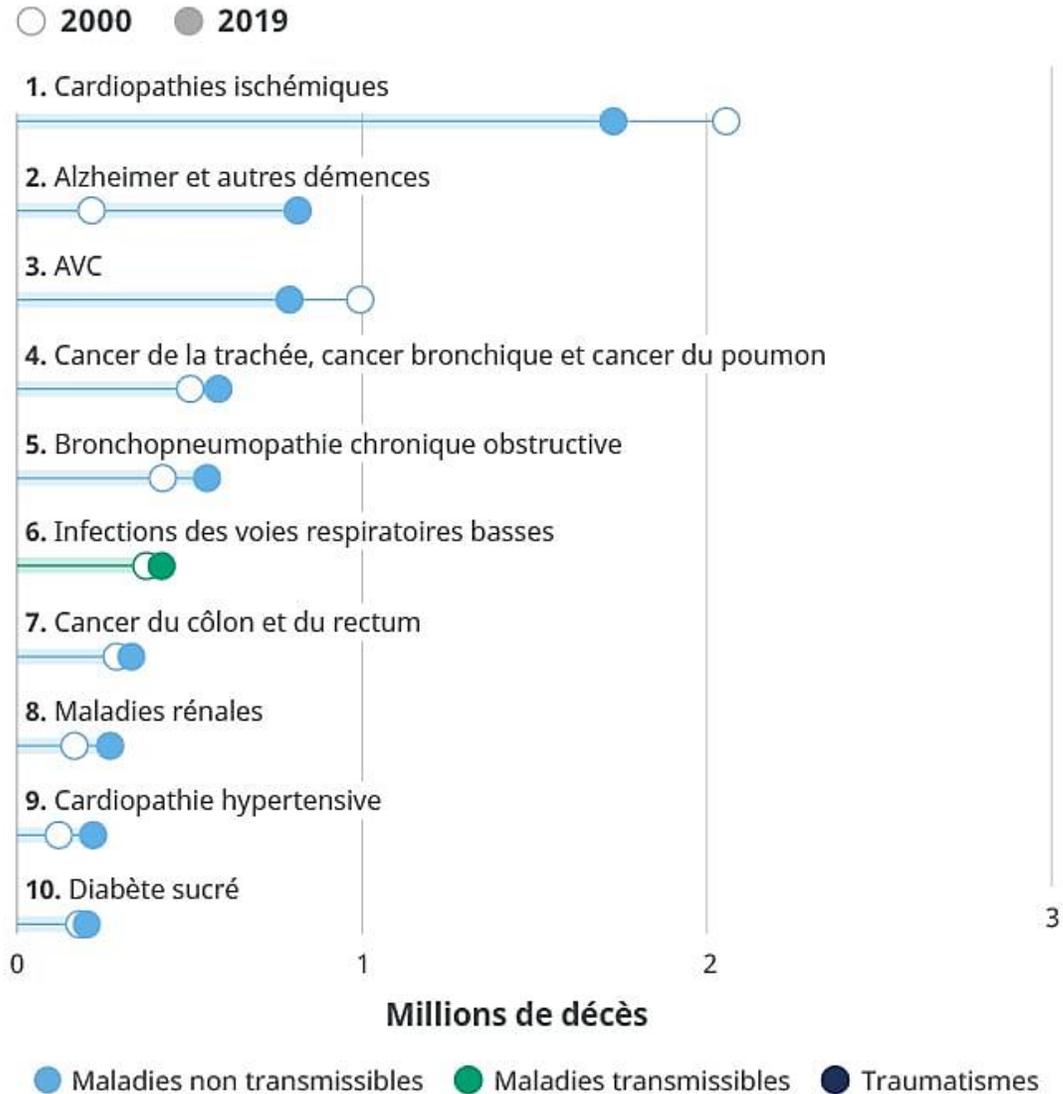
C'est dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure que les 10 principales causes de mortalité sont les plus hétérogènes, puisque l'on compte cinq maladies non transmissibles, quatre maladies transmissibles et un traumatisme. Dans cette catégorie de pays, le diabète est une cause de mortalité croissante ; faisant presque deux fois plus de morts qu'en 2000, il s'est hissé du quinzième au neuvième rang des causes de mortalité.

Les maladies diarrhéiques continuent de présenter un problème majeur, comme le montre leur présence au classement des 10 principales causes de mortalité. Le nombre absolu de décès provoqués par ces maladies est toutefois celui qui a le plus diminué, passant de 1,9 à 1,1 million entre 2000 et 2019. Par opposition, le nombre absolu de décès dus à des cardiopathies ischémiques a augmenté de plus d'un million depuis 2000, pour atteindre 3,1 millions, ce qui constitue la plus forte augmentation enregistrée. Parmi les 10 principales causes de mortalité de l'année 2000, le VIH/sida enregistre quant à lui la plus forte chute en termes de classement, passant du 8^e au 15^e rang.

Principales causes de mortalité dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure

1	Cardiopathies ischémiques
2	AVC
3	Bronchopneumopathies chroniques obstructives
4	Cancer de la trachée, Cancer bronchique, et Cancer du poumon
5	Infections des voies respiratoires basses
6	Diabète sucré
7	Cardiopathie hypertensive
8	Alzheimer et autres démences
9	Cancer de l'estomac
10	Accidents de la route

Les principales causes de mortalité dans les pays à revenu élevé



Source : Estimations sanitaires mondiales de l'OMS. Note : classification des pays en fonction de leur revenu établie par la Banque mondiale pour 2020.

Dans les pays à revenu élevé

Les décès sont en augmentation pour huit des 10 principales causes de mortalité. Les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux sont les seules des 10 principales causes de mortalité pour lesquelles le nombre de décès a diminué entre 2000 et 2019, de 16 % (soit 327 000 décès en moins) et 21 % (soit 205 000 décès en moins), respectivement. Les pays à revenu élevé sont les seuls à enregistrer une baisse du nombre de décès dus à ces deux maladies, qui continuent néanmoins de compter parmi les trois principales causes de mortalité et ont ensemble coûté la vie à plus de 2,5 millions de personnes en 2019. Les décès dus à une cardiopathie hypertensive sont par ailleurs en augmentation. Épousant la tendance mondiale, la cardiopathie hypertensive s'est hissée du dix-huitième au neuvième rang des principales causes de mortalité dans les pays à revenu élevé.

La maladie d'Alzheimer et d'autres démences provoquent elles aussi de plus en plus de décès, et sont passées devant les accidents vasculaires cérébraux pour devenir la deuxième cause de mortalité dans les pays à revenu élevé, où elles ont coûté la vie à 814 000 personnes en 2019.

Par ailleurs, tout comme dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, seule une maladie transmissible (infections des voies respiratoires basses) figure parmi les 10 principales causes de mortalité.

L'OMS lève le voile sur les principales causes de mortalité et d'incapacité dans le monde : 2000-2019

9 décembre 2020 Communiqué de presse

Les maladies non transmissibles représentent désormais 7 des 10 principales causes de décès dans le monde, selon les Estimations sanitaires mondiales 2019 que l'OMS publie aujourd'hui. Il s'agit d'une augmentation puisque, en 2000, on ne comptait que 4 maladies non transmissibles parmi les 10 principales causes de décès. Ces nouvelles données couvrent la période allant de 2000 à 2019 inclus.

Les estimations donnent à voir les tendances en matière de mortalité et de morbidité imputables à des maladies et à des traumatismes pour les 20 dernières années. Elles mettent clairement en évidence la nécessité d'insister davantage à l'échelle mondiale sur la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète et des maladies respiratoires chroniques, ainsi que sur la lutte contre les traumatismes, dans toutes les régions du monde, comme le prévoit le programme des objectifs de développement durable des Nations Unies.

« Ces nouvelles estimations nous rappellent une fois de plus qu'il nous faut rapidement intensifier la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies non transmissibles », a déclaré le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS. « Elles montrent bien toute l'urgence d'une amélioration considérable, équitable et globale des soins de santé primaires. C'est en effet de la solidité de ces soins de santé primaires que dépend tout le reste, depuis la lutte contre les maladies non transmissibles jusqu'à la gestion d'une pandémie mondiale. »

Les maladies cardiaques restent la principale cause de décès ; le diabète et la démence entrent dans les 10 premières

Les maladies cardiaques sont restées la principale cause de décès au niveau mondial ces 20 dernières années. Cependant, elles tuent maintenant plus que jamais auparavant. Le nombre de décès dus aux maladies cardiaques a augmenté de plus de 2 millions depuis 2000, pour atteindre près de 9 millions de décès en 2019. Ainsi, les maladies cardiaques représentent maintenant 16 % du total des décès, toutes causes confondues. Plus de la moitié des 2 millions de décès supplémentaires concernent la Région OMS du Pacifique occidental. À l'inverse, la Région européenne a enregistré un recul relatif des maladies cardiaques avec une baisse de 15 % du nombre de décès.

La maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence figurent désormais parmi les 10 principales causes de mortalité dans le monde et se classaient au troisième rang dans les Amériques et en Europe en 2019. Ces affections touchent les femmes de façon disproportionnée : à l'échelle mondiale, 65 % des décès dus à la maladie d'Alzheimer et à d'autres formes de démence concernent des femmes.

Le nombre de décès dus au diabète a augmenté de 70 % avec une hausse de 80 % de décès chez les hommes. En Méditerranée orientale, les décès dus au diabète ont plus que doublé et représentent la plus forte progression en pourcentage de toutes les régions de l'OMS.

Baisse des décès dus à des maladies transmissibles, qui restent un enjeu majeur dans les pays à revenu faible et intermédiaire

En 2019, la **pneumonie et d'autres infections des voies respiratoires inférieures** composaient la catégorie la plus meurtrière de maladies transmissibles et, ensemble, elles se classaient au quatrième rang des causes de décès. Toutefois, par rapport à 2000, ce sont près d'un demi-million de personnes de moins qui ont perdu la vie du fait de ces infections. Cette baisse est à mettre en parallèle avec le recul général des maladies transmissibles. À titre d'exemple, **le VIH** est passé de la huitième cause de décès en 2000 à la 19^e en 2019, ce qui témoigne du succès des efforts déployés ces 20 dernières années pour prévenir l'infection, dépister le virus et traiter la maladie. Bien qu'il reste la quatrième cause de mortalité en Afrique, le nombre de décès a chuté de plus de la moitié, passant de plus d'un million en 2000 à 435 000 en 2019.

La tuberculose est ainsi passée de la 7^e place en 2000 à la 13^e en 2019, pour une baisse de 30 % des décès dans le monde. Pourtant, elle reste parmi les 10 principales causes de mortalité dans les Régions d'Afrique et d'Asie du Sud-Est, où elle occupe respectivement la 8^e et la 5^e places. La mortalité due à la tuberculose a progressé en Afrique après 2000, même si cette tendance a commencé à s'infléchir ces dernières années.

Ces nouvelles estimations mettent en évidence le lourd tribut des maladies transmissibles dans les pays à faible revenu : 6 des 10 principales causes de mortalité y sont encore des maladies transmissibles, notamment le paludisme (6^e), la tuberculose (8^e) et le VIH (9^e). Il ressort des rapports OMS un ralentissement des progrès dans la lutte contre les maladies infectieuses comme le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Sur la longévité, en 2019, les gens vivaient plus de 6 ans de plus qu'en 2000, la moyenne mondiale s'établissant à plus de 73 ans en 2019 contre environ 67 ans en 2000. Mais, seules 5 de ces années supplémentaires ont été vécues en bonne santé.

Les traumatismes par accidents de la route ont augmenté dans la Région africaine depuis 2000, ce qui a eu pour corollaire une augmentation de près de 50 % du nombre de décès et d'années de vie en bonne santé perdues. On a observé des augmentations semblables, quoique plus faibles (40 %), pour la Région Méditerranée orientale. À l'échelle mondiale, les hommes représentent 75 % des décès par accidents de la route.

Dans les Amériques, la consommation de drogues est devenue un facteur important d'invalidité et de mortalité. Entre 2000 et 2019, le nombre de décès y a presque triplé. Dans cette région la drogue est un des 10 principaux facteurs d'années de vie en bonne santé perdues du fait de décès prématurés et d'incapacités. **Dans les autres régions, la consommation de drogues ne rentre pas dans les 25 premières causes.**

Déterminants de la santé et inégalités en santé

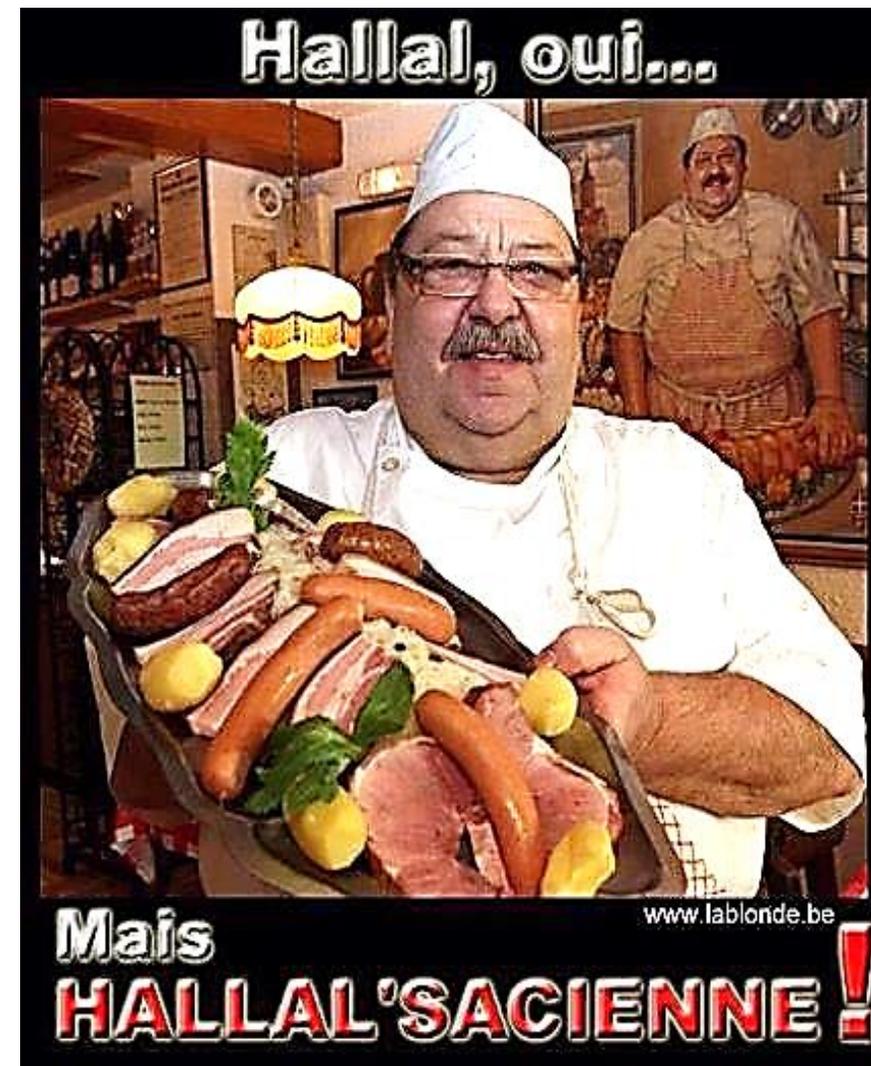
Ils représentent un large éventail de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé d'une personne ou d'une population.

Les principaux déterminants de la santé comprennent :

1. le revenu et le statut social
2. l'emploi et les conditions de travail
3. l'éducation et la littérature
4. les expériences vécues pendant l'enfance
5. l'environnement physique
6. le soutien social et la capacité d'adaptation
7. les comportements sains l'accès aux services de santé
8. la biologie et le patrimoine génétique
9. le genre
10. la culture
11. la race et le racisme (*certaines hommes politiques et partis s'y nourrissent !*).

En somme, selon l'OMS, ce sont les conditions dans lesquelles un individu naît, grandit, vit, travaille et vieillit et les systèmes mis en place pour lutter contre les maladies.

La maladie est une altération des fonctions ou de la santé d'un organisme vivant.



France, portrait social Édition 2023

Cet ouvrage dresse un panorama des inégalités sociales dans plusieurs domaines.

La satisfaction dans la vie et le bien-être, l'état de santé des jeunes et leur consommation de substances psychoactives, la proximité sociale des personnes en couple, les inégalités de niveau de vie et de patrimoine, les inégalités d'orientation à la fin du collège et les inégalités en matière de santé, en France et en Europe sont ainsi abordés en mobilisant les nomenclatures socioéconomiques ou socioprofessionnelles, dont la nouvelle PCS Ménage ou encore les classes d'emploi.

Par ailleurs, deux dossiers analysent le niveau de vie des ménages en 2022, année marquée par une forte inflation.

France, portrait social

Insee Références

Édition 2023



Coordination
Hayet Bendekkiche,
Émilie Raynaud,
Philippe Roussel

Contribution
Insee :
Sarah Abdouni,
Mourichidi Assani,
Catherine Beaumel,
Hayet Bendekkiche,
Kilian Bloch,
Véronique Bruniaux,
Gabriel Buresi,
Arthur Cazaubiel,
Delphine Croze,
Fabienne Daguet,
Fabien Delmas,
Lionel Delta,
François Gleizes,
Vivien Guérin,
Lisa Kerboul,
Sylvie Le Minez,
Aude Leduc,
Sylvain Papon,
Émilie Pénicaud,
Anne Pla,
Erwan Pouliquen,
Benjamin Quévat,

Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion, Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique (Drees) :
Théodore Berut,
Vianney Costemalle,
Jean-Baptiste Hazo,
Anne-Sophie Kontopoulos,
Émilie Le Caignec,
Elisabeth Mendy,
Léo Quennesson,
Raphaël Trémoulu,
Lisa Troy,
Annick Vilain

Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires (SDES) :
Anne-Lise Biotteau,
François Bouton,
Quentin Nouvellon

Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion (Dares) :

Directeur de la publication
Jean-Luc Tavernier

Directeur de la collection
Bertrand Lhommeau

Rédaction
Agnès Dugué,
Anne Évrard,
Alexandre Gadaud,
Fanny Gateau,
Pierre Glénat,
Philippe Goarant,
Solenn Ily,
Séverine Pujol,
Jean-Philippe Rathle,
Anne Saint-Ourens

Graphisme
Marie Gazaix,
Lisa Pivon,
Odile Samson

Composition
Luminess

Image de la couverture
© dhiraj /
Stock.Adobe.com

← ...

Émilie Raynaud,
Philippe Roussel,
Arnaud Rousset,
Pierre Tanneau,
Flora Vuillier-Devillers

Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse (Depp) :
Meriam Barhoumi,
Charles de Fornel,
Claire Dutey,
Alexandra Farrugia,
Yann Fournier,
Enzo Iasoni,
Maxime Jouvenceau,
Fabienne Lombard,
Robert Rakocevic,
Sylvie Rousseau,
Faustin Schneider,
Marc Simon

Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (Sies) :
Solène Malfatto

Ministère de la Justice (SDSE) :
Carole Faujas

Ceren Inan,
Arthur Nguyen

Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) :
Jules Cornetet,
Quynh-Chi Doan

Centre pour la recherche économique et ses applications (Cepremap) :
Mathieu Perona

Conservatoire national des arts et métiers, Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique, Centre d'études de l'emploi et du travail (Cnam, Lise, CEET) : Thomas Amossé

Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) :
Eric Janssen,
Olivier Le Nézet,
Antoine Philippon

Observatoire français des drogues et des tendances addictives, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (OFDT, CESP) :
Stanislas Spilka

Editeur
Institut national de la statistique et des études économiques
88 avenue Verdier,
92541 Montrouge Cedex
www.insee.fr

© Insee 2023
« Reproduction partielle autorisée sous réserve de la mention de la source et de l'auteur ».

Avertissement

Les données chiffrées sont parfois arrondies. Le résultat arrondi d'une combinaison de chiffres (qui fait intervenir leurs valeurs réelles) peut être légèrement différent de celui que donnerait la combinaison de leurs valeurs arrondies. Sur les sites internet de l'Insee et d'Eurostat pour les données internationales, les chiffres essentiels sont actualisés régulièrement. Les comparaisons internationales contenues dans cet ouvrage s'appuient sur des données harmonisées publiées par Eurostat ou l'OCDE, qui peuvent différer des données nationales diffusées par les instituts nationaux de statistique.

Éclairages : un panorama des inégalités sociales

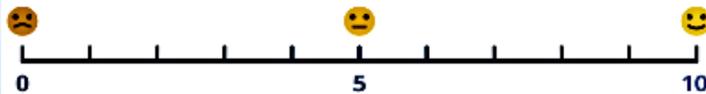
LE BIEN-ÊTRE SUBJECTIF, une question de classes sociales ?



LA SATISFACTION DANS LA VIE ATTEINT 7 SUR 10 EN MOYENNE EN FRANCE, ENTRE 2016 ET 2023

Une mesure du bien-être en demandant directement aux personnes d'évaluer leur satisfaction en se positionnant sur une échelle de 0 à 10

Une appréciation globalement positive : **6,6**



Relations avec les proches
Travail
Situation actuelle
Équilibre des temps de vie

Une appréciation plus sombre de l'avenir

Vie dans les prochaines années
Vie en France pour la prochaine génération

Note moyenne de 0 à 10 entre 2016 et 2023

LE BIEN-ÊTRE SUBJECTIF REFLÈTE SOUVENT LA HIÉRARCHIE SOCIALE



Ménages à dominante :

- **cadre** : couples de cadre avec cadre ou profession intermédiaire
- **employée** : couples de profession intermédiaire avec employé, ouvrier ou inactif ; professions intermédiaires sans conjoint ; couples d'employés
- **ouvrière** : couples d'ouvrier avec ouvrier ou employé

Ménage monoactif ouvrier ou employé :

couples d'ouvrier avec inactif ; ouvriers sans conjoint ; couples d'employé avec inactif ; employés sans conjoint

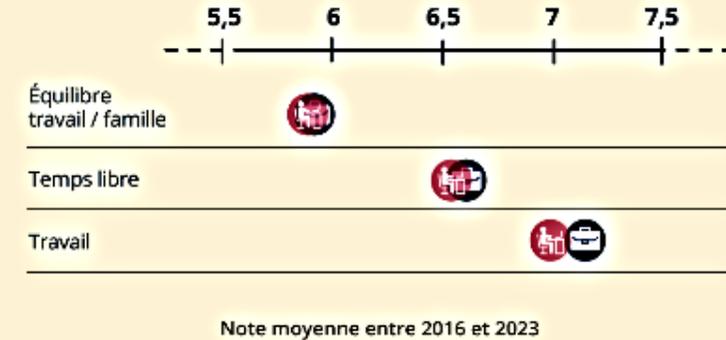


Entre le haut et le bas de l'échelle sociale, **1,4 point** d'écart de satisfaction sur la vie menée actuellement

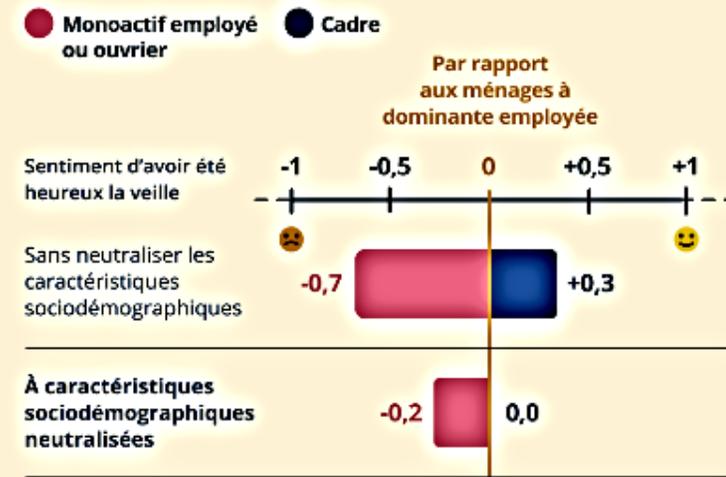


Les écarts de bien-être entre catégories sociales sont notamment liés à leurs revenus et leurs conditions de vie

Mais une hiérarchie sociale du bien-être moins visible pour le travail et les temps de vie



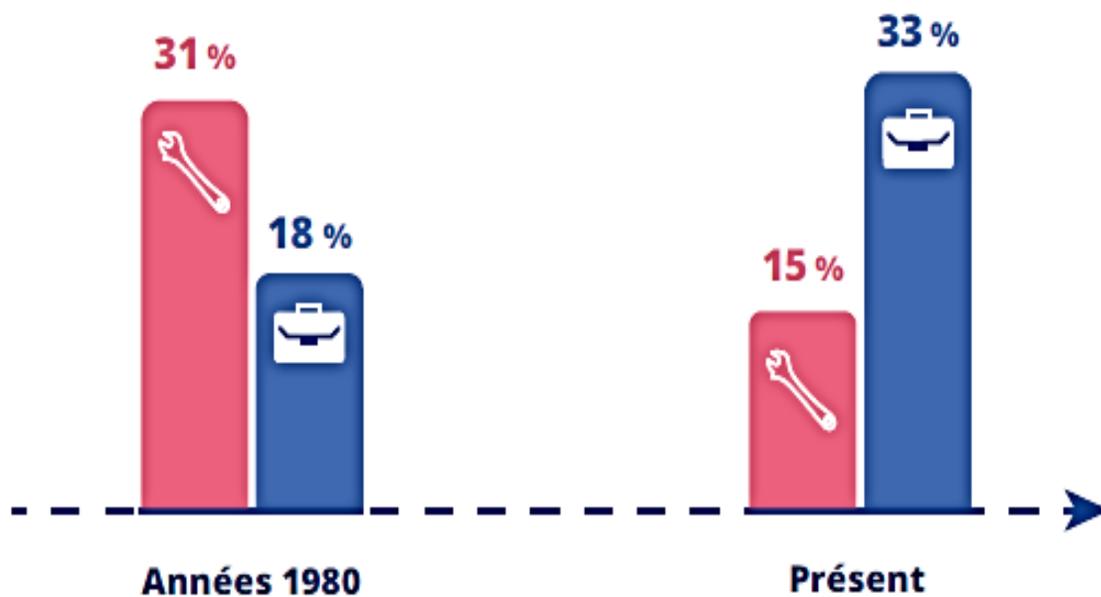
Des écarts réduits à caractéristiques sociodémographiques comparables



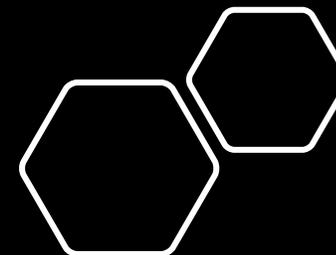
Si vous aviez le choix, à quelle autre époque
préfèreriez-vous vivre en France ?

Les ménages à dominante
ouvrière préfèrent plus souvent
les années 1980

Les ménages à dominante
cadre préfèrent plus souvent
le présent



Part de répondants par catégories de ménages,
moyenne entre 2016 et 2023



À la fin de l'adolescence, des inégalités sociales de santé et de consommation de substances psychoactives marquées

Eric Janssen (OFDT), Olivier Le Nézet (OFDT), Antoine Philippon (OFDT), Stanislas Spilka (OFDT, CESP)

En 2022, après deux années rythmées par des confinements successifs visant à lutter contre la propagation de l'épidémie de Covid-19, plus de neuf jeunes de 17 ans sur dix se déclarent satisfaits vis-à-vis de leur santé, mais près d'un sur dix montre des signes de dépression ou d'anxiété. Ces difficultés concernent davantage les jeunes issus de milieux sociaux défavorisés, qui se déclarent en moins bonne santé physique et mentale et recourent moins aux soins que ceux des milieux les plus favorisés.

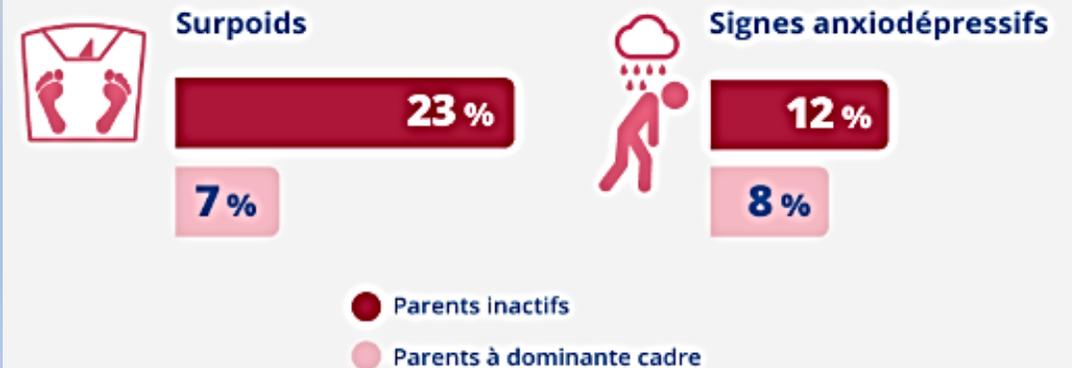
Les jeunes issus de milieux favorisés ont davantage tendance à expérimenter des substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis), mais en sont moins souvent des consommateurs réguliers. Au sein des milieux défavorisés, les enfants de binôme parental à dominante ouvrière sont plus susceptibles de consommer de l'alcool, mais moins susceptibles de consommer des drogues illicites que les enfants d'inactifs.

La situation scolaire à 17 ans joue un rôle encore plus important que la catégorie sociale, bien que fortement déterminée par cette dernière : les jeunes en apprentissage et ceux qui ne sont plus dans le système scolaire sont nettement plus vulnérables au mal-être et à la consommation de substances psychoactives que les jeunes en lycée professionnel, eux-mêmes un peu plus exposés que les jeunes en lycée général ou technologique

À LA FIN DE L'ADOLESCENCE, des inégalités sociales de santé et de consommation de substances psychoactives marquées



LES JEUNES DE MILIEUX DÉFAVORISÉS SONT EN MOINS BONNE SANTÉ



Part des jeunes de 17 ans en surpoids ou présentant des signes anxiodépressifs

LES JEUNES DE MILIEUX FAVORISÉS EXPÉRIMENTENT PLUS SOUVENT L'ALCOOL, LE TABAC ET LE CANNABIS...

... mais ils en sont moins souvent
des consommateurs réguliers



Cigarettes

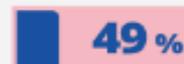


Cannabis



Alcool

Parents à
dominante
cadre



13 %



4 %



14 %

Parents
inactifs



16 %



6 %



9 %

● Expérimentation

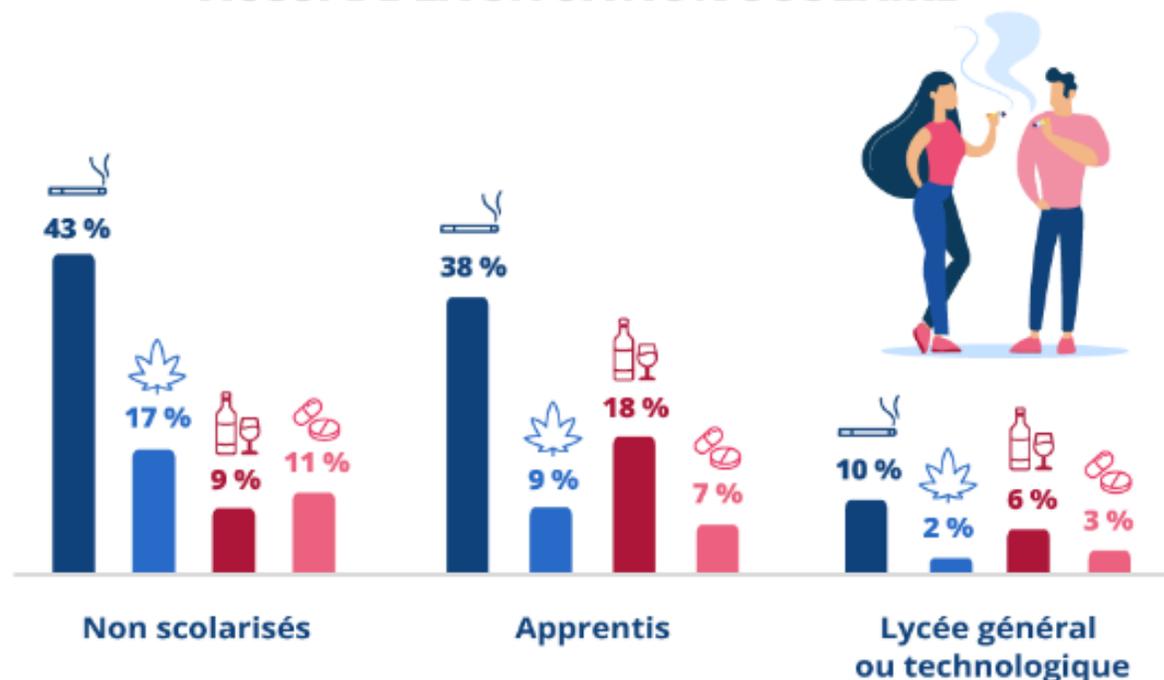
● dont consommation quotidienne (cigarettes)
ou régulière (cannabis)

● dont API répétées*

* Alcoolisations ponctuelles importantes (API) répétées :
cinq verres ou plus d'alcool bus en une seule occasion, au
moins trois fois au cours des 30 jours précédant l'enquête.

Part des jeunes de 17 ans ayant consommé au moins une fois dans leur vie
et de ceux qui consomment régulièrement

LES USAGES DE SUBSTANCES DÉPENDENT AUSSI DE LA SITUATION SCOLAIRE



Consommation
quotidienne de cigarettes

Consommation
régulière d'alcool

Consommation régulière
de cannabis

Expérimentation d'une drogue
illicite autre que le cannabis

Part des jeunes de 17 ans ayant consommé au moins une fois dans leur vie
et de ceux qui consomment régulièrement



Milieus défavorisés : jeunes ayant des parents inactifs, monoactifs ouvrier ou employé, ou à dominante ouvrière

Milieus favorisés : jeunes ayant des parents à dominante cadre ou intermédiaire

Parents à dominante :

- **cadre :** un parent cadre et l'autre cadre ou profession intermédiaire
- **intermédiaire :** un parent cadre et l'autre "petit indépendant", employé, ouvrier, inactif, inconnu ou décédé, ou un parent de profession intermédiaire et l'autre "petit indépendant", ou profession intermédiaire (dans la PCS ménage, les "petits indépendants" désignent les agriculteurs, artisans et commerçants)
- **ouvrière :** deux parents ouvriers ou un parent ouvrier et l'autre employé

Parents monoactifs : un parent employé ou ouvrier et l'autre inactif, inconnu ou décédé

Parents inactifs : un ou deux parents inactifs ou décédé, ou deux parents inactifs ou décédés

DANS QUATRE COUPLES SUR DIX,
les deux conjoints appartiennent
au même groupe social



L'HOMOGAMIE SOCIALE :
vivre en couple avec une personne
du même groupe social



**Emplois de niveau
supérieur**



**Emplois de niveau
intermédiaire**



**Emplois d'exécution
qualifiés**



**Emplois d'exécution
peu qualifiés**

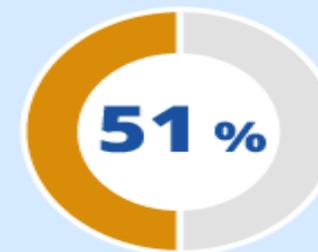
Inactifs n'ayant jamais travaillé

La **classe d'emploi** se fonde
sur la profession connue
au moment de l'enquête :

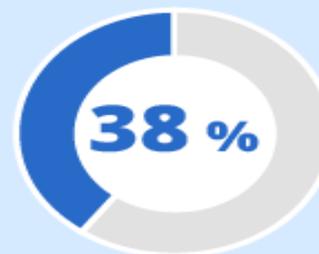
→ **profession principale**
pour les personnes
en emploi

→ **profession antérieure**
pour les chômeurs
ou inactifs ayant déjà
travaillé.

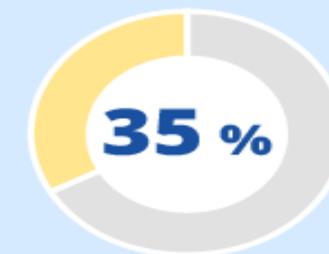
**L'HOMOGAMIE EST PLUS FORTE PARMI LES EMPLOIS
DE NIVEAU SUPÉRIEUR**



**Parmi les emplois
de niveau supérieur**



Dans l'ensemble



**Parmi les emplois
d'exécution peu qualifiés**

Personnes de 18 à 89 ans vivant en couple cohabitant

UN COMPORTEMENT D'HOMOGAMIE MARQUÉ PARMI LES INDÉPENDANTS

Couple de deux indépendants



Couple de deux salariés



**Petits indépendants
avec salarié ou aide familial**



Exploitants agricoles



Exploitants de café,
restaurateurs



Artisans,
commerçants

s'unissent entre eux
22 fois plus souvent

que si les unions étaient formées au hasard

**Indépendants relevant
d'emplois de niveau supérieur**



Avocats



Médecins



Chefs d'entreprise
de 11 salariés ou plus

s'unissent entre eux
9 fois plus souvent

Personnes de 18 à 89 ans vivant en couple cohabitant

PARTAGER D'AUTRES CRITÈRES DE RESSEMBLANCE AVEC SON CONJOINT FAVORISE L'HOMOGAMIE

**Partager le même niveau
de diplôme**



1,8 fois plus
de chances

d'être dans la même classe
d'emploi que son conjoint

**Partager les mêmes
origines sociales**



1,1 fois plus
de chances

d'être dans la même classe
d'emploi que son conjoint

L'origine sociale correspond à
la classe d'emploi la plus élevée
des deux parents de l'individu.

Personnes de 18 à 64 ans vivant en couple cohabitant

LES INÉGALITÉS SOCIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ SONT UN PEU PLUS MARQUÉES EN FRANCE QU'EN EUROPE



EN FRANCE



Les professions les moins qualifiées ont une moins bonne santé que les autres professions



Santé perçue mauvaise ou très mauvaise



Syndrome dépressif



Obésité

Salariés peu qualifiés

6%

11%

16%

Professions intellectuelles et scientifiques

2%

6%

8%

Part des personnes en emploi avec des problèmes de santé, à structure de sexe et d'âge comparable entre catégories socioéconomiques au sein du pays ou de la région correspondante

Plus de fumeurs et moins de consommateurs d'alcool parmi les moins qualifiés

Ouvriers qualifiés

35%



Fumeurs quotidiens

Professions intellectuelles et scientifiques

15%



Salariés peu qualifiés

39%



Consommation hebdomadaire d'alcool

Cadres dirigeants

64%



23%

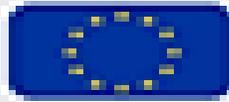


Alcoolisations ponctuelles importantes (mensuelles)

30%



EN EUROPE



Plus de fumeurs parmi les moins qualifiés

x 2,3



Professions les moins qualifiées



Professions les plus qualifiées

Une consommation d'alcool plus élevée des plus qualifiés

x 1,3



Professions les moins qualifiées



Professions les plus qualifiées

Part des fumeurs quotidiens et des consommateurs hebdomadaires d'alcool, à structure de sexe et d'âge comparable entre groupes socioéconomiques au sein du pays ou de la région correspondante

i La nomenclature socio-économique européenne

Les professions les moins qualifiées :

- Les salariés peu qualifiés
- Les ouvriers qualifiés

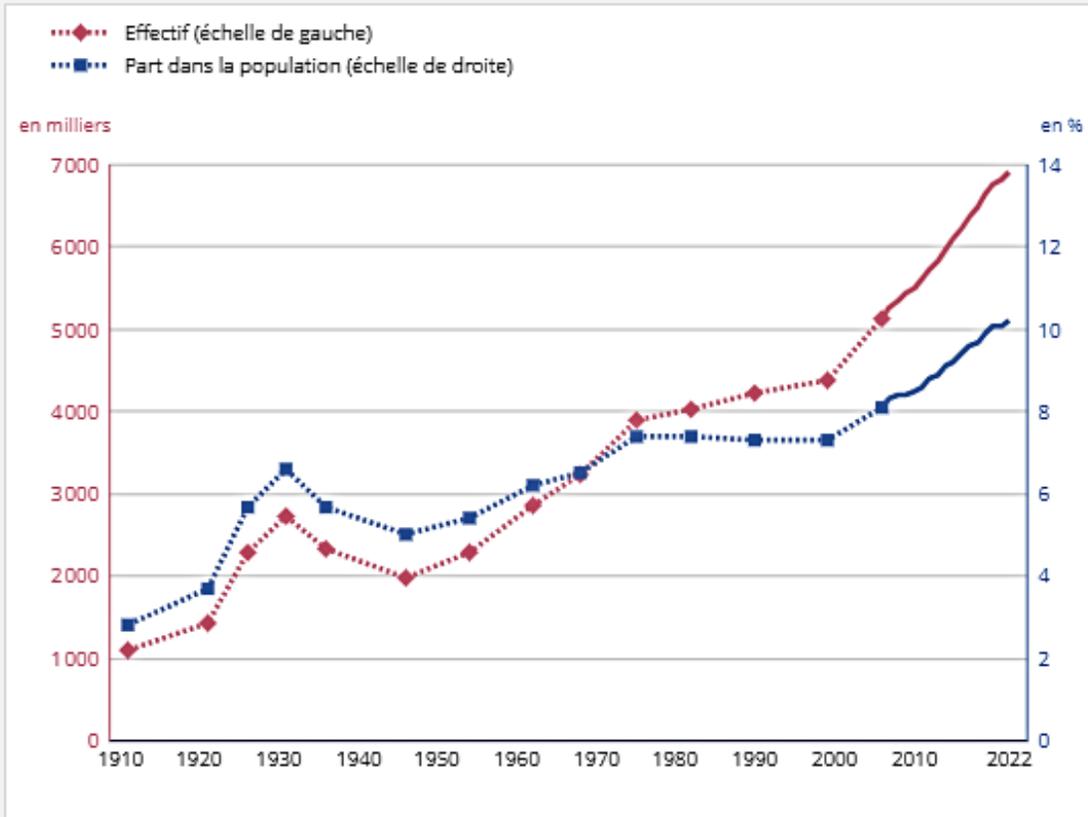
Les professions les plus qualifiées

- Les cadres dirigeants
- Les personnes exerçant une profession intellectuelle et scientifique

Personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en France métropolitaine en 2019

Immigrés et descendants d'immigrés

Figure 1 - Effectif des immigrés et part dans la population depuis 1911



Note : Données provisoires pour 2021 et 2022.

Lecture : En 2022, 6,9 millions d'immigrés vivent en France hors Mayotte, soit 10,2 % de la population.

Champ : France métropolitaine jusqu'en 1982, France hors Mayotte à partir de 1990.

Source : Insee, recensements de la population et estimations de population.

L'immigration en France est un phénomène ancien : en 1911, les immigrés sont 1,1 million en France métropolitaine, puis 2,3 millions en 1954 et 3,9 millions en 1975.

La part des immigrés dans la population, de 7,4 % en 1975, reste stable jusqu'à la fin des années 1990.

Le nombre d'immigrés croît ensuite plus rapidement que la population totale. Entre 2012 et 2022, le nombre d'immigrés en France a augmenté de 1,9 % par an en moyenne, contre 0,3 % pour l'ensemble de la population.

Figure 2 - Origine géographique des immigrés en 2022 et évolution entre 2012 et 2022

Origine géographique	Effectifs (en milliers)	Répartition des immigrés (en %)	Part de femmes (en %)	Premier quartile d'âge (en années)	Âge médian (en années)	Troisième quartile d'âge (en années)
Afrique	3 273	47,4	50	33	45	58
Maghreb	2 042	29,6	49	36	47	62
Autres pays d'Afrique	1 231	17,8	50	28	40	52
Asie	947	13,7	50	33	44	57
Turquie, Moyen-Orient	378	5,5	46	34	45	57
Autres pays d'Asie	569	8,2	53	32	44	57
Europe	2 263	32,8	53	35	53	68
Europe du Sud	1 095	15,9	51	41	59	72
Autres pays de l'UE	612	8,9	57	34	47	63

Note : Les pays d'Europe du Sud sont l'Espagne, l'Italie et le Portugal.

Lecture : En 2022, 3,3 millions d'immigrés sont originaires d'Afrique, soit 47 % des immigrés. Un quart a moins de 33 ans et la moitié a moins de 45 ans.

Champ : France hors Mayotte.

Source : Insee, recensement de la population de 2012, estimations de population 2022 (données provisoires).

En 2022, 51 % des immigrés sont des femmes, contre 44 % en 1968 ([figure 2](#)). Entre le milieu des années 1940 et le milieu des années 1970, les nouveaux immigrés étaient majoritairement des hommes, dans un contexte de besoin de main-d'œuvre. Puis l'immigration de travail a été ralentie. Depuis, la part des femmes a crû, en raison notamment de migrations familiales. Les femmes migrent toutefois de plus en plus souvent pour d'autres raisons (suivre des études, trouver un emploi en adéquation avec leur diplôme, etc.). Bien que les femmes demeurent majoritaires parmi les nouveaux immigrés, leur part diminue ces dernières années. Ainsi, 51 % des immigrés entrés en France en 2021 sont des femmes, en baisse de 3 points par rapport à la période 2006-2014.

Figure 3 - Origine géographique des descendants d'immigrés en 2022 et évolution entre 2012 et 2022

Origine géographique	Effectifs (en milliers)	Répartition des descendants d'immigrés (en %)	Part des descendants dont un seul parent est immigré (en %)	Premier quartile d'âge (en années)	Âge médian (en années)	Troisième quartile d'âge (en années)
Afrique	3 590	47,0	52	8	17	
Maghreb	2591	33,9	51	9	18	
Autres pays d'Afrique	999	13,1	56	6	14	
Asie	840	11,0	47	9	18	
Turquie, Moyen-Orient	410	5,4	43	9	18	
Autres pays d'Asie	430	5,6	51	9	18	
Europe	2 884	37,7	65	28	50	
Europe du Sud	1830	23,9	59	35	50	
Autres pays de l'UE	730	9,6	76	25	59	

Notes : Le pays d'origine est le pays de naissance du parent immigré s'il n'y en a qu'un. Lorsque les deux parents sont immigrés, l'origine du père est retenue par convention. Les descendants d'immigrés n'ayant pas déclaré le pays de naissance du ou des parent(s) immigré(s) sont classés dans la catégorie « Amérique, Océanie ». Les pays d'Europe du Sud sont l'Espagne, l'Italie et le Portugal. Pour les personnes de 75 ans ou plus, les résultats sont issus d'estimations.

Lecture : En 2022, 3,6 millions de descendants d'immigrés sont originaires d'Afrique, soit 47 % des descendants d'immigrés. Parmi eux, 52 % ont un seul parent immigré. Un quart a moins de 8 ans, et la moitié a moins de 17 ans.

Champ : France hors Mayotte, descendants d'immigrés vivant en logement ordinaire.

Source : Insee, enquêtes Emploi 2012 et 2022.

L'origine et l'âge des descendants d'immigrés sont liés à l'ancienneté des mouvements migratoires. La moitié des descendants d'immigrés ont moins de 26 ans, mais un peu plus de la moitié des descendants d'immigrés originaires d'Afrique ou d'Asie sont mineurs.

Compte tenu de l'ancienneté de l'immigration en provenance d'Espagne et d'Italie, les descendants d'immigrés nés dans ces deux pays sont les plus âgés : seul un quart a moins de 46 ans.

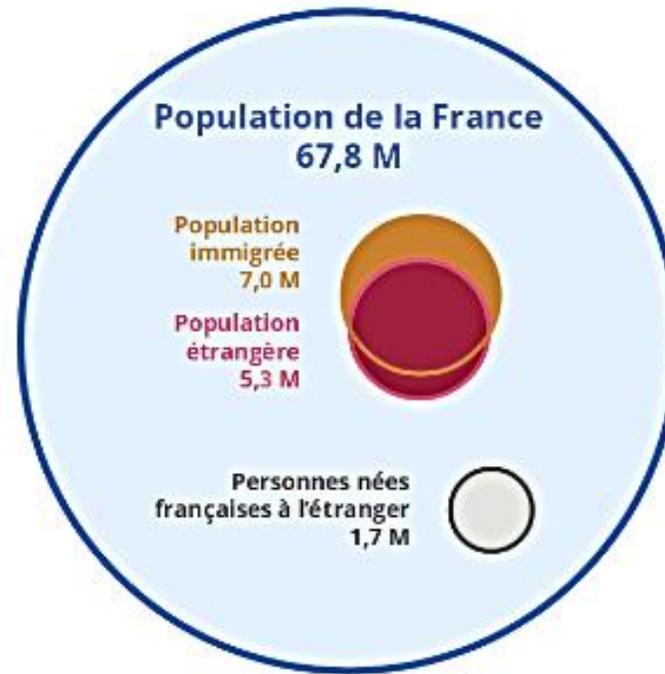
L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers :

Décomposition de la population vivant en France selon le lieu de naissance et la nationalité en 2022

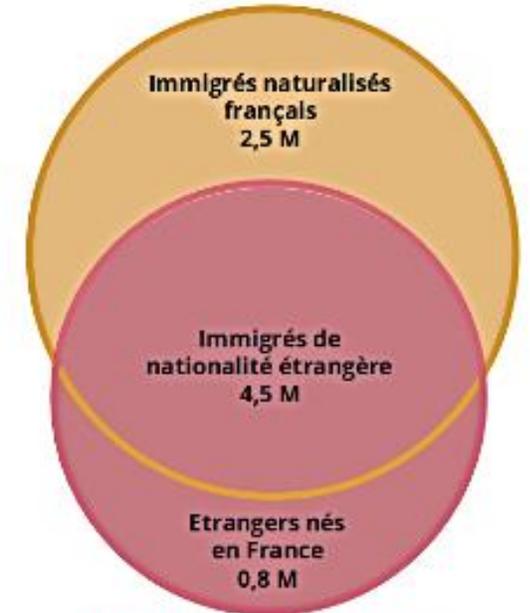
1. Combien y a-t-il d'immigrés ou d'étrangers en France ?

En 2022, 7,0 millions d'immigrés vivent en France, soit 10,3 % de la population totale. 2,5 millions d'immigrés, soit 35 % d'entre eux, ont acquis la nationalité française.

La population étrangère vivant en France s'élève à 5,3 millions de personnes, soit 7,8 % de la population totale. Elle se compose de 4,5 millions d'immigrés n'ayant pas acquis la nationalité française et de 0,8 million de personnes nées en France de nationalité étrangère. 1,7 million de personnes sont nées de nationalité française à l'étranger. Avec les personnes immigrées (7,0 millions), au total, 8,7 millions de personnes vivant en France sont nées à l'étranger, soit 12,8 % de la population.



Population immigrée
 $2,5 \text{ M} + 4,5 \text{ M} = 7,0 \text{ M}$



Population étrangère
 $4,5 \text{ M} + 0,8 \text{ M} = 5,3 \text{ M}$

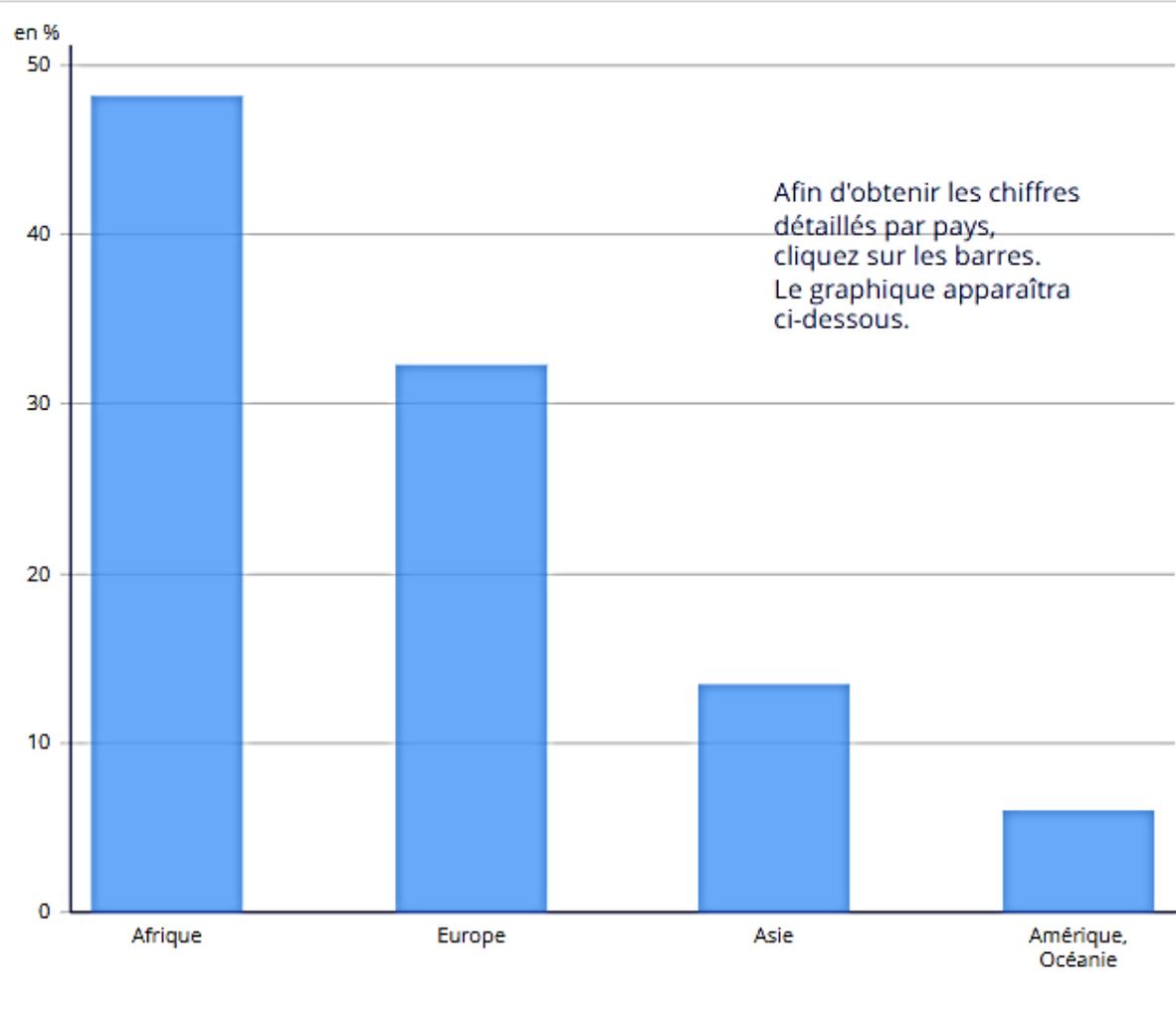
Note : données provisoires, issues d'estimations avancées de la population.

Lecture : en 2022, 4 526 000 immigrés de nationalité étrangère vivent en France.

Champ : France.

Source : Insee, **estimations de population**.

Immigrés vivant en France en 2022 selon leur continent de naissance



Note : données provisoires, issues d'estimations avancées de la population.

Lecture : en 2022, 48,2 % d'immigrés vivant en France sont nés en Afrique.

Champ : France.

Source : Insee, **estimations de population**.

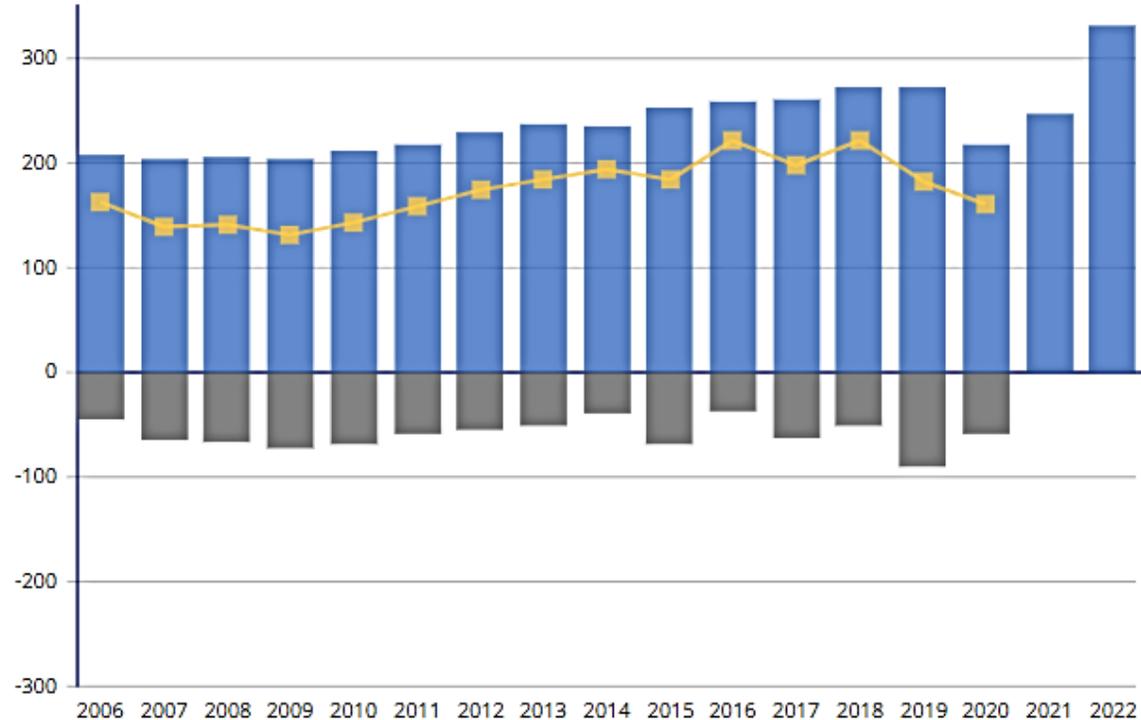
En 2022, 48,2 % des immigrés vivant en France sont nés en Afrique. 32,3 % sont nés en Europe. Les pays de naissance les plus fréquents des immigrés sont l'Algérie (12,5 %), le Maroc (11,9 %), le Portugal (8,2 %), la Tunisie (4,7 %), l'Italie (4,0 %), l'Espagne (3,5 %) et la Turquie (3,3 %).

Près de la moitié des immigrés sont originaires d'un de ces sept pays (48 %).

Flux migratoires des immigrés

- Entrées d'immigrés (1)
- Sorties d'immigrés (2)
- Solde migratoire = (1) + (2)

en milliers



Notes : estimation pour les entrées en 2020 à partir du nombre de primo-délivrances de titres de séjour ; données non disponibles en 2021 et 2022 pour les sorties d'immigrés et le solde migratoire.

Lecture : en 2020, 218 000 immigrés sont entrés en France et 58 000 en sont sortis. Au total, le solde migratoire des immigrés s'établit à + 160 000 personnes.

Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2013 et y compris Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, **estimations de population**, des flux d'entrées et de sorties.

Depuis 2006, les sorties d'immigrés sont relativement modestes au regard de leurs entrées. En moyenne entre 2006 et 2020, quatre immigrés entrent sur le territoire tandis qu'un en sort, par exemple à la fin d'une expérience scolaire ou professionnelle en France, ou encore au moment de la retraite.

Le solde migratoire des immigrés diminue entre 2019 (+ 182 000 personnes) et 2020 (+ 160 000 personnes) sous l'effet d'une baisse du nombre d'entrées (218 000 en 2020 après 272 000 en 2019) plus élevée que celle des sorties (58 000 en 2020 après 90 000 en 2019).

Le solde migratoire des personnes immigrées en 2020 est le plus bas depuis 2011.

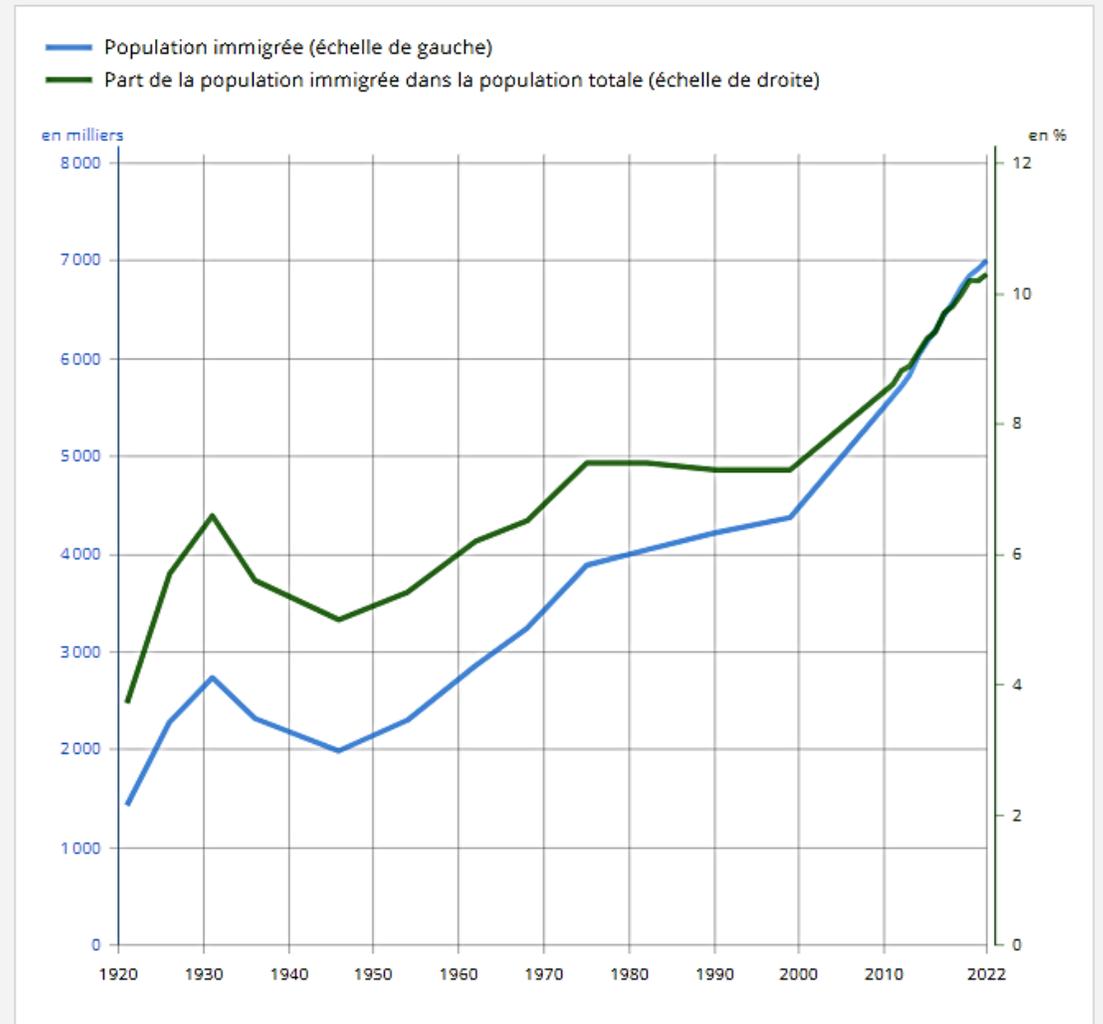
Comment évolue la population étrangère et immigrée en France ?

La population immigrée en France est plus importante, en effectif et en pourcentage de la population totale, en 2022 (10,3 %) qu'en 1946 (5,0 %), 1975 (7,4 %) ou encore 2010 (8,5 %). Après une diminution de la part des immigrés dans la population entre 1931 (6,6 %) et 1946 (5,0 %), la part des immigrés a augmenté jusqu'en 1975. Elle s'est ensuite stabilisée jusqu'à la fin des années 1990, notamment à la suite des chocs pétroliers et du ralentissement de l'immigration de travail. Depuis le début des années 2000, le nombre d'immigrés croît à nouveau plus rapidement que la population totale.

La population étrangère vivant en France représente 7,8 % de la population totale en 2022, contre 6,5 % en 1975 et 4,4 % en 1946.

Entre le milieu des années 1940 et le milieu des années 1970, les flux d'immigration étaient majoritairement masculins, comblant les besoins de main-d'oeuvre nés de la reconstruction d'après-guerre puis de la période des Trente Glorieuses. En 1974 (contexte économique dégradé), un frein est mis à l'immigration de travail et l'immigration familiale se développe. Depuis cette date, la part des femmes dans les flux d'immigration est plutôt croissante, qu'il s'agisse de regroupement familial ou non. En 2022, 51 % des immigrés sont des femmes, contre 44 % en 1975 et 45 % en 1946. Toutefois, bien que les femmes demeurent majoritaires parmi les nouveaux immigrés, leur part diminue ces dernières années. Ainsi, 51 % des immigrés entrés en France en 2021 sont des femmes, en baisse de 3 points vs 2006-2014.

Évolution de la population immigrée en France



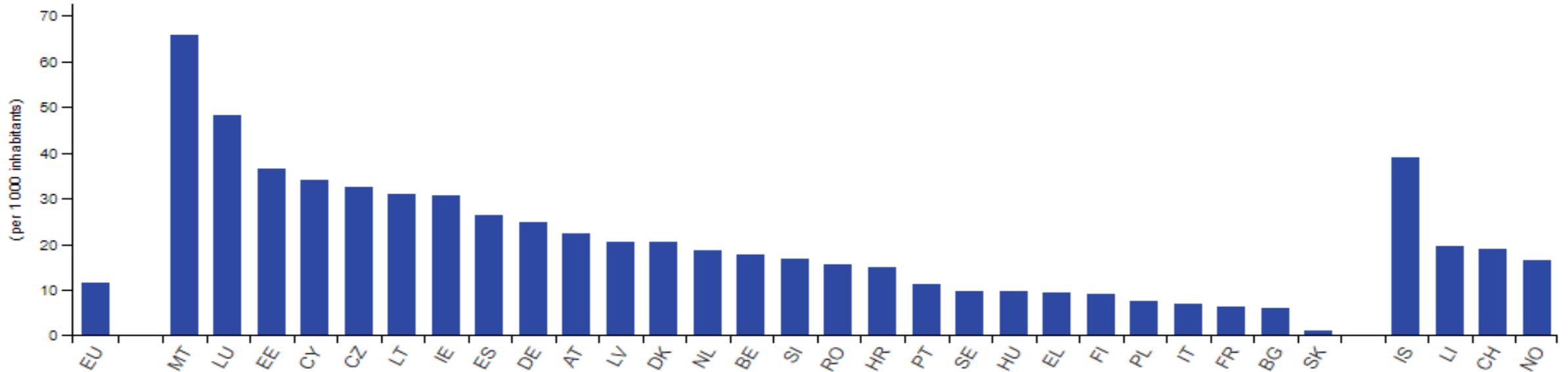
Note : données provisoires pour 2021 et 2022, issues d'estimations avancées de la population ; en l'absence d'enquête annuelle de recensement (EAR) en 2021, les résultats pour 2021 sont estimés par repondération à partir des EAR 2020 et 2022.

Lecture : en 2022, la part de la population immigrée représente 10,3 % de la population totale.

Champ : France métropolitaine de 1921 à 1982 ; France hors Mayotte de 1990 à 2013 et y compris Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, **recensements de la population** (données réajustées en 2019 et 2020) et **estimations de population**.

Immigrants, 2022



Note : La Bulgarie, la Pologne, le Portugal, la Slovaquie, la Finlande, la Suède et le Liechtenstein n'ont pas inclus les réfugiés ukrainiens bénéficiant d'une protection temporaire dans leurs statistiques démographiques et migratoires.

Rupture de série : UE, Croatie, Portugal, Hongrie, Grèce, Pologne, Bulgarie Provisoire : UE, Malte, Portugal, Pologne, France

Source : Eurostat (codes de données en ligne : migr_imm1ctz et migr_pop1ctz)

Cet article présente les statistiques de l'Union européenne (UE Eurostat) sur la migration internationale (flux) et le nombre de citoyens nationaux et non nationaux dans la population (« stocks »). La migration est influencée par une combinaison de facteurs économiques, environnementaux, politiques et sociaux : soit dans le pays d'origine du migrant (facteurs d'incitation), soit dans le pays de destination (facteurs d'attraction). Historiquement, on pense que la prospérité économique relative et la stabilité politique de l'UE ont exercé un effet d'attraction considérable sur les immigrants. Dans les pays de destination, la migration internationale peut être utilisée comme un outil pour remédier à des pénuries spécifiques du marché du travail. Toutefois, la migration à elle seule ne parviendra certainement pas à inverser la tendance actuelle au vieillissement démographique que l'on constate dans de nombreuses régions de l'UE. EUROSTAT

Au final, de 2019 à 2023, le pouvoir d'achat a continué à croître de 180€ en moyenne par an, soit 1,9 % au total.

Un résultat pas gagné d'avance, compte tenu de l'ampleur des chocs qui ont secoué le pays.

(15 févr. 2024)

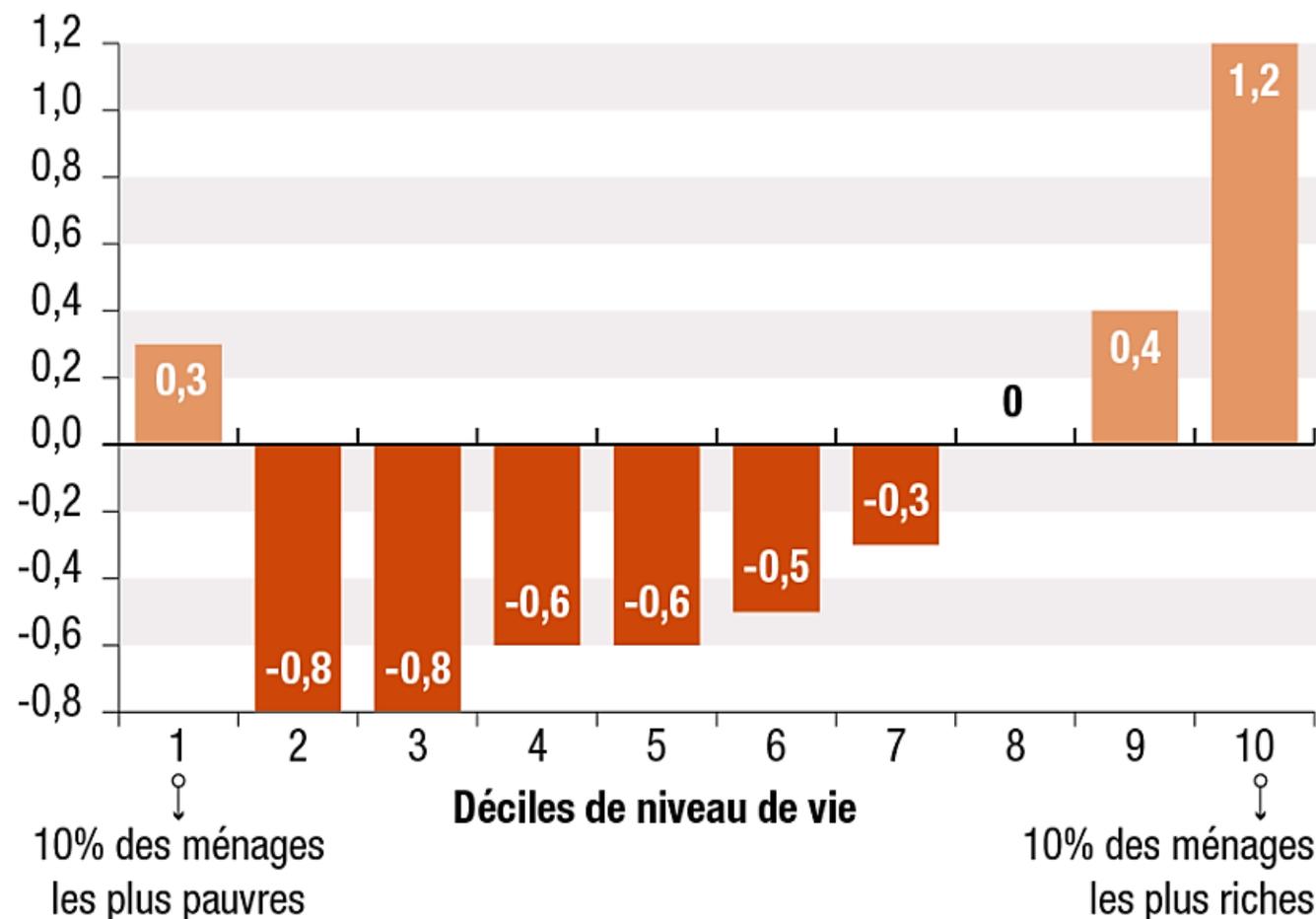
C'est au LUXEMBOURG que le pouvoir d'achat est le plus élevé : avec 32 100 SPA* par habitant, le niveau de consommation du Grand-Duché est supérieur de 38 % à la moyenne de l'Union européenne.

Viennent ensuite l'Autriche (27 500 SPA), l'Allemagne (27 400 SPA) et les Pays-Bas (26 900 SPA). 16 févr. 2024

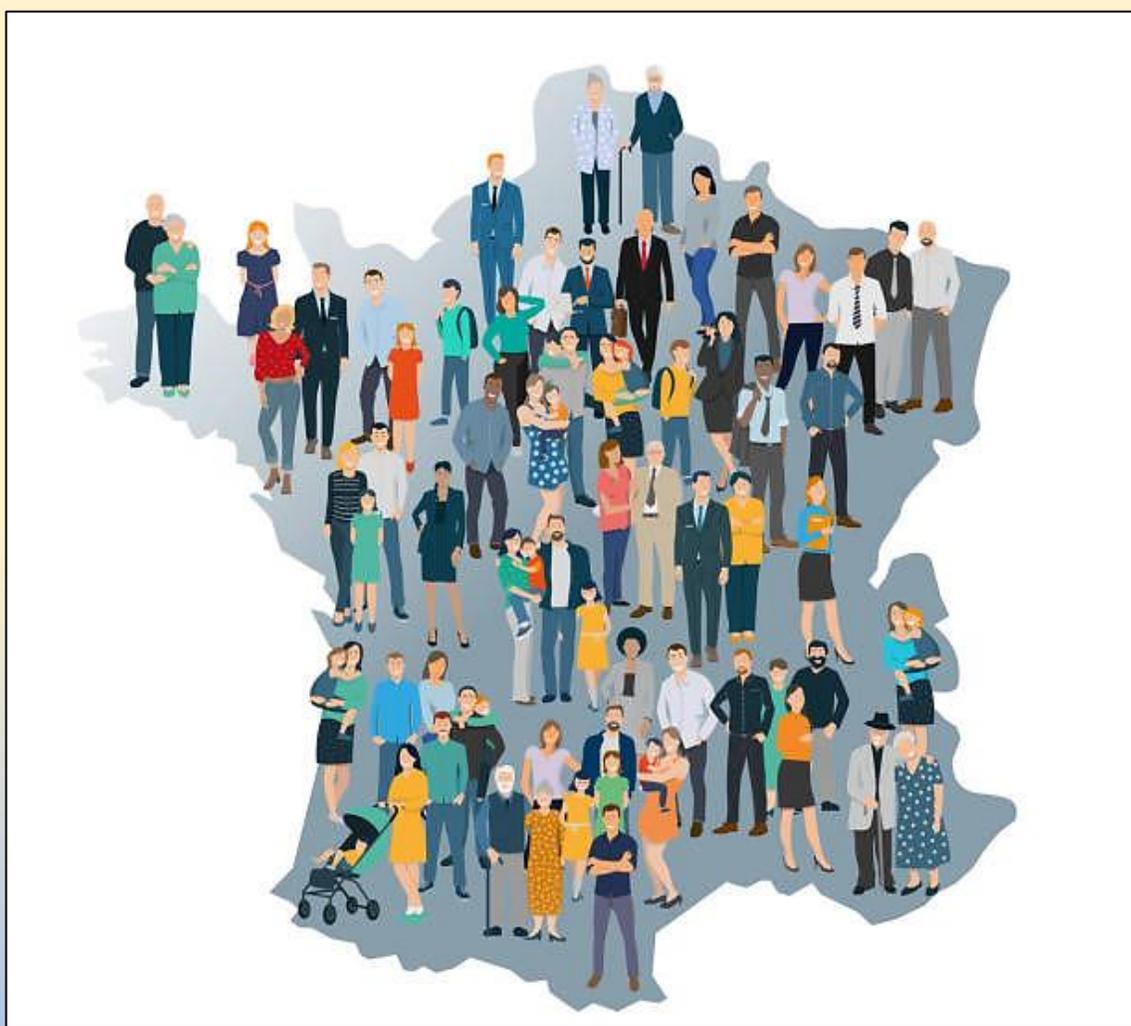
*Le standard de pouvoir d'achat (SPA) est une unité monétaire artificielle qui élimine les différences de niveaux de prix entre les pays. Ainsi, un SPA permet d'acheter le même volume de biens et de services dans tous les pays.

Estimation de l'évolution du pouvoir d'achat entre 2021 et 2023

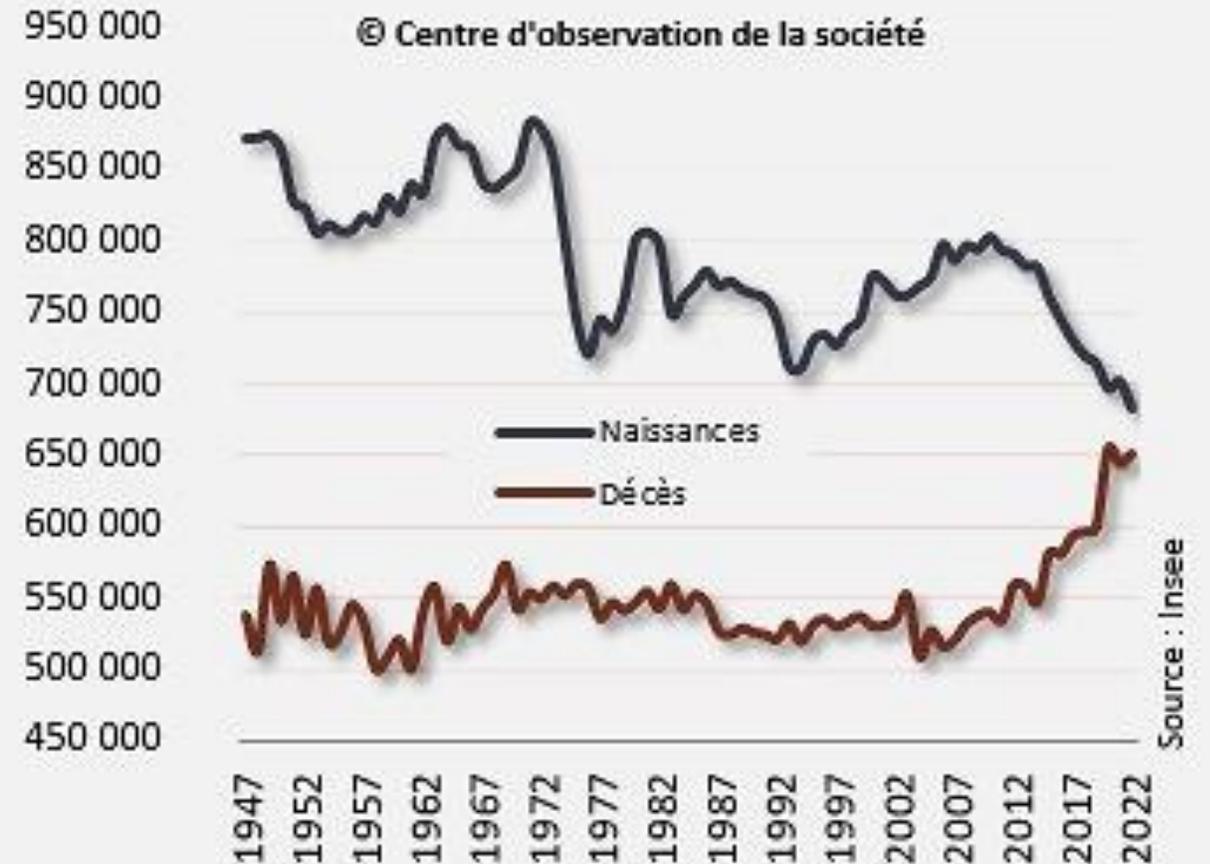
Moyenne annuelle, en %



SOURCE : OFCE, DE LA CRISE COVID AU CHOC INFLATIONNISTE
UNE ANALYSE MACRO/MICRO DU POUVOIR D'ACHAT EN FRANCE



Evolution des naissances et des décès



En 2023, on a enregistré 32 000 naissances de plus que de décès. Ce solde dit « naturel » par les démographes (différence entre les naissances et les décès, en nombre de personnes) est en chute libre depuis le milieu des années 2010, quand il atteignait 280 000 personnes. Il se situe à un niveau jamais atteint depuis la Seconde Guerre mondiale.

La différence entre les naissances et les décès constitue le moteur « interne » de notre population, le moteur externe étant le [solde migratoire](#) (les entrées moins les sorties du territoire). Le solde naturel a presque toujours été compris entre + 200 000 et + 250 000 personnes chaque année depuis la fin des années 1970. Dans les années 1950 et 1960, il était de l'ordre de + 300 000. Son niveau actuel tient autant à la progression des décès qu'à la baisse des naissances.

Si l'on met de côté l'effet du Covid-19 et de la grippe, particulièrement virulente en 2022, la diminution du solde naturel des dernières années résulte d'abord d'une augmentation de la mortalité liée à l'effet retard du baby-boom qui provoque un « *death-boom* ». On vit plus longtemps, mais les premiers baby-boomers, nés à la fin des années 1940, ont pris de l'âge et décèdent¹. La baisse du solde naturel est aussi le résultat d'une baisse du nombre des naissances dans les années récentes. Les couples font des enfants plus tardivement, ce qui fait baisser la fécondité conjoncturelle (qui devrait remonter par la suite).

On note, pour l'instant au moins, une grande stabilité de la fécondité sur le long terme.

En France, la crainte que ce solde devienne négatif est grande. La population diminuerait hors apport migratoire, comme c'est déjà le cas dans un certain nombre de pays européens. Une crainte à relativiser. Le croisement des courbes des naissances et des décès aurait un effet médiatique important parce que la population baisserait, mais il est purement symbolique. Ce solde est négatif en Allemagne depuis le début des années 1970 et le pays ne s'enfonce pas dans le déclin. Pour que la population se réduise nettement, il faudrait que la fécondité s'effondre durablement, que la situation sanitaire se détériore et que l'immigration soit totalement stoppée.

La progression de la population n'est pas une fin en soi et le régime actuel conduit à une population stable sur le long terme ce qui n'est pas une mauvaise nouvelle. La hausse du nombre d'habitants a aussi un impact : plus on est nombreux, plus on consomme de ressources non renouvelables². Ce qui importe est de savoir si les couples ont les enfants qu'ils désirent. La population a toujours été alimentée par un apport extérieur sans que cela soit insurmontable.

En 2023, on a enregistré 32 000 naissances de plus que de décès. Ce solde dit « naturel » par les démographes (différence entre les naissances et les décès, en nombre de personnes) est en chute libre depuis le milieu des années 2010, quand il atteignait 280 000 personnes. Il se situe à un niveau jamais atteint depuis la Seconde Guerre mondiale.

La différence entre les naissances et les décès constitue le moteur « interne » de notre population, le moteur externe étant le [solde migratoire](#) (les entrées moins les sorties du territoire). Le solde naturel a presque toujours été compris entre + 200 000 et + 250 000 personnes chaque année depuis la fin des années 1970. Dans les années 1950 et 1960, il était de l'ordre de + 300 000.

Son niveau actuel tient autant à la progression des décès qu'à la baisse des naissances.

**Institut Asclépiade
MPR**

**Les Terrasses de
BAIRES**

F.10410 Saint-Parres-Aux-Tertres

**FINESS :100007285
RCS Troyes 421 395 526**

03 25 70 81 81

06 22 36 38 50

06 23 69 28 62



direction@asclepiade-mpr.fr



03 25 70 81 82

03 25 70 81 83

03 25 70 81 84