

2003

La situation sociale dans l'Union européenne

- Résumé -



Commission européenne

La situation sociale dans l'Union européenne 2003

- Résumé -

Table des matières

Avant propos	5
1 Les principaux développements sociaux	7
1.1 La situation sociale: perspectives et enjeux	7
1.2 Dynamique de la population	7
1.3 Tendances récentes de l'emploi	8
1.4 Conditions de vie	9
1.5 Évolutions dans la répartition des revenus	10
1.6 Évolutions dans les États adhérents	11
2 Santé et soins de santé dans l'Union européenne	12
2.1 La santé des citoyens européens et l'agenda européen actuel	12
2.2 Population et santé	14
2.3 Les déterminants de la santé de la population	15
2.4 Les systèmes de santé	18
2.5 Futurs défis pour les systèmes de santé	19
3 La résilience du modèle social européen	22
Annexes	
Indicateurs	
Vieillesse de la population	24
Immigration et asile	24
Éducation et ses résultats	25
Éducation et formation tout au long de la vie	25
Emploi	26
Emploi des travailleurs âgés	26
Chômage	27
Chômage des jeunes	27
Chômage de longue durée	28
Dépenses et recettes de protection sociale	28
Prestations sociales	29
Dépenses consacrées aux politiques du marché du travail	29
Répartition des revenus	30
Ménages à faibles revenus	30
Ménages sans emploi et bas salaires	31
Rôle des femmes et des hommes dans le processus décisionnel	31
Emploi des femmes et des hommes	32
Rémunérations des femmes et des hommes	32
Espérance de vie totale et espérance de vie en bonne santé	33
Accidents et problèmes de santé liés au travail	33
Principaux indicateurs sociaux par État membre	34
Principaux indicateurs sociaux par État adhérent / pays candidat	35
Datashops d'Eurostat	37

Avant-propos

Le rapport sur la situation sociale traite de la qualité de vie des personnes qui vivent en Europe. Il brosse un tableau global de la population et des conditions de vie, toile de fond de la politique sociale, et il contribue au suivi des évolutions sociales dans les États membres.

La présente publication constitue un résumé du rapport. Elle est divisée en deux grands chapitres. Le premier donne une vue d'ensemble des principales tendances sociales et économiques en Europe, étayée par des faits et des chiffres. Le deuxième présente une synthèse du thème retenu cette année, celui de la dimension sociale de la santé, et examine notamment pour quelles raisons

et dans quelle mesure la santé des citoyens européens s'est améliorée, ainsi qu'un certain nombre de défis potentiels pour l'avenir. La publication s'achève sur une brève étude du modèle social européen.

Comme les années précédentes, les annexes de la présente publication contiennent un ensemble d'indicateurs sociaux harmonisés pour chaque État membre, et pour la première fois, les indicateurs correspondants pour les États adhérents et les pays candidats. Ces indicateurs fournissent une première vue d'ensemble du panorama social. En outre, ils constituent un puissant outil de suivi de l'évolution sociale dans le temps.



Anna Diamantopoulou
Membre de la Commission
emploi et affaires sociales



Pedro Solbes Mira
Membre de la Commission
affaires économiques
et financières, Eurostat

1 Les principaux développements sociaux

1.1 La situation sociale: perspectives et enjeux

La situation sociale est en grande partie façonnée à l'intersection entre les évolutions à long terme des structures démographiques et les changements économiques à court et moyen termes.

Après cinq années de forte croissance économique, qui ont créé 12 millions d'emplois et élevé le taux d'emploi de quatre points de pourcentage pour atteindre 64% de la population en âge de travailler, les perspectives sont maintenant moins optimistes. En 2001, le taux de croissance économique est tombé à 1,5%, soit moins de la moitié du niveau qu'il avait atteint en 2000 et la reprise a été assez lente en 2002. Cependant, l'emploi a continué à croître, bien que lentement.

Pendant ce temps, les défis économiques et sociaux à moyen terme posés à la société par le vieillissement de la population européenne se sont précisés. Prochainement, la croissance séculaire de la taille de la population européenne en âge de travailler s'arrêtera. Il faudra moins d'une décennie avant que les conséquences du départ à la retraite des enfants du "baby-boom" ne commencent à se faire pleinement sentir.

Les améliorations structurelles réalisées depuis 1996 et le lancement réussi de la monnaie unique ont abouti à une meilleure performance économique en termes monétaires et financiers et à une flexibilité accrue sur le marché de l'emploi. Au-delà des contributions évidentes à l'amélioration des conditions de vie, les perspectives dans un certain nombre de domaines ont été renforcées. Ainsi se profilent de nouvelles occasions de s'attaquer aux problèmes structurels de l'emploi, tels que l'emploi des jeunes et les faibles taux d'activité des femmes et des travailleurs âgés. La croissance de l'emploi a également atténué la pression sur les systèmes de protection sociale et a amélioré la marge de manœuvre pour la réforme des retraites. L'inégalité n'a pas augmenté pendant la période de prospérité; par ailleurs l'accroissement des taux d'emploi et la croissance économique ont créé de nouvelles occasions de s'attaquer aux problèmes persistants de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Au cours de cette même période, on a assisté à des améliorations significatives de l'aptitude des États membres à se faire assister par l'Union européenne dans leurs efforts politiques. Une collaboration dans la lutte contre l'exclusion sociale et pour la modernisation de la protection sociale est venue s'ajouter aux processus liés à la coordination macro-économique et à l'emploi, ce qui a créé les conditions de possibilité d'un triangle vertueux de politiques économiques, sociales et de l'emploi se renforçant mutuellement.

D'importants défis subsistent et de nouveaux apparaissent avec l'élargissement. Une action déterminée est nécessaire pour conserver les acquis des cinq à sept dernières années et pour tirer profit des possibilités créées afin de poursuivre sur la voie de la croissance durable et d'améliorations constantes de la situation sociale¹.

1.2 Dynamique de la population

L'évolution de la démographie en Europe aura une incidence significative sur la situation sociale et constitue d'importants défis pour l'économie européenne.

La population de l'Union européenne vieillit....

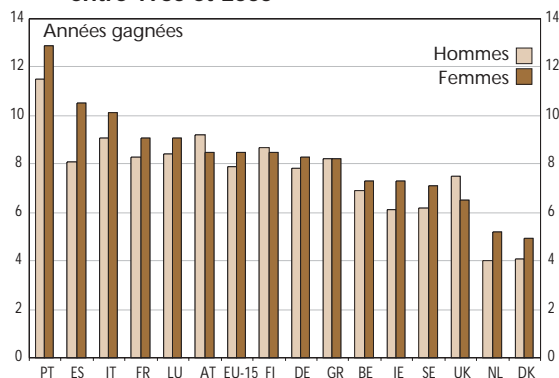
La population de l'Union européenne vieillit et les taux de dépendance des personnes âgées vont croître. Bien que la fécondité ait légèrement augmenté et soit passée de 1,45 enfant par femme en 1999 à 1,47 enfant en 2001, elle est toujours largement inférieure au niveau de remplacement des générations (2,1). L'espérance de vie s'accroît et la mortalité se concentre de plus en plus sur les personnes âgées. À mesure que les enfants du bébé-boom arriveront à l'âge de la retraite, les groupes de personnes âgées seront de plus en plus nombreux. À ce jour, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 16% de la population totale et les moins de 15 ans quelque 17%. D'ici 2010, ces rapports seront de 18% et de 16%. L'accroissement le plus spectaculaire concernera le nombre de personnes "très âgées" (plus de 80 ans), groupe qui augmentera de près de 50% au cours des 15 prochaines années.

...et malgré la structure d'âge plus jeune des États adhérents, l'élargissement ne modifiera pas cette tendance.

En conséquence des niveaux élevés de fécondité des années 1970 et 1980, les pays candidats ont actuellement une structure d'âge plus jeune que EU-15 (la population âgée de 65 ans et plus représente 13%, alors que les enfants de moins de 15 ans représentent 19%). De ce fait, l'élargissement aura un effet rajeunissant. Toutefois, cet effet sera à la fois réduit et temporaire. À moyen et à long termes, les pays candidats tendront à renforcer le déclin de la population de l'Union européenne. Étant donné l'apparition et la persistance de niveaux de fécondité extrêmement faibles, la proportion d'enfants dans la population diminue rapidement et, d'ici 2020, la part des personnes âgées se rapprochera des niveaux de EU-15.

1 Une évaluation complète de la situation globale de l'Union européenne au début de 2003 est proposée dans "Opter pour la croissance: connaissance, innovation et emploi dans une société fondée sur la cohésion - Rapport au Conseil européen de printemps du 21 mars 2003 sur la stratégie de Lisbonne pour le renouveau économique, social et environnemental", COM(2003) 5 final.

Graph 1 Augmentation de l'espérance de vie entre 1960 et 2000



Source : Eurostat, données 2000 : valeur estimée pour EU-15, données 1999 pour DE et GR. Données 1960 pour DE sans ex-RDA.

En même temps, les familles deviennent moins stables et les ménages plus petits...

L'augmentation des taux de dépendance des personnes âgées se répercutera sur notre aptitude à faire face aux besoins en matière de soins, qui pourront également être exacerbés par l'évolution des structures des familles et des ménages. Les mariages sont moins nombreux et plus tardifs et on constate également davantage de divorces. En 2001, on enregistrait seulement 5 mariages pour 1 000 habitants dans EU-15, contre près de 8 en 1970. Par ailleurs, le taux de divorce estimé pour les mariages contractés en 1960 est de 15%, alors que ce chiffre a presque doublé (28%) pour les mariages contractés en 1980. La tendance à des ménages plus réduits se poursuit, et davantage de personnes vivent seules à tous les âges. On enregistre également une augmentation considérable du nombre d'enfants vivant avec l'un de leurs parents et une diminution du nombre de couples avec enfants. En 2000, 10% des enfants de 0 à 14 ans vivaient avec un de leurs parents, contre 6% en 1990. L'écrasante majorité de ces familles monoparentales est composée de femmes. À l'exception de la Pologne et de Chypre, dans les États adhérents également, les familles sont devenues beaucoup moins stables.

...alors que les flux migratoires jouent un rôle de plus en plus important dans l'évolution de la population.

Pendant plus d'une décennie, l'immigration nette a constitué le principal facteur de la croissance de la population au sein de l'Union. Aujourd'hui, tous les États membres reçoivent d'importants flux migratoires et, en 2001, le taux annuel du solde migratoire était de 3,1 pour 1 000 personnes, ce qui représente près de 74% de l'accroissement total de la population. Dans certains États adhérents, l'immigration a eu un impact considérable sur la situation démographique. Les États baltes en particulier ont subi une diminution de leur population par suite de l'émigration.

Les décideurs politiques sont de plus en plus conscients des conséquences du vieillissement...

La prise de conscience du vieillissement de la population et de son impact probable sur la politique sociale et de l'emploi s'est considérablement accrue ces deux dernières années. Les États membres se sont engagés à étudier les questions liées au vieillissement dans le contexte de finances publiques saines, de l'emploi et de la protection sociale (c'est-à-dire des retraites, des soins de santé et des soins de longue durée), en révisant les politiques nationales en conséquence. Les États adhérents suivent ces nouvelles collaborations sur les questions de vieillissement dans de nombreux domaines.

...et ils prennent des mesures pour les traiter au niveau national et au niveau de l'Union européenne.

L'évaluation globale des efforts politiques actuels indique que la plupart des États membres – et des États adhérents – se proposent de tirer parti des ouvertures actuelles avant que le grand nombre d'enfants du baby-boom n'atteigne l'âge de la retraite. Ils entendent permettre à leurs systèmes de retraite², de soins de santé et de soins de longue durée³ de continuer à réaliser leurs objectifs sociaux et de conserver leur viabilité financière lorsque les pressions découlant du vieillissement augmenteront. Plusieurs réformes importantes ont déjà été réalisées et un grand nombre sont en préparation.

1.3 Tendances récentes de l'emploi.

En 2002, le chômage a augmenté sensiblement pour la première fois depuis 1996. Toutefois, malgré le ralentissement de l'activité économique, les marchés de l'emploi ont fait preuve d'une résistance remarquable. Le nombre des emplois créés a été supérieur à celui des emplois perdus et le résultat net a été une progression de l'emploi.

Cela indique que l'élaboration et l'application de la stratégie européenne pour l'emploi et le nouvel accent mis sur la promotion de l'intégration sociale ont aidé l'Union à s'engager sur la voie d'une croissance de l'emploi durable et plus importante, atteignant 1,3% par an depuis 1996⁴. Le taux d'emploi est passé à 64,0% en 2001 et pourrait atteindre 64,5% en 2002; le taux de chômage est tombé à 7,4% en 2001, taux le plus faible des dix dernières années et, s'il a repris en 2002, son augmentation a été très limitée (7,6%)⁵.

Même si le taux global d'emploi dans l'Union élargie sera légèrement inférieur à celui de EU-15, les faiblesses structurelles seront en grande partie similaires dans les États membres existants et futurs, bien que leur échelle puisse être différente. Les défis considérables qui attendent les futurs États membres consistent à augmenter la participation de la main-d'œuvre et l'emploi, à faciliter les flux de main-d'œuvre en provenance de l'agriculture et de l'industrie vers les services sans accroître les disparités régionales à moyen terme, ainsi

2 Projet de rapport conjoint de la Commission et du Conseil sur des pensions viables et adéquates, COM(2002) 737 final.
 3 Proposition de rapport conjoint: soins de santé et soins pour des personnes âgées: soutenir les stratégies nationales visant un degré élevé de protection sociale, COM(2002) 774 final.
 4 Pour une évaluation plus complète de l'évolution de l'emploi au cours de cette période, se reporter à "Bilan de cinq années de stratégie européenne pour l'emploi", COM (2002) 416 final.
 5 Vu les incertitudes actuelles, une proposition de stratégie future pour l'emploi est proposée dans: "L'avenir de la stratégie européenne pour l'emploi (SEE) - une stratégie pour le plein emploi et des emplois de meilleure qualité pour tous" COM(2003) 6 final.

qu'à valoriser et mettre à niveau les qualifications pour répondre aux besoins des économies modernes de marché fondés sur la connaissance.

D'autres progrès pour répondre à l'agenda de Lisbonne y compris le plein emploi, exigent des mesures décisives pour augmenter la participation et l'emploi, encourager la qualité et la productivité au travail et promouvoir la cohésion.

Pour maintenir l'offre de main-d'œuvre, il faudra améliorer de plus en plus les taux d'activité et d'emploi des femmes...

Entre 1996 et 2001, les taux d'emploi des hommes et des femmes dans l'Union européenne ont augmenté de près de 3 et 5 points de pourcentage, respectivement, ramenant ainsi l'écart entre les sexes à 18 points de pourcentage. Pour le chômage également, l'écart hommes-femmes a diminué, tout en restant significatif avec 2,3 points de pourcentage en 2001. Ces réductions récentes des écarts hommes-femmes sont un signe encourageant qui indique que l'écart des taux de chômage pourrait prochainement être comblé.

Il existe également un écart hommes-femmes dans les États adhérents, toutefois la proportion des femmes dans la main-d'œuvre est supérieure à ce qu'elle est dans les États membres de l'UE (46% contre 42%). La proportion de femmes occupant des postes de direction est, elle aussi, supérieure: 38% des dirigeants dans les États adhérents sont des femmes contre 34% dans l'UE. De plus, dans les États adhérents, le travail à temps partiel est moins fréquent et réparti plus équitablement entre les sexes: 6% des hommes (7% dans l'UE) et 9% des femmes (32% dans l'UE) travaillent à temps partiel.

...et des travailleurs âgés...

Globalement, 38,5% de la population de l'Union européenne âgée de 55 à 64 ans occupait un emploi en 2001. Ce chiffre est bien inférieur à l'objectif de Stockholm de 50% d'ici 2010. L'âge moyen auquel les personnes quittent le marché du travail était de 59,9 ans en 2001. Le défi consistera à augmenter cet âge de cinq ans environ d'ici 2010, ainsi que le Conseil européen de Barcelone l'a demandé. Les améliorations récentes de l'emploi des personnes âgées dans certains États membres montrent que la tendance à la baisse de la participation à l'emploi peut être renversée à condition d'intensifier les efforts. Dans les États adhérents, les taux d'emploi des travailleurs de 55 à 64 ans sont encore plus faibles, mais ils se sont stabilisés au cours des deux dernières années et commencent à s'améliorer.

D'un autre point de vue - étant donné la dynamique actuelle et future de la population qui aboutit à une population active vieillissante et en régression - il est très important que la plupart des États membres aient d'importantes réserves de main-d'œuvre chez les femmes et les travailleurs âgés et disposent ainsi, à condition de supprimer les obstacles actuels à la participation, d'une possibilité de contrecarrer l'impact du vieillissement sur les effectifs en main-d'œuvre.

...ainsi que l'étendue et la forme de l'immigration et l'intégration des immigrés.

Les scénarios démographiques qui reposent sur l'hypothèse de flux d'immigration stables et considèrent que les objectifs de Lisbonne en matière d'emploi sont remplis, tendent à montrer qu'après 2010 le volume global de l'emploi dans EU-15 serait réduit par suite d'une diminution de la population en âge de travailler. Plus qu'avant, les gains de productivité joueront un rôle capital dans la croissance économique et sociale. L'immigration aussi sera un facteur important à cet égard, en particulier au moment où les réserves actuelles de main-d'œuvre parmi la population en âge de travailler occuperont toutes des emplois. Évidemment, les effets économiques et sociaux positifs de l'immigration dépendent de l'aptitude à assurer la pleine intégration des nouveaux venus et des membres de leur famille dans l'emploi et le tissu social au sens large des sociétés européennes. Une intégration réussie des immigrés peut contribuer au maintien de la croissance économique et renforcer la cohésion sociale.

La croissance de l'emploi a également entraîné la création de plus d'emplois de qualité.

Plus de deux tiers des nouveaux emplois créés entre 1996 et 2001 étaient hautement qualifiés, car l'économie de la connaissance est devenue une réalité de tous les jours. Plus de 50% de tous les emplois requièrent maintenant l'utilisation d'un ordinateur. D'ailleurs, des travaux récents de la Commission ont montré que les économies de l'UE qui enregistrent une augmentation de leur proportion d'emplois de qualité obtiennent également de meilleurs résultats au niveau de l'emploi et de la productivité. Il existe également un grand nombre d'emplois de faible qualité. Si pour les jeunes et les personnes très qualifiées, de tels emplois représentent souvent un tremplin pour accéder à un emploi plus stable, ce n'est pas le cas pour les travailleurs âgés et les travailleurs non qualifiés. Lorsque ces groupes occupent des emplois temporaires, travaillent involontairement à temps partiel ou dans des emplois n'offrant pas de formation, ils restent dans des cycles de chômage, d'inactivité et d'emplois faiblement qualifiés. C'est pourquoi les efforts visant à promouvoir la mobilité ascendante dans des emplois plus qualifiés et de qualité sont un élément important pour promouvoir des niveaux d'emploi plus élevés et plus durables.

1.4 Conditions de vie

Mesurées d'après l'évolution des revenus et de la consommation, les conditions de vie continuent à s'améliorer. Les augmentations annuelles moyennes du revenu par tête ont oscillé autour de 1,5% au cours des dix dernières années, avec un revenu médian annuel net dans EU-15 de 11 700 SPA⁶ (standard de pouvoir d'achat) environ en 1998. Cette moyenne recouvre évidemment des disparités importantes entre les États membres et des inégalités considérables au sein des États membres. La moitié "nord" de l'Union a indiqué des niveaux de revenu supérieurs et, dans ces pays, les inégalités de revenu sont généralement inférieures à celles des États membres du sud. De même, la consommation moyenne a augmenté considérablement ces dernières

6 Mesuré en Parité de Pouvoir d'Achat, afin de corriger les disparités de pouvoir d'achat entre les pays en question.

années. En Allemagne, par exemple, qui est assez typique des États membres à cet égard, elle s'est accrue d'environ 2,6% par an au niveau du ménage.

...Les conditions de vie influencent la perception de leur qualité de vie par les citoyens.

En 2002, les Européens étaient très ou assez satisfaits de leur vie en général (78% contre 77% deux ans plus tôt) et quelque 20% d'entre eux (contre 17% en 2000) étaient très satisfaits. Les plus satisfaits vivent en Suède (95%) et au Danemark (94%) alors que le niveau de satisfaction est moindre au Portugal (50%) et en Grèce (49%). Tout comme les années précédentes, les hommes semblent être plus satisfaits de leur vie que les femmes, et les jeunes plus que les personnes âgées. Une grande partie des variations de la qualité de vie perçue au sein de EU-15 peut s'expliquer par des différences dans l'autoévaluation de l'état de santé.

Les personnes qui ont un niveau d'éducation supérieur et celles qui ont un revenu supérieur ont de meilleurs résultats en ce qui concerne la santé et la qualité de la vie perçues, ce qui reflète des inégalités dues au statut socio-économique. En outre, la santé est généralement perçue comme moins bonne chez les personnes âgées.

La plupart des personnes ayant répondu à l'enquête Eurobaromètre 2002 accordent une priorité plus grande aux dépenses publiques en soins de santé qu'à d'autres domaines tels que l'éducation ou l'assistance sociale, et elles considèrent que la qualité du système de soins de santé est l'un des trois problèmes les plus importants auxquels doit faire face la société aujourd'hui.

1.5 Évolution dans la répartition des revenus

Le revenu est l'un des principaux facteurs qui déterminent le niveau de vie. La répartition des revenus est importante également en ce qui concerne la pauvreté relative et les risques d'exclusion sociale. L'État providence joue un rôle important dans la redistribution du revenu primaire, réduisant ainsi l'inégalité et la pauvreté. Un rapport récent⁷ révèle que d'importants changements au niveau de la disparité des revenus sont intervenus dans de nombreux pays entre 1980 et 1997 et se sont, pour la plupart d'entre eux, soldés par davantage d'inégalité. Les gains bruts et d'autres facteurs du marché sont les principaux éléments qui ont contribué à cette tendance. Dans le contexte de croissance économique de la deuxième moitié des années 1990, il est remarquable qu'en moyenne la disparité a eu tendance à diminuer.

Certes, cela peut refléter le fait que la croissance économique récente a, dans une large mesure, été induite par l'emploi. Les personnes occupant un emploi sont les moins susceptibles de vivre avec la menace de la pauvreté⁸ et les chômeurs sont les plus susceptibles d'être menacés de pauvreté (ils sont cinq fois plus susceptibles de l'être que les personnes occupant un emploi). En 1998, les retraités et les tra-

vailleurs indépendants étaient deux fois plus susceptibles d'être menacés de pauvreté que les personnes employées, les enfants trois fois plus et les autres groupes de personnes économiquement non actives quatre fois plus.

Des risques de pauvreté et d'exclusion sociale subsistent ...

En dépit des effets importants de redistribution de la protection sociale, la lutte contre la pauvreté et la promotion de l'intégration sociale figurent toujours parmi les principaux défis que l'Union doit relever. Les résultats récents de l'enquête Eurobaromètre 2001 révèlent qu'une proportion élevée de personnes se considèrent toujours pauvres, dans la mesure où leur revenu net est inférieur au montant qu'elles jugent absolument nécessaire. Cette mesure subjective de la pauvreté varie beaucoup selon les États membres - entre 9% au Danemark et 66% au Portugal. L'enquête montre également que la période de pauvreté tend à être plus longue dans les pays du sud (quatorze ou quinze ans environ) que dans ceux du nord (deux à trois ans). L'enquête Eurobaromètre apporte en outre la preuve que la pauvreté est étroitement liée à l'isolement social et qu'elle est fortement fonction de la mauvaise qualité de l'emploi, et notamment de la qualité médiocre des tâches, de la précarité de l'emploi et d'une formation insuffisante.

L'intégration sociale est étroitement liée à l'emploi et/ou au revenu. Il est à noter que dans la société de la connaissance, les nouvelles technologies représentent à la fois une chance et une menace pour l'intégration des personnes défavorisées. Les travaux réalisés par l'ESDIS (Groupe à haut niveau sur l'emploi et la dimension sociale de la société de l'information) l'ont mis en évidence et une place politique importante lui a été accordée avec la résolution du Conseil sur la participation de tous à la société de l'information (e-inclusion) en octobre 2001 et celle relative à l'accessibilité numérique (e-accessibility) pour les personnes handicapées en 2002.

...et diffèrent considérablement au sein de l'Union...

Les taux de pauvreté des ménages diffèrent considérablement entre les États membres (en prenant comme seuil de pauvreté 60% du revenu équivalent médian national). En 1998, la différence entre les États membres enregistrant les taux de pauvreté le plus élevé et le plus faible était de 14 points de pourcentage. Entre 1995 et 1998, six États membres sur douze disposant des données pour ces deux années ont vu leurs taux de pauvreté diminuer. Toutefois, le taux de pauvreté global pour EU-15 en 1998 était le même qu'en 1995.

D'une manière générale, les États membres du sud ont le revenu net équivalent moyen le plus faible si l'on considère le SPA, mais également le niveau le plus élevé de disparités de revenus selon la vague 1998 du Panel communautaire des ménages (PCM). Les États membres scandinaves présentent la disparité la plus faible, alors que le Luxembourg, la Belgique et les Pays-Bas ont les revenus nets équivalents moyens les plus élevés.

7 Voir "Income on the Move", rapport sur la répartition des revenus, la pauvreté et la redistribution, Bureau du plan social et culturel des Pays-Bas, financé par la Commission européenne, DG emploi et affaires sociales (Étude E1 série 2002) http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/dec/income_on_move_en.html

8 "Être menacé de pauvreté" signifie avoir moins de 60% du revenu équivalent médian.

...mais dans EU-15 ils seraient beaucoup plus élevés sans les effets redistributifs des prestations sociales.

L'effet redistributif⁹ des prestations de protection sociale est largement supérieur à l'effet redistributif des impôts. Les prestations sociales réduisent d'environ 30 à 40% les disparités des revenus, mesurées à l'aide du coefficient de Gini¹⁰. La régressivité des prestations est relativement importante en Allemagne, aux Pays-Bas, en Belgique et au Royaume-Uni. C'est-à-dire que dans ces pays, les ménages à faibles revenus reçoivent une proportion des prestations sociales relativement plus importante qu'en Finlande, au Danemark et en Suède. Toutefois, en Allemagne et au Royaume-Uni, la réduction des disparités entre les répartitions des revenus bruts et des revenus assurés par le marché est plutôt modérée. Cela s'explique par le fait que la part de la sécurité sociale dans le revenu national de ces pays est relativement faible.

Les prestations existent dans de nombreuses catégories et diffèrent quant au nombre des bénéficiaires et aux montants moyens. La réduction de la pauvreté résultant de toutes les prestations confondues, mesurée simplement en comparant le revenu "avant" et "après prestations", est de 25 points de pourcentage¹¹. La majeure partie de la réduction de la pauvreté est le fait des prestations de vieillesse et des prestations de survie (15 points). Les prestations chômage, familiales et maladie/invalidité résultent, à effets égaux, en une réduction de la pauvreté de 3 points environ.

1.6 Évolutions dans les États adhérents

Bien que la plupart des États adhérents aient réussi à diminuer l'écart de revenu par rapport aux États membres de l'Union européenne au cours de la deuxième moitié des années 90, les différences restent considérables. En 2000, dans huit États adhérents, le PIB par tête était inférieur à la moitié de la moyenne de l'Union européenne, exprimée en standard de pouvoir d'achat.

En outre, la répartition des revenus dans les États adhérents est devenue plus inégale. Cela est particulièrement vrai pour les huit pays candidats d'Europe centrale et orientale¹². Au cours des dix dernières années, l'Europe de l'Est a connu des augmentations importantes de la pauvreté et de l'inégalité. Dernièrement, la situation s'est stabilisée. L'inégalité et la pauvreté ne sont plus en augmentation, mais les conséquences sociales de la croissance rapide de l'inégalité au début de la période de transition doit faire l'objet d'un examen plus détaillé.

La sensibilisation à ces problèmes a augmenté ...

La pauvreté figure sur l'agenda politique de tous les États adhérents, mais le concept plus vaste d'exclusion sociale, qui fait allusion à une pauvreté multiple, l'est beaucoup moins. L'exclusion sociale est toutefois devenue un sujet prioritaire ces dernières années, souvent du fait de l'élaboration des politiques communautaires. Les principaux facteurs entraînant l'exclusion sociale sont le chômage et l'éclatement des familles. Qui plus est, l'aptitude de la protection sociale et de l'emploi à assurer un revenu et des ressources appropriés est problématique dans un grand nombre d'États adhérents. En outre, la couverture et le fonctionnement des régimes d'assurance sociale sont tels qu'il est très difficile d'aborder les problèmes de l'exclusion sociale.

... ainsi que les possibilités de trouver une aide grâce à la collaboration de l'UE.

L'importance d'aborder ces problèmes a été soulignée récemment par l'adoption, en décembre 2002 par le Conseil, d'objectifs communautaires révisés, appropriés pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Les textes révisés renforcent les objectifs initialement adoptés au Conseil européen de Nice en 2000, mais donnent également une importance accrue à la dimension de genre, aux difficultés que rencontrent les immigrés et à l'importance de fixer des objectifs nationaux pour réduire le nombre de personnes menacées de pauvreté et d'exclusion sociale. Ces objectifs sous-tendent la préparation d'une deuxième génération de plans d'action nationaux contre la pauvreté et l'exclusion sociale, d'une durée de deux ans, que tous les États membres devraient élaborer d'ici juillet 2003. Il est prévu de poursuivre et de renforcer les progrès réalisés grâce à la méthode ouverte de coordination en matière de pauvreté et d'exclusion sociale, lancée par le Conseil européen de Lisbonne en 2000.

L'élargissement de EU-15 à EU-25 se profile maintenant à l'horizon immédiat. On peut s'attendre à ce qu'il s'accompagne de changements importants dans la situation sociale globale de l'Union. On devrait assister à une augmentation des défis politiques en matière d'exclusion sociale, de pauvreté et d'inégalités en général, y compris au niveau de l'état de santé. Les disparités régionales et les problèmes de cohésion sociale seront accrus. Ainsi, l'augmentation considérable des disparités entre États membres entraînera un besoin accru en instruments de collaboration capables de transcender ces différences de manière constructive.

9 Les résultats sont tirés de "Income on the move" et se rapportent essentiellement à la vague 1997 du PCM.

10 Le coefficient de Gini est un indice qui compare la répartition effective du revenu dans tout l'éventail des revenus avec une sorte de répartition théoriquement idéale dans laquelle chacun a le même revenu (Gini = 0%). Un Gini 100% signifierait qu'une seule personne a la totalité du revenu.

11 Ce chiffre illustre l'étendue de l'effet, mais comme d'autres variables influencent les deux situations, on peut pas attribuer la différence entre les deux valeurs du coefficient de Gini au seul effet des prestations sociales.

12 Commission européenne: "Réussir l'élargissement", document de stratégie et rapport de la Commission européenne sur les progrès réalisés par chacun des États adhérents et pays candidats sur la voie de l'adhésion, page 13.

2 Santé et soins de santé dans l'Union européenne

2.1 La santé des citoyens européens et l'agenda européen actuel

Le rapport de cette année met un accent particulier sur la santé. La santé et la qualité des soins de santé figurent au premier rang des priorités des citoyens européens (Eurobaromètre 2002). Le présent rapport dépeint l'état de santé actuel des citoyens européens et identifie les principaux déterminants de leur santé.

Si les soins de santé jouent un rôle déterminant dans le traitement contre la mauvaise santé et dans le maintien en bonne santé, l'état de santé général des citoyens est aussi largement conditionné par les conditions socio-économiques et environnementales et le style de vie. L'organisation des soins de santé et des soins de longue durée est très variable au sein de l'Union. Outre ces différences, on observe également de grandes similitudes et - comme le démontre le rapport - les États membres sont confrontés à des défis actuels et futurs en matière de santé largement identiques, dont deux présentent un intérêt particulier. D'une part, il faut en permanence optimiser le rapport coût-efficacité des systèmes de santé face aux grands moteurs du changement structurel que sont le vieillissement et les nouvelles technologies liées à la santé. D'autre part, nombreuses sont les possibilités d'établir de meilleures synergies entre les politiques de santé et d'autres politiques influant sur les déterminants environnementaux et socio-économiques de la santé.

Le lien entre prospérité et santé

L'état de santé des citoyens est un facteur important de la capacité de production d'une société et l'amélioration de la santé peut renforcer le potentiel de croissance¹³, car une meilleure santé ouvre la voie à une productivité accrue, un allongement de la vie active et une diminution des frais (moins d'absences pour maladie, de besoins en termes de traitement, de handicaps, etc.).¹⁴

Les systèmes de santé sont une partie des systèmes de protection sociale des États membres. À ce titre, ils sont examinés dans le cadre de la nouvelle collaboration¹⁵ sur la modernisation et l'amélioration de la protection sociale qui s'inscrit dans le contexte plus vaste de la stratégie de Lisbonne. L'accessibilité, la qualité et la viabilité ont été

identifiées comme les objectifs communs que les États membres poursuivent par leur politique de soins de santé. L'effet de maintien des revenus induit par les systèmes de protection sociale contribue manifestement aussi à entretenir l'état de santé des citoyens. À titre d'exemple, les systèmes de pension contribuent pour beaucoup à préserver la santé de la population âgée en facilitant l'accès à un niveau de vie suffisant après le départ à la retraite.

Il va sans dire que l'incidence des investissements en faveur de la santé ne dépend pas seulement des sommes dépensées, mais de la question de savoir où, quand et comment les moyens ont été engagés. Les investissements réalisés pour améliorer la santé peuvent, notamment, être particulièrement productifs si les efforts visent des groupes sociaux ou des régions caractérisés par un état de santé moyen médiocre ou particulièrement menacé. L'inégalité face à la santé est liée à des inégalités plus générales au sein de la société. Les personnes démunies et les exclus sont particulièrement touchés par les problèmes de santé. Les politiques des États membres visent à lutter contre la pauvreté, à réduire les inégalités et à favoriser l'intégration sociale. La nouvelle collaboration européenne sur ces points a un effet positif sur l'état de santé des démunis et améliore le degré de cohésion sociale de la société.

Ainsi, la santé et les soins de santé sont à l'intersection entre la stratégie européenne pour l'emploi et les efforts consentis par l'Union pour moderniser et améliorer la protection sociale.

Au cours des dernières décennies, les conditions permettant d'être en bonne santé et de bénéficier de traitements appropriés et efficaces des maladies se sont nettement améliorées au sein de l'Union européenne. Cette amélioration est le fruit d'efforts publics et privés qui se sont traduits par des investissements directs en faveur de meilleurs soins de santé. Toutefois, même si les systèmes de santé jouent un rôle essentiel en vue de combattre et de prévenir la mauvaise santé, d'autres politiques influant sur les déterminants environnementaux et socio-économiques de la bonne santé, telles que le travail et les conditions de travail, ont également une incidence notable sur l'état de santé actuel et futur des citoyens.

13 Pour une évaluation de cette relation au niveau mondial, voir le rapport de la commission macroéconomie et santé présidée par Jeffrey D. Sachs (2001): *Macroéconomie et santé: investir dans la santé pour le développement économique*, OMS, Genève.

14 Une étude américaine sur la littérature scientifique de la dernière décennie a conclu que les revenus des travailleurs en bonne santé étaient entre 15 et 30% supérieurs à ceux des travailleurs en mauvaise santé. Jack Hadley (2002): *Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured*. Examen des recherches consacrées à la relation entre l'assurance maladie, la santé, le travail, les revenus et l'éducation. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

15 Proposition par la Commission d'un Rapport Conjoint Commission-Conseil sur des pensions adaptées et viables, COM(2002)737. Proposition par la Commission d'un Rapport Conjoint Commission-Conseil sur les systèmes de soins de santé et de soins de longue durée pour les personnes âgées: soutenir les stratégies nationales pour rassurer un niveau élevé de protection sociale COM(2002) 774.

L'agenda politique européen en matière de santé

Les évolutions politiques de la dernière décennie ont amené les questions de santé au premier plan de l'agenda européen.

Le traité de Maastricht (1993) a donné, pour la première fois, une base juridique à la santé publique (article 129), encourageant "la coopération entre les États membres", "la prévention des maladies" et "les actions de soutien". Aucune harmonisation des législations et des réglementations n'a été prévue. Soucieuse de satisfaire à ces nouvelles obligations, la Commission a présenté sa "communication relative au cadre d'action dans le domaine de la santé publique" qui repose sur l'établissement de huit programmes de santé publique¹⁶. L'action au niveau communautaire a apporté des avantages en soutenant les efforts des États membres et la diffusion d'"informations sur les meilleures pratiques" afin d'étayer en permanence les dispositions en matière de protection de la santé dans l'ensemble de la Communauté.

A la fin des années 1990, le cadre général de la politique de la santé a été transformé. Le Traité d'Amsterdam a étendu les pouvoirs de la Communauté dans le domaine de la santé publique. L'Article 129 a été révisé par l'addition de nouvelles provisions et renommé article 152. Sur base de l'article 152 les actions dans le domaine de la santé publique devraient : contribuer à atteindre un niveau élevé de protection de la santé; améliorer la santé; prévenir les maladies humaines; prévenir les sources de danger pour la santé humaine et assurer que toutes les politiques de la Communauté protègent la santé.

Dans ce contexte général, en mai 2000, la Commission a proposé une nouvelle stratégie pour la santé¹⁷, qui met en avant une approche intégrée pour les actions liées à la santé au niveau de la Communauté. Un élément clé de cette stratégie était la proposition d'un nouveau programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique¹⁸. Le programme sera centré sur trois lignes d'action principales :

- améliorer l'information et les connaissances en vue d'une meilleure santé publique
- renforcer la capacité à réagir rapidement et de manière coordonnée aux menaces pour la santé
- cibler les actions pour promouvoir la santé et prévenir les maladies.

En plus, la Commission a créé un Forum Européen de la Santé qui rassemble les organisations européennes concernées. Le sixième programme cadre de recherche soutient aussi des activités de recherche orientées en fonction des politiques et aussi des politiques sociales, et en particulier la mise en oeuvre de l'Agenda Social Européen¹⁹.

La responsabilité en matière d'offre et de financement des soins de santé appartient aux États membres. Toutefois, cette

responsabilité n'empêche pas l'application dans ce domaine de libertés fondamentales telles que la libre prestation de services, la libre circulation des produits médicaux ou la libre circulation des travailleurs, ou d'autres politiques communautaires.

De plus, la santé est une question transversale dans l'agenda social européen et un point important de la stratégie de l'UE en faveur du développement durable qui constituent tous deux des éléments notables de la stratégie de Lisbonne. En outre, la question des soins de santé a été soulevée dans le cadre de la mobilité transfrontalière et de l'amélioration de la qualité des finances publiques. Il a été reconnu que la qualité et la viabilité des soins de santé étaient des questions clés appelant une coopération plus étroite entre les États membres. Lors du Conseil européen de Göteborg (juin 2001), le comité de la protection sociale et le comité de politique économique ont été invités à examiner les défis du vieillissement de la population et à établir un premier rapport pour le Conseil européen du printemps 2002²⁰ contenant des orientations en matière de soins de santé et de soins pour les personnes âgées. Selon ce rapport, les tendances démographiques, technologiques et financières sous-jacentes confrontent les systèmes de santé et de soins de longue durée de l'Union européenne à des défis axés sur: l'accès pour tous, indépendamment des revenus et de la richesse; un niveau élevé de qualité des soins; la viabilité financière des systèmes de soins.

Ces trois grands objectifs ont reçu le soutien du Conseil dans un rapport d'orientation préliminaire sur les soins de santé et les soins pour les personnes âgées destiné au Conseil européen de Barcelone, qui soulignait également que tous les systèmes de santé de l'Union européenne reposent sur les principes de solidarité, d'équité et d'universalité. Le Conseil européen de Barcelone a invité la Commission et le Conseil à approfondir les questions de l'accès, de la qualité et de la viabilité financière. Sur la base d'un questionnaire soumis aux États membres, la Commission a proposé un rapport conjoint sur les stratégies nationales visant un degré élevé de protection sociale²¹. Étant donné l'importance des soins de santé par rapport aux dépenses publiques totales, la viabilité financière de ce secteur et l'impact de ses réformes sont très importants.

La santé et la sécurité au travail forment un domaine majeur de la politique sociale européenne. La santé au travail n'est pas seulement l'absence d'accidents ou de maladies professionnelles, elle implique un bien-être physique, moral et social très important pour la qualité du travail et la productivité de la main-d'œuvre. Une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail a été établie pour la période 2002-2006 en tenant compte des changements du travail et de la société²². Cette stratégie adopte une approche globale du bien-être au travail reposant sur des mesures préventives et créant des partenariats entre tous les acteurs dans les domaines de l'emploi, de la santé et de la sécurité.

16 Novembre 1993.

17 COM(2000)285 final du 16.5.2000

18 OJ L 271/1 du 9.10.2002. Décision 1786/EC

19 Programme spécifique de recherche, de développement technologique et de démonstration : intégrer et structurer l'espace européen de la recherche (2002-2006)

20 Sur la base du document COM(2001) 723 final - L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées: garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière.

21 COM(2002) 774 final.

22 COM(2002) 118 final - S'adapter aux changements du travail et de la société: une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité 2002-2006.

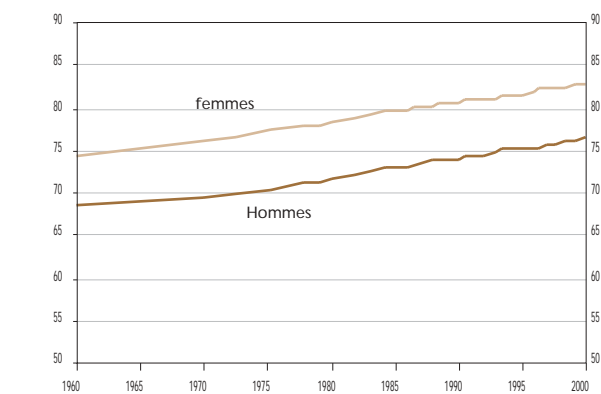
2.2 Population et santé

L'état de santé des citoyens s'est amélioré dans tous les États membres de l'UE au cours des dernières décennies...

L'état de santé moyen des citoyens européens s'améliore. En 2000, l'espérance de vie moyenne à la naissance pour EU-15 était de 78 ans (75 pour les hommes et 81 pour les femmes). Ces chiffres sont supérieurs à ceux des États-Unis (74 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes), mais inférieurs à ceux du Japon (78 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes).

L'espérance de vie à la naissance n'est pas seulement un indicateur social, mais aussi un indicateur économique important. L'analyse de la situation macroéconomique et sanitaire montre que l'état de santé explique en grande partie les écarts entre les taux de croissance économique.

Graph 2 Espérance de vie pour les hommes et les femmes. EU-15, 1960-2000



Source : Eurostat

L'espérance de vie a augmenté au cours du XX^{ème} siècle: un allongement de 25 ans a été obtenu au cours des 60 premières années du siècle, alors que huit autres années ont été gagnées au fil des quatre dernières décennies²⁴. L'espérance de vie des hommes est passée de 68 ans en 1970 à 75 ans en 2000²⁵. Au cours de la même période, l'espérance de vie des femmes a augmenté de 6 ans, passant de 75 à 81 ans entre 1970 et 2000.

La plus faible espérance de vie des hommes est due à la surmortalité des hommes de tous âges, un phénomène bien connu de tous les États membres, mais aussi de la plupart des autres pays du monde. Bien que conditionnées par des facteurs biologiques, ces inégalités entre les sexes sont essentiellement imputables à des causes sociales et à cer-

tains modes de vie. Avec le rapprochement des comportements des hommes et des femmes dans l'UE, les espérances de vie commencent à converger. Cette évolution a déjà été observée au niveau d'EU-15 (où l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 2,5 ans pour les hommes entre 1990 et 2000, contre 2 ans pour les femmes) et dans tous les États membres hormis la Grèce, l'Espagne, le Luxembourg et le Portugal.

Sous l'effet conjugué de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'évolution de la fertilité, la population de l'UE est de plus en plus âgée. Ce vieillissement démographique signifie que le nombre de personnes âgées augmente, tandis que la proportion de personnes en âge de travailler (15 à 64 ans) diminue. Ces tendances démographiques auront des conséquences économiques et sociales dans un certain nombre de domaines, y compris les systèmes de santé et de soins.

En ce qui concerne l'offre de soins de santé, l'une des tendances démographiques les plus importantes est le nombre croissant de personnes très âgées (plus de 80 ans). Ce nombre augmentera de huit millions entre 2010 et 2030, soit une croissance de 44% qui sera même plus importante que celle des personnes âgées en général. Actuellement, la plupart de ces personnes très âgées ont besoin d'assistance et de soins qui sont fournis soit de façon formelle soit de façon informelle – ce dernier cas reprend les soins assurés à domicile par des membres de leur famille, ce qui est encore très répandu dans les États membres méridionaux. À l'avenir, la taille des ménages se réduira et les familles pourraient être moins capables de faire face à l'accroissement des tâches de soins, ce qui renforcerait le rôle du personnel soignant formel ainsi que les autres sources de soins informels. Le vieillissement comporte une forte dimension de genre : la grande majorité de ces personnes très âgées seront des femmes. Au fur et à mesure que la population vieillit, les problèmes de santé des femmes pèseront nettement plus lourd parmi les types de maladies à traiter et à combattre.

... dessinant de nouvelles courbes de mortalité et de morbidité.

Les personnes vivant plus longtemps, la mortalité et la morbidité évoluent vers des âges de plus en plus avancés. Les principales causes de décès sont les maladies du système circulatoire (environ 40% du total des décès), le cancer (un quart des décès), les maladies du système respiratoire, les maladies digestives et les causes externes de blessures et d'empoisonnement qui incluent les accidents (de la route)²⁶. Un décès sur cinq est dû à une maladie qui aurait pu être évitée. Toutefois, ce schéma général varie selon le sexe et surtout en fonction de l'âge. La mortalité au cours de la première année de vie a baissé au cours des dernières décennies dans tous les États membres qui affichent à pré-

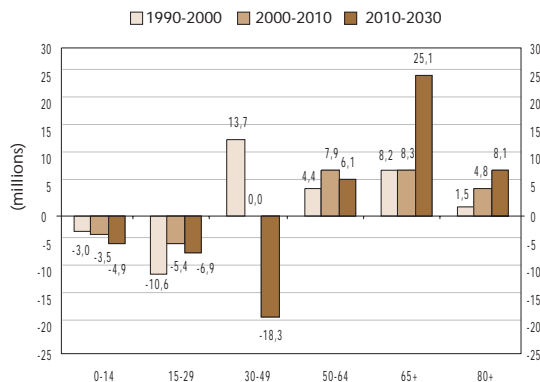
23 Rapport de la commission macroéconomie et santé présidée par Jeffrey D. Sachs (2001): Macroéconomie et santé: investir dans la santé pour le développement économique, OMS, Genève, (p. 26): "chaque amélioration de 10 pour cent de l'espérance de vie à la naissance (EVN) correspond à une augmentation de la croissance économique d'au moins 0,3 à 0,4 point de pourcentage, les autres facteurs de croissance étant considérés constants".

24 Ce ralentissement s'explique, en partie, par la nature de l'indicateur. Pour une année donnée, l'espérance de vie est l'âge moyen qu'un nouveau-né peut espérer atteindre si les taux de mortalité de l'année en question restent inchangés. Étant donné que le nombre total d'années de vie perdues par une personne qui décède au cours de sa première année de vie est largement supérieur au nombre d'années perdues, par exemple, par une personne décédant à l'âge de 65 ans, l'espérance de vie est plus sensible à la réduction de la mortalité infantile qu'à l'accroissement de la longévité des personnes âgées.

25 Toutefois, dans quelques États membres méridionaux, l'espérance de vie des hommes a cessé d'augmenter au cours de la deuxième moitié des années 80 et au début des années 90 en raison de l'augmentation de la mortalité due au SIDA et aux accidents de la circulation, qui affecte particulièrement les jeunes hommes.

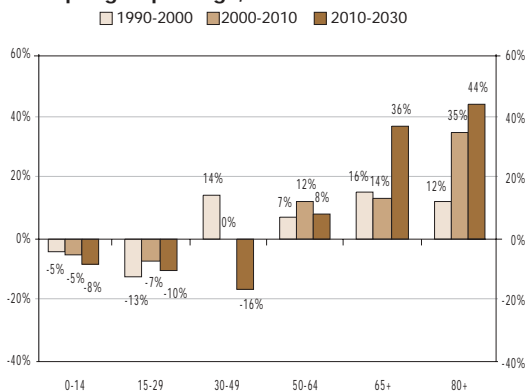
26 Voir Eurostat. Voir le Rapport de la DG Santé et Protection des Consommateurs: "L'état de santé de la population européenne" CE 2001

Graphe 3 Evolution démographique (en millions) par groupe d'âge, EU-15



Note: B:1995, DK: 1996, EL: 1997, E, F, IRL, I, S,UK, EU: 1998
Source: Eurostat

Graphe 4 Evolution démographique (en %) par groupe d'âge, EU-15



Source: Eurostat

sent des niveaux parmi les plus bas au monde. Toutefois, compte tenu de la persistance de différences entre les catégories sociales ou les régions en termes de mortalité infantile, d'autres améliorations peuvent encore être apportées. La mortalité infantile étant actuellement très faible, les améliorations futures de l'espérance de vie dépendent de la réduction de la morbidité et de la mortalité à des âges plus avancés.

Les principales causes de morbidité sont les maladies neuro-dégénératives (telles que la maladie d'Alzheimer et la démence), les blessures, les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques et le cancer²⁷. Étant donné que la plupart de ces maladies sont en corrélation positive avec l'âge, le vieillissement de la population aura un effet sur la courbe de morbidité et sur les besoins en soins de santé. Les problèmes de santé mentale sont également de plus en plus importants. Dans l'UE, un quart environ des nouvelles prestations d'invalidité sont attribuées aux troubles mentaux.

La situation sanitaire change également dans les États adhérents et les pays candidats.

L'état de la santé s'améliore également dans les États adhérents mais, dans la plupart des cas, ils sont généralement inférieurs à ceux des États membres actuels. De grandes différences séparent les États adhérents et les pays candidats, Malte et Chypre occupant la meilleure position (leur situation est comparable, voire meilleure que celle de quelques États membres actuels), suivis de la Slovénie, alors que les pays baltes, la Roumanie, la Bulgarie et la Turquie accusent une situation sanitaire plus mauvaise. Cette situation se traduit par des taux de mortalité infantile plus élevés et une espérance de vie plus limitée ainsi qu'une incidence accrue de maladies non infectieuses (surtout les affections cardiaques, les maladies circulatoires et le cancer), de maladies infectieuses (y compris dans quelques pays des maladies sexuellement transmissibles et la tuberculose) et de morts violentes.

Les niveaux de handicap seront à l'avenir davantage liés aux risques propres à l'âge.

Une des caractéristiques de la vie humaine est que le nombre de handicaps physiques de toute sorte tend à augmenter avec l'âge. La maladie, les modes de vie risqués, les accidents et les facteurs socio-économiques se combinent tous pour engendrer un processus "handicapant" qui s'accroît avec le temps. Il n'est donc pas surprenant que 5% des personnes handicapées soient des jeunes, alors que 46% des personnes déclarant un handicap sont en âge de travailler et les 49% restants sont des personnes âgées de plus de 60 ans (selon les données du PCM). L'allongement de l'espérance de vie accroît également la prévalence des troubles visuels et auditifs, ainsi que des troubles neurologiques tels que la maladie d'Alzheimer et la démence. L'évolution future des risques d'incapacité liée à l'âge sera un facteur clé déterminant le nombre de personnes âgées ayant besoin de soins et d'assistance.

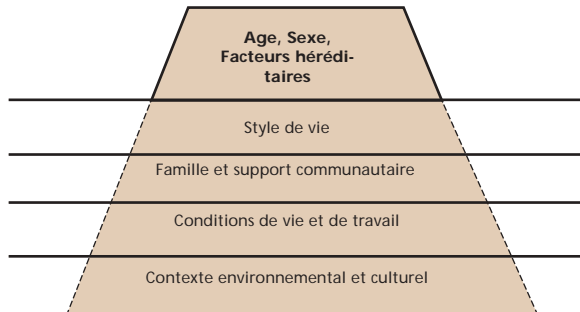
2.3 Les déterminants de la santé de la population

L'évolution de la santé dépend en grande partie des conditions environnementales...

Les populations européennes sont confrontées à des risques sanitaires liés à leur environnement physique qui sont en grand partie imputables aux modes de vie actuels et à l'utilisation inhérente des ressources. La santé humaine dépend de la disponibilité et de la qualité des aliments, de l'eau, de l'air et du logement. Elle est également influencée par le bruit, les embouteillages et les accidents de la circulation et les insuffisances des systèmes d'évacuation des eaux usées. L'urbanisation rapide a engendré des problèmes particuliers dans plusieurs villes qui se sont traduits par une pollution de l'air et des conditions de logement inacceptables. D'autres problèmes de santé ont trait à la conta-

27 Voir Eurostat. Voir le Rapport de la DG Santé et Protection des Consommateurs: "L'état de santé de la population européenne" CE 2002

Graph 5 Déterminants principaux de la santé²⁸



mination de l'eau et des aliments, source de maladies transmissibles. Toutefois, la lutte permanente contre ces effets néfastes au travers de la rénovation urbaine, de meilleures infrastructures, du contrôle des substances polluantes et de mesures de sécurité alimentaire renforcées a permis d'en réduire la prévalence.

Au cours de la dernière décennie, la pollution atmosphérique dans les zones urbaines d'Europe centrale et orientale a diminué grâce à l'adoption de plusieurs mesures techniques et au ralentissement économique. Toutefois, les conditions de logement restent inférieures aux normes d'Europe occidentale et les problèmes de circulation prennent une grande ampleur.

...des conditions socio-économiques...

La santé est clairement liée à la situation socio-économique. Cette situation se définit normalement au moyen de quelques indicateurs interdépendants tels que le statut professionnel, le genre et les niveaux d'éducation, de revenu et de richesse. Au niveau individuel, le statut socio-économique détermine l'accès aux ressources sociales et matérielles ainsi que l'exposition à des risques sanitaires.

Au niveau individuel, l'éducation semble accroître les capacités sociales, élargir les perspectives personnelles, donner confiance en soi, renforcer les compétences et les aptitudes et promouvoir un mode de vie plus sain en améliorant la connaissance des risques. Selon une enquête Eurobaromètre, seules 50% des personnes ayant un niveau d'éducation inférieur au cycle supérieur de l'enseignement secondaire contre près de 75% des personnes issues de l'enseignement supérieur qualifient leur état de santé de "bon", voire de "très bon".

L'emploi et le chômage sont tous deux importants pour l'état de santé. Il a été prouvé que des taux d'emploi élevés ou de faibles taux de chômage associés à une grande richesse nationale moyenne réduisaient considérablement les taux de mortalité dans un intervalle de temps donné²⁹.

De surcroît, plusieurs études menées au niveau individuel indiquent une corrélation positive entre le chômage et la maladie ou le handicap, tant physique que mental. Les chômeurs sont beaucoup plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé et de consulter un médecin. Les sans-emploi sont confrontés à un risque de mortalité plus élevé que les personnes ayant un emploi stable. Les taux de suicide sont plus élevés parmi les jeunes chômeurs. Cependant, les réseaux sociaux ou les "emplois non officiels" peuvent, dans une certaine mesure, compenser l'impact négatif des pertes d'emploi. Cet "effet tampon" est plus fort dans certains États membres.

Dans son ensemble, l'emploi a une influence positive sur la longévité et la santé dès lors que les emplois sont de bonne qualité. L'expérience prouve que les emplois de mauvaise qualité engendrent des problèmes de santé particuliers pour les travailleurs (accidents, blessures et maladies professionnelles). Les principaux problèmes de santé liés au travail sont d'ordre musculo-squelettique, suivis du stress, puis des troubles pulmonaires et cardiovasculaires. Le type d'industrie et de métier, la nature du contrat de travail (temporaire) ou du temps de travail (travail posté), l'âge et le sexe influent sur la prévalence et font varier l'incidence des maladies. Bien que les femmes représentent 46% de la main-d'œuvre, leur part dans les maladies professionnelles est en moyenne de 18%, mais ce chiffre reflète également des différences en termes d'heures de travail.

Les coûts des emplois de mauvaise qualité sont considérables. Le coût des soins préventifs ou curatifs devrait être mis en balance avec le nombre de jours de travail perdus en raison d'accidents et de problèmes de santé dus au travail et des pertes consécutives en termes de production et de revenus. Au total, les accidents et les problèmes de santé dus au travail se sont soldés par 500 millions de jours de travail perdus dans l'UE en 1998-1999.

Dans les États adhérents, une proportion plus importante de travailleurs (40% contre 27% dans l'UE³⁰) considèrent que leur santé et leur sécurité sont menacées par le travail. Les problèmes déclarés liés au travail sont plus nombreux dans ces pays, notamment sur le plan de la fatigue générale et des troubles musculo-squelettiques. Les systèmes de santé et de sécurité dans les États adhérents devront être adaptés à la législation européenne. Dans nombre de ces pays, le tripartisme est relativement faible, ce qui signifie que l'objectif d'assurer la contribution des travailleurs et des employeurs à l'amélioration du système reste un défi de taille.

...et de l'étendue et la qualité des réseaux sociaux.

Le soutien social est important pour la santé et particulièrement déterminant pour la bonne santé aux deux extrémités du cycle de la vie. Les réseaux sociaux - qui se composent des membres de la famille, des pairs et des amis - contribuent à protéger et à renforcer la santé de chacun. Ils exercent un contrôle sur les comportements déviants et sur la plupart des facteurs liés au mode de vie. Ils peuvent faciliter l'accès aux

28 Sur base du travail de Dahlgren et Whitehead (référence: Dahlgren and Whitehead: Policies and strategies to promote social equity in health, Institute for Future Studies, Stockholm, 1991).

29 Prof. H. Brenner: "Unemployment and Public Health" Commission européenne, DG Emploi et Affaires sociales.

30 Enquête sur les conditions de travail dans les pays candidats, 2001 - Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.

services de santé, assurer une grande quantité de soins informels et aider à atténuer l'impact des accidents de la vie.

La famille fournit toujours la base de soins et d'aide pour les enfants et les adultes dans tous les États membres et le rôle de la famille en matière d'offre de soins est considéré comme important et positif. Actuellement, 6% des citoyens européens passent une grande partie de leur temps à assurer des soins informels de longue durée pour des personnes âgées ou des adultes en âge de travailler qui sont malades ou handicapés. L'évolution des taux d'activité des femmes et l'instabilité croissante des structures familiales auront une incidence sur la capacité future des familles à assurer les soins à long terme. Tous les États membres constatent une tendance à la réduction de la taille des ménages et une augmentation du nombre de personnes vivant seules. Les scénarios pour EU-15 montrent que, d'ici 2020, 46% des personnes âgées de 85 ans et plus vivront seules et que 80% d'entre elles seront des femmes. Par conséquent, un nombre croissant de personnes âgées sont susceptibles de nécessiter des soins formels, même si les taux d'invalidité des personnes âgées continuent de baisser.

Les stratégies destinées à favoriser un comportement sain requièrent un engagement fort de la part d'un grand éventail d'acteurs concernés. Afin d'accroître la connaissance et la compréhension du public en ce qui concerne les risques sanitaires, un équilibre entre l'action gouvernementale, l'action collective et l'action individuelle s'impose. Il faut aussi prendre en considération le potentiel d'action collective des organisations non gouvernementales, des groupes locaux, etc.

L'évolution récente de l'exclusion sociale lance de nouveaux défis pour réduire les inégalités en matière de santé.

Dans les pays pauvres, il semble exister un lien manifeste entre le niveau de revenus et la mortalité, les revenus plus élevés étant souvent synonymes de meilleure santé. Ce lien devient moins manifeste dans les pays plus riches où les courbes de mortalité semblent aller de pair avec le niveau d'inégalités de revenus. Cette situation est essentiellement due au fait que les faibles revenus et la pauvreté sont associés à de mauvaises conditions de vie et de travail et à un mode de vie précaire. Dans la plupart des États membres, il est beaucoup plus probable que les personnes démunies qualifient leur santé de mauvaise ou de très mauvaise et fassent état d'un degré plus important d'isolement social, d'une moindre disponibilité de soutien ou de soins informels.

Les bas salaires et la pauvreté peuvent impliquer un accès restreint aux soins de santé préventifs (par exemple les consultations) et curatifs (par exemple la médication et l'hospitalisation) de qualité suffisante, par exemple en matière de traitement, d'information et de suivi. Les personnes ayant de bons revenus sont plus susceptibles de faire appel à des services spécialisés, tandis que les personnes à faibles revenus tendent à recourir aux médecins gé-

ralistes³¹. Les avantages additionnels en termes de santé découlant de la réduction des inégalités entre les revenus sont particulièrement importants lorsque la pauvreté sévit également au sein de la société. En termes politiques, cela signifie que la lutte contre la pauvreté et l'élimination des obstacles empêchant l'accès aux systèmes de santé constituent des questions de santé de premier plan.

Les nouveaux défis ont également trait à l'impact sanitaire de divers modes de vie...

Le mode de vie a une grande incidence sur l'état de santé. Un certain nombre de problèmes de santé graves qui se développent avec des proportions épidémiques ont un lien avec de mauvaises habitudes en matière d'alimentation, d'exercice physique et d'abus d'alcool, de tabac et de drogues illégales, qui peuvent être modifiées par des campagnes de conscientisation en santé publique et des actions de prévention.

Selon le dernier rapport de l'OMS³², l'utilisation du tabac est le principal facteur de risque, à l'origine de 12% environ de la charge totale des maladies et des traumatismes. Le tabagisme est associé à un large éventail de maladies, quelquefois mortelles, qui auraient pu être évitées (maladies cardio-vasculaires et pulmonaires, cancers). Dans l'ensemble, un tiers de la population d'EU-15 déclare fumer régulièrement. La prévalence du tabagisme parmi les hommes est supérieure à celle des femmes dans EU-15 (40% pour les hommes et 28% pour les femmes) et elle augmente, notamment parmi les jeunes femmes. Au Danemark, les cancers du poumon liés à la consommation tabagique des femmes explique en partie l'espérance de vie relativement courte des femmes danoises³³.

L'alcool et la tension artérielle représentent 9 à 10% des AVC³⁴ et le cholestérol et la masse corporelle sont responsables de 6 à 7% des AVC pour les deux sexes. Une alimentation inadaptée, c'est-à-dire un mauvais régime alimentaire général, a des conséquences importantes en termes socio-économiques dans la mesure où elle induit des carences sanitaires ou des coûts économiques et sociaux. Selon les données d'Eurostat, environ 17% des adultes de l'UE ont un excédent pondéral et quelque 6,5% sont obèses. La surcharge pondérale ou l'obésité augmente les risques de certaines maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, certains cancers et diabète de type deux. L'obésité est en augmentation, notamment parmi les enfants.

...en particulier pour les jeunes...

L'amélioration de la santé des jeunes n'a pas évolué au même rythme que celle de l'ensemble de la société et les jeunes, notamment les hommes, sont actuellement confrontés à des taux de mortalité relativement élevés liés au comportement et aux modes de vie. L'abus de drogues, y compris d'alcool, explique souvent le nombre excessif de décès de jeunes dus à des causes extérieures: essentiellement des accidents

31 La question de l'accès des groupes vulnérables à des soins de santé de grande qualité a été examinée dans le rapport conjoint sur l'inclusion sociale approuvé à Laeken en décembre 2001.

32 Rapport sur la santé dans le monde en 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine.

33 Voir le Rapport de la DG Santé et Protection des Consommateurs : "L'état de la santé de la population européenne", CE 2001

34 L'AVCI ou Année de Vie Corrigée pour Incapacité (DALY) est une mesure de l'impact d'une maladie, qui prend en compte le nombre d'années de vie perdue à cause d'un décès prématuré et du nombre d'années vécues avec une incapacité d'une certaine durée et d'une certaine gravité. Une unité de AVCI perdue représente donc une année de vie en bonne santé perdue.

de la route pour les jeunes hommes entre 15 et 30 ans, mais aussi d'autres types de morts violentes comme le suicide, deuxième cause de décès parmi les jeunes hommes. De surcroît, la consommation de substances illicites est concentrée parmi les jeunes adultes, notamment les hommes vivant en milieu urbain: la prévalence parmi les jeunes adultes équivaut à peu près à deux fois celle de l'ensemble des adultes. Par ailleurs, le comportement sexuel est une question importante pour la santé des jeunes, par exemple les grossesses non désirées ou les risques d'infection par des maladies sexuellement transmissibles.

...et dans les États adhérents.

Les problèmes de tabagisme sont importants, le nombre de fumeurs étant en augmentation parmi les jeunes et les femmes. La consommation d'alcool est un autre facteur lié au mode de vie qui joue un rôle dans plusieurs causes de mortalité. Il est possible que l'alcool ait davantage d'incidence sur les taux de mort subite due à des problèmes cardiaques³⁵ et de cirrhose plus élevés dans les États adhérents d'Europe orientale et centrale que dans l'UE. En général, les taux de mortalité due aux blessures, notamment par accident de la circulation, noyade et incendies, et aux homicides et aux suicides, sont également supérieurs dans ces pays. Cette situation peut en partie être imputée aux schémas de consommation d'alcool.

2.4 Les systèmes de santé

Les systèmes de santé jouent un rôle important pour la santé et l'économie dans tous les États membres

Les systèmes de santé jouent un rôle important dans la lutte contre la maladie et contribuent dans une large mesure aux résultats en matière de santé. D'autre part, le poids du secteur de la santé et des soins de longue durée dans l'économie et l'emploi est considérable. L'emploi dans le secteur des services de santé et sociaux des quinze États membres représente en moyenne près de 10% de l'emploi total. Le secteur de la santé est aussi un secteur de l'économie très dynamique et en développement rapide, qui recèle un important potentiel de contribution à la croissance économique et de possibilités d'emplois. De 1995 à 2001, le secteur de la santé et de l'action sociale a contribué à 18% de la création nette d'emplois dans l'UE³⁶.

...qui, malgré de grandes différences dans l'organisation des soins de santé, sont confrontés à des défis similaires.

La manière dont les systèmes de santé sont organisés, réglementés, financés, appliqués et utilisés varie considérablement d'un État membre à l'autre. Les problèmes que doivent résoudre les systèmes de santé présentent néanmoins de nombreuses similitudes. Le vieillissement de la population constitue un défi commun particulièrement important. Garantir à tous, à long terme, l'accès à des soins de santé et de longue durée de grande qualité, même au point culmi-

nant du vieillissement de la population, est généralement perçu comme un objectif commun que les États membres s'efforcent d'atteindre dans leurs politiques de santé.

Les États membres dépensent des montants substantiels pour les soins de santé ...

En 1999, le pourcentage des dépenses totales de santé par rapport au PIB a varié entre 10,3% en Allemagne et 6,1% au Luxembourg, avec une moyenne pondérée de 8,4%. C'est en Allemagne que ce pourcentage est actuellement le plus élevé, puis en France et en Belgique. Aux États-Unis, l'ensemble des dépenses de santé a atteint 13% du PIB en 2000, la part des dépenses publiques étant de 44%³⁷. Au Canada, ces chiffres sont plus proches de la moyenne communautaire, avec des dépenses de santé s'élevant à 9,1% du PIB, la part des dépenses publiques étant de 71%.

En Europe, les systèmes de santé recourent à des sources de financement mixtes. Dans tous les États membres, la plupart des financements sont des dépenses publiques (75% en moyenne) et proviennent des impôts et des cotisations à l'assurance maladie. Les dépenses privées (provenant de versements directs et de l'assurance maladie privée) représentent moins de 30% des dépenses totales de santé, sauf en Grèce, en Italie et au Portugal. La part des versements directs dans les dépenses totales de santé de l'UE a légèrement augmenté pendant les années 90, et en 1998, la moyenne européenne a été de 16%. En Italie et au Portugal, la part des versements directs dans les dépenses totales de santé est supérieure à 30%. Il semble que contrairement aux attentes, le transfert des coûts vers des sources de financement privées n'a pas freiné l'accroissement des dépenses totales de santé.

...et les soins de longue durée.

Il est difficile de déterminer les coûts et les tendances nationales des soins de longue durée (ou tertiaires) car ces services sont souvent répartis entre des structures publiques et des budgets différents – en principe entre le budget santé et le budget services sociaux. Selon les meilleures estimations disponibles des dépenses publiques pour les soins de longue durée, en 2000, la moyenne communautaire pondérée était d'environ 1,3% du PIB, les pourcentages s'échelonnant entre 0,7% pour la France, l'Irlande, l'Autriche, 3% pour le Danemark et 2,8 pour la Suède³⁸.

L'organisation de soins de longue durée pour les personnes âgées varie considérablement d'un État membre à l'autre. Le Danemark a le plus grand nombre de lits destinés aux soins infirmiers de longue durée, tandis que les États membres de la région méditerranéenne se situent bien en dessous de la moyenne communautaire à cet égard. Cela tient au rôle différent que jouent les réseaux familiaux dans la fourniture de soins informels. Ce secteur subit une évolution rapide liée à la réorganisation des services ou à l'apparition de nouveaux services dans les États membres nordiques et centraux et au développement des services dans le Sud, sous l'effet de l'évolution des structures familiales.

35 Britton, A. & McKee, M. 2000 'The relationship between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe' Journal of Epidemiological Community Health 2000, 54: 328-332

36 Voir "Emploi en Europe 2002" CE 2002

37 OCDE Données sur la santé 2002

38 Comité de politique économique (2001) - Budgetary Challenges posed by ageing populations.

Les organisations à but non lucratif jouent un rôle croissant dans les secteurs de la santé et des services sociaux.

Dans le secteur des soins de santé, l'équilibre entre les soins primaires, secondaires et tertiaires³⁹ a progressivement évolué. L'importance des soins secondaires (surtout hospitaliers) a diminué, principalement en raison des avancées thérapeutiques et des améliorations des soins de base et des soins dans les établissements de jour. D'où la nécessité d'une plus grande décentralisation de la fourniture des soins de santé et d'une nouvelle coordination entre les parties prenantes aux niveaux national, régional et local. L'évolution des relations entre l'État, le marché et le secteur de l'économie sociale dans le domaine des soins de santé, avec une part croissante à la charge du secteur privé, pose de nouveaux défis en termes de réglementation et de gestion de la fourniture des soins de santé et de réalisation des objectifs d'égalité.

La plupart des États membres assurent un accès universel aux soins de santé...

Dans tous les États membres, l'accès au soins de santé est universel ou quasi-universel. Il s'agit d'une avancée majeure des dernières décennies dans l'Union européenne. Avec l'introduction de la couverture universelle en janvier 2000, la France a rejoint le Danemark, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal, la Suède et le Royaume-Uni dans la fourniture d'une couverture sanitaire universelle légale qui réduit considérablement le risque d'exclusion des services de santé. À titre comparatif, aux États-Unis, on estime à 40 millions (14% de la population) le nombre de citoyens sans assurance maladie⁴⁰.

Cependant, malgré le caractère universel ou quasi-universel de l'obligation légale de couverture d'assurance maladie, des problèmes d'accès liés à diverses lacunes au niveau de la couverture subsistent dans l'ensemble des États membres. Ces problèmes ont deux origines: l'exclusion de traitements particuliers de la couverture obligatoire, ou la contribution croissante aux frais demandée aux patients.

...et élaborent des normes de qualité.

La plupart des États membres ont progressé dans l'établissement de normes de qualité applicables aux soins de santé⁴¹. Des difficultés ont toutefois été rencontrées dans certains domaines, par exemple pour les soins ambulatoires, et l'adoption de normes liées aux résultats. Les pressions visant à améliorer la qualité des soins dispensés aux patients ont continué à s'accroître, de même que les pressions visant à maîtriser les coûts. La prise de conscience croissante du fait que les dépenses consacrées à des technologies inefficaces entraînent pour les autres patients des coûts d'opportunité a contribué à augmenter la demande de preuves d'impact

budgétaire et de rentabilité des interventions dans le cadre des évaluations des technologies de la santé. Des évaluations de la qualité des soins de santé dispensés existent sous l'une ou l'autre forme dans tous les pays de l'Union européenne⁴².

Les États adhérents et les pays candidats présentent des structures différentes.

La plupart des États adhérents et des pays candidats consacrent aux soins de santé une part de leur produit intérieur brut plus faible que la moyenne communautaire. Cette part varie de 2,6% en Roumanie à 8% à Malte. Il y a dans les États adhérents une propension relativement forte à hospitaliser les patients en raison principalement du développement insuffisant des systèmes de soins de base⁴³. Cependant, dans un grand nombre de ces pays, le personnel médical par habitant est moins nombreux et l'infrastructure hospitalière ainsi que les autres structures de soins sont relativement déficientes. En théorie, les droits aux prestations de soins de santé sont restés universels avec une large couverture dans la plupart des pays. Dans la pratique, cependant, les services sont rationnés et les paiements informels sont courants⁴⁴. On observe dans plusieurs États adhérents une certaine tendance à la privatisation des soins de santé. Celle-ci s'accompagne d'une augmentation des ressources consacrées à la santé par des paiements directs et la couverture de risques par une assurance maladie privée.

2.5 Futurs défis pour les systèmes de santé

Les systèmes de santé sont confrontés à de nouveaux défis en terme de viabilité financière, de qualité et d'accessibilité ...

La demande de soins de santé et de longue durée a augmenté au cours des dernières décennies, principalement en raison des avancées technologiques et thérapeutiques, et des attentes de plus en plus élevées de nos sociétés plus riches. Les décideurs politiques devront aussi aborder le problème de la nouvelle tendance structurelle des attentes croissantes des consommateurs de soins de santé. Les changements au niveau du mode de vie, des habitudes de travail, des revenus, des niveaux d'instruction et des structures familiales modifient les attitudes des gens à l'égard des soins de santé. La société de l'information permet aussi à toute personne connectée à l'Internet d'accéder immédiatement aux derniers traitements existants: les sites Web sur la santé figurent parmi les sites les plus visités de l'Internet. Ces changements d'attitudes impliquent une plus grande prise de conscience des droits et des responsabilités des patients, une moins grande tolérance de la discrimination et moins de respect pour les professionnels de la santé. De toute évidence, on souhaite un plus grand choix de services en même temps plus individualisés, ainsi que l'accès à un

39 Les soins secondaires couvrent les services hospitaliers, et les soins tertiaires les soins de longue durée.

40 Jack Hadley (2002): Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. A review of the research on the relationship between health insurance, health, work, income and education. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

41 Pour une discussion sur les standards de qualité, voir la proposition de rapport conjoint Commission-Conseil: "Soins de santé et soins pour des personnes âgées: soutenir les stratégies nationales visant un degré élevé de protection sociale", COM(2002) 774 final.

42 Une discussion détaillée de l'étude d'impact des technologies de la santé est reprise dans la section 2.3 de la publication de la DG Emploi et Affaires Sociales "La situation sociale de l'Union européenne 2003"

43 Voir Wallace, C., Haerpfer, C., Mateeva, L. (Institute for Advanced Studies, Vienna) "Health and Health Care Systems in the Applicant Countries", August 2002, p. 8.

44 Les systèmes de protection sociale des 13 pays candidats – Rapport à la Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales – novembre 2002.

plus vaste éventail de traitements médicaux - y compris des traitements dépassant les frontières traditionnelles des systèmes de santé. Par conséquent, il est important d'évaluer au mieux les besoins déterminants de la population en matière de santé et de les prendre en compte, car cela peut contribuer à éviter l'administration de services inefficaces ou parfois même délétères.

... les avancées technologiques et thérapeutiques...

Les progrès enregistrés dans les domaines des technologies et des traitements médicaux ont contribué à l'augmentation des coûts au cours des dernières décennies. Les nouvelles technologies peuvent aussi réduire les coûts de traitement de certaines maladies, mais elles peuvent également entraîner une augmentation des dépenses si elles permettent de traiter des affections dont les traitements étaient précédemment inexistantes ou moins efficaces, ou encore des affections pour lesquelles il existe d'autres traitements moins onéreux. Leur incidence sur les futures dépenses de santé est difficile à prédire, mais une évaluation plus systématique des technologies et des traitements médicaux contribuerait à garantir que seuls des progrès véritables entraînent une augmentation des dépenses et que des possibilités de réaliser des économies ne sont pas négligées. Cette évaluation, ainsi que la dissémination et la prise en compte des résultats, est cruciale pour atteindre les trois objectifs de l'accès, de la qualité et de la viabilité mais, pour le moment, elle est largement tributaire de la qualité des données relatives à la santé. On observe encore d'importantes faiblesses au niveau de l'Union européenne en ce qui concerne la disponibilité des données et la normalisation des définitions ainsi que des méthodes de collecte de données.

Comme dans la plupart des autres secteurs de l'économie, les technologies de l'information et de la communication (TIC) ont aussi été introduites dans les systèmes de santé. Elles peuvent améliorer substantiellement l'organisation de la fourniture des soins de santé. Quelques autorités sanitaires indiquent qu'elles consacrent actuellement 20% de leur budget d'équipement aux TIC. La généralisation des TIC peut créer de nouveaux obstacles à l'accès des groupes défavorisés à des soins de santé de haute qualité si elle requiert de la part du patient certaines compétences numériques.

... le vieillissement de la population...

Conséquence de la faiblesse durable des taux de natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie, la population européenne est en train de vieillir. Les premières cohortes du "baby-boom" prendront leur retraite dans les dix ou quinze prochaines années, ce qui entraînera dans un premier temps un accroissement des dépenses dans le domaine des pensions. Dix ans plus tard, lorsque ces cohortes entreront dans le quatrième âge, leurs besoins en soins de santé et en particulier en soins de longue durée seront probablement plus importants. Néanmoins, les besoins de soins dépendront, dans une certaine mesure, de l'efficacité des stratégies antérieures et futures de promotion de la santé.

L'incidence du vieillissement démographique sur les futurs coûts de santé est difficile à prédire⁴⁵. Elle est liée à la fois à la demande et à l'offre de soins de santé et indiscutablement aux conditions de vie, au mode de vie, au soutien familial et à la situation socio-économique. Pour les soins de santé, la tendance démographique la plus importante est le nombre croissant de personnes très âgées (de plus de 80 ans), dans un contexte où la taille des ménages diminue et où les familles sont moins aptes ou moins disposées à répondre aux besoins en soins. D'une part, les systèmes de santé devront s'adapter à l'évolution des types d'affections et de besoins en matière de soins, avec un développement et un accroissement de l'importance de la médecine gériatrique et de l'attention portée aux maladies chroniques. D'autre part, les systèmes de santé formels devront se préparer à une situation où ils devront s'occuper d'une partie sensiblement plus importante des besoins en matière de soins, vu que dans un grand nombre d'États membres, les familles jouent un rôle de moins en moins important dans la fourniture de soins. De plus, alors que la proportion de personnes très âgées ayant besoin de soins de longue durée est susceptible de diminuer en raison d'une meilleure santé et de taux d'invalidité plus faibles, leur nombre absolu pourrait encore augmenter.

...et le vieillissement du personnel médical.

Les problèmes de recrutement et de maintien du personnel médical, qui se font déjà sentir dans certains États membres, risquent d'être aggravés par la tendance générale au vieillissement et à la diminution de la main-d'œuvre dans ce secteur, qui entraîne une intensification de la concurrence pour s'assurer de la main-d'œuvre. Ces deux tendances pourraient accroître les coûts. Le secteur de la santé devra donc s'adapter au vieillissement de son personnel comme à celui de sa clientèle. C'est surtout le cas pour le personnel infirmier. Dans sept États membres, 40% du personnel infirmier ont déjà plus de 45 ans et dans cinq autres États membres, près d'un infirmier ou d'une infirmière sur deux ont atteint cet âge. Deux autres facteurs contribuent notamment à la pénurie de personnel infirmier: les tendances de recrutement en dents de scie et surtout les conditions de travail difficiles associées à une rémunération modeste, qui entraînent une rotation rapide du personnel. On va sans doute assister à une augmentation du recrutement de travailleurs immigrants pour remplir les besoins de ce secteur.

L'élargissement pourrait donner lieu à de nouveaux défis en matière de personnel. Lorsque la libre circulation sera pleinement applicable aux États adhérents, cela pourrait provoquer des problèmes supplémentaires pour la fourniture de traitements et de services dans ces pays car il se peut que les patients cherchent alors à bénéficier de traitements médicaux dans d'autres États membres, et que le personnel médical soit attiré par les salaires plus élevés des pays actuels de l'Union européenne.

45 Les projections fondées sur le scénario démographique de référence d'Eurostat donnent à penser qu'au sein de l'UE, le volume de l'ensemble des dépenses de santé pourrait augmenter en moyenne, toutes autres choses étant égales par ailleurs, de près de 0,6% par an en termes réels, en raison de l'évolution de la structure d'âge de la population, au cours du prochain quart de siècle. D'autre part, le Comité de politique économique a estimé que l'accroissement des dépenses publiques en matière de soins de santé et de longue durée lié au vieillissement, de 2000 à 2050, pourrait s'élever à 2 ou 3 points de pourcentage du PIB. Ces projections doivent toutefois être traitées avec précaution car elles se réfèrent à de très longues périodes et reposent sur plusieurs suppositions concernant les futures tendances économiques et comportementales.

Pour relever ces défis, le secteur des soins de santé devra subir un processus de transformation permanent et développer de meilleures synergies avec d'autres politiques.

Les effets combinés du progrès technologique, de l'augmentation des revenus et des attentes, ainsi que du vieillissement de la population créeront une tendance structurelle à l'accroissement des dépenses de santé. Un objectif essentiel de la future politique de santé sera donc de rendre les services de santé suffisamment efficaces et rentables pour permettre un accès réellement durable à des soins de santé et des soins de longue durée de qualité, en dépit de ces tendances. Cela implique des efforts déterminés vers la réalisation d'une meilleure gestion et d'une meilleure évaluation d'impact en ce qui concerne les interventions, les traitements et les technologies en matière de santé.

Le vieillissement exercera des pressions plus fortes sur les services de soins de santé et la fourniture de soins de longue durée. Le fait de devoir s'adapter à une évolution soudaine des types de pathologies tout en répondant aux besoins de main-d'œuvre et en garantissant à long terme des soins de santé durables, de qualité et accessibles représente pour les décideurs politiques et les administrateurs un ensemble complexe de défis à relever.

Il existe dans tous les États membres des relations étroites entre les facteurs socio-économiques (notamment le niveau d'instruction, les structures familiales, les inégalités liées au genre, le revenu et l'emploi) et la santé, et les inégalités concernant l'état de santé sont encore grandes. Bien que ces inégalités aient un certain rapport avec la nature des systèmes de santé, elles sont principalement liées aux inégalités sociétales plus larges reflétées par les déterminants socio-économiques de la santé. On peut prétendre sur cette base que les politiques en faveur de l'emploi, qui améliorent la qualité des emplois ou réduisent les inégalités, peuvent entraîner des améliorations sensibles de l'état de santé de la population. En fait, l'une des conclusions du présent rapport est qu'en plus de la politique de la santé, les politiques de l'emploi et sociale associées aux politiques économiques peuvent contribuer dans une large mesure à assurer une bonne santé. Un autre objectif important consistera dès lors à trouver des moyens de mieux exploiter les synergies entre les politiques de santé et les autres politiques ayant une incidence sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé pour assurer à tous les Européens de bonnes et saines conditions de vie tout au long des étapes de leur vie⁴⁶.

46 Voir la Communication de la Commission sur l'Évaluation d'Impact COM(2002)276.

3 La résilience du modèle social européen

En 1993, lorsque le Conseil européen de Copenhague a demandé pourquoi, dans l'Union européenne, le potentiel de croissance, la compétitivité et l'emploi étaient à la traîne par rapport aux autres principales régions économiques, plusieurs voix se sont élevées pour suggérer que ces performances insuffisantes étaient imputables aux faiblesses fondamentales du modèle social actuel. D'autres ont prétendu que les principes de base du modèle européen de société étaient pleinement compatibles avec les efforts engagés pour améliorer sensiblement la performance globale de l'Union. Une décennie plus tard, les indicateurs recueillis pour le rapport sur "La situation sociale dans l'Union européenne" semblent confirmer que l'Union et ses États membres ont décidé de continuer à suivre une approche visant au maintien de la solidarité et de la cohésion sociale⁴⁷.

Les indicateurs de l'emploi, de l'éducation, de la santé et du bien-être général que l'on trouve dans ce rapport confirment dans l'ensemble que des progrès substantiels ont été accomplis et que l'Europe est capable d'offrir de bonnes conditions de vie à la vaste majorité de ses citoyens, à l'instar des autres grandes économies.

Au cours de la dernière décennie, la promotion de l'emploi et la modernisation de la protection sociale sont devenues, de plus en plus, des priorités essentielles au cœur de la stratégie globale de l'Union. Les politiques sociales et de l'emploi ont subi un développement rapide dans les États membres et un processus de rattrapage et de convergence s'est mis en place. Nous avons donc assisté non pas à un dépérissement des stratégies européennes fondées sur une combinaison entre la dynamique des marchés et les efforts publics mais à un renforcement et à une mise au point du modèle social européen.

Il est généralement reconnu à présent que des politiques sociales de qualité orientées vers le soutien de l'emploi peuvent améliorer la performance économique. Le secteur de la santé offre un bon exemple de cette synergie entre la

dimension sociale et la dimension économique. D'une part, ce secteur contribue à la qualité de vie et une meilleure santé se traduit par de meilleurs résultats économiques (meilleure productivité, moins d'absences, moindre nécessité de soins de santé, etc.). D'autre part, son développement stimule la croissance de l'emploi. De 1995 à 2001, dans le secteur de la santé et du travail social, qui compte actuellement 10% du nombre total d'emplois, plus de deux millions d'emplois ont été créés (soit 18% du nombre total d'emplois créés).

Comme indiqué dans le rapport de synthèse de cette année⁴⁸, les États membres qui affichent les meilleurs résultats pour tous les indicateurs sont ceux où les principes de l'État social actif sont appliqués avec le plus de cohérence et d'engagement. Les résultats de ces États membres montrent qu'il est possible de progresser encore davantage et que ce potentiel doit être mieux exploité au cours des années à venir. La stratégie européenne pour l'emploi et les nouveaux processus de modernisation de la protection sociale et de promotion de l'inclusion sociale sont organisés de manière à permettre à tous les États membres de recourir au fonds commun de connaissances sur la manière dont l'Europe peut progresser sur la voie de la viabilité économique et sociale.

Il subsiste naturellement de sérieux problèmes et au cours de la prochaine décennie les défis posés à l'Union seront probablement encore plus grands qu'au cours de la précédente décennie. Par exemple, comme cela a été souligné dans plusieurs parties du Rapport sur la situation sociale, les tendances concernant la jeune génération sont toujours préoccupantes: persistance du chômage, taux de mortalité spécifique et d'accidents liés au travail et manque de formation professionnelle. La persistance des pièges de la pauvreté est une autre source de préoccupation. Mais pour progresser, ainsi que l'on montré les États membres les plus performants, il faut encore améliorer et moderniser le fonctionnement du modèle social européen.

47 Croissance, compétitivité, emploi. Les défis et les pistes pour entrer dans le XXI^e siècle; Commission européenne, 1993.

48 "Opter pour la croissance: connaissance, innovation et emploi dans une société fondée sur la cohésion" - Rapport au Conseil européen de printemps du 21 mars 2003 sur la stratégie de Lisbonne pour le renouveau économique, social et environnemental, COM(2003) 5 final.

Annexes

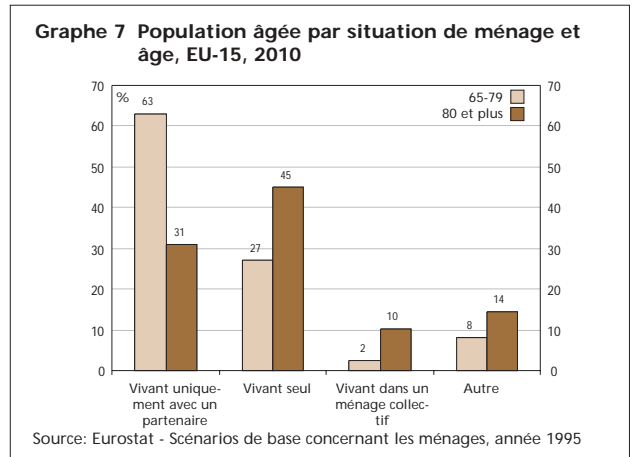
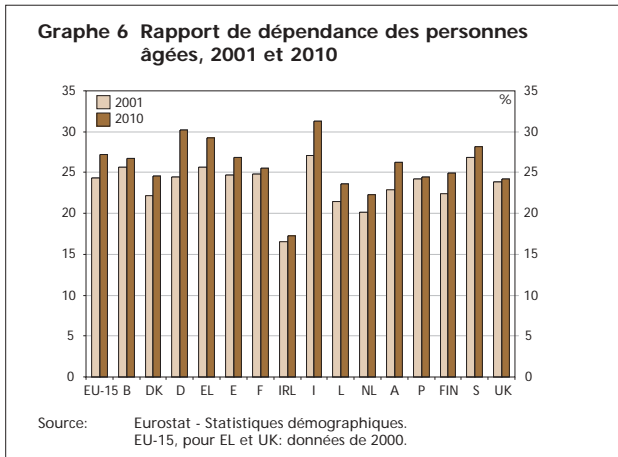
— Vieillesse de la population

En 2001, l'UE comptait 62 millions de personnes âgées d'au moins 65 ans, contre seulement 34 millions en 1960. Aujourd'hui, les personnes âgées représentent 16% de la population totale, ou 24% de la population en âge de travailler (15 à 64 ans). Cette proportion devrait atteindre 27% d'ici 2010. Au cours des quinze prochaines années, le nombre de personnes du quatrième âge (80 ans et plus) augmentera de près de 50%.

Indicateur-clé

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Rapport de dépendance des personnes âgées (population âgée de 65 ans et plus en pourcentage de la population en âge de travailler (15 à 64 ans) au 1er janvier)																
1990	21,6	22,1	23,2	21,6	20,4	20,2	21,1	18,6	21,5	19,3	18,6	22,1	20,0	19,8	27,7	24,0
1995	23,0	23,8	22,7	22,5	22,8	22,3	23,0	17,8	24,1	20,6	19,3	22,4	21,6	21,1	27,4	24,3
2000	24,3	25,5	22,2	23,9	25,6	24,6	24,6	16,8	26,6	21,4	20,0	22,9	23,8	22,2	26,9	23,9
2001	:	25,7	22,2	24,5	:	24,7	24,8	16,6	27,1	21,5	20,1	22,9	24,2	22,4	26,8	:
2010	27,3	26,7	24,6	30,3	29,2	26,8	25,5	17,3	31,3	23,6	22,3	26,3	24,5	24,9	28,1	24,2

Source: Eurostat - Statistiques démographiques



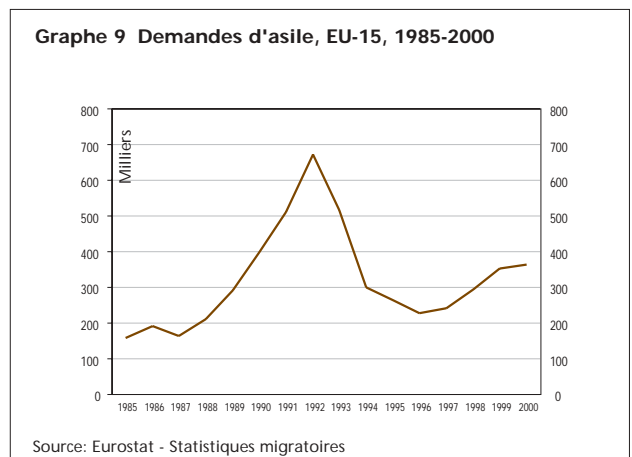
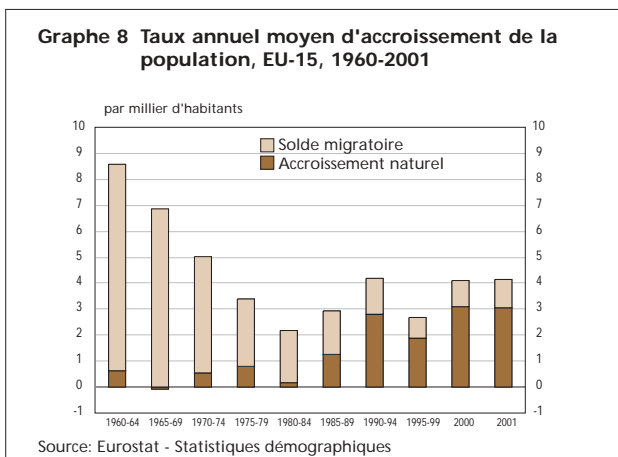
— Immigration et asile

Depuis 1989, le solde migratoire est le facteur principal des variations démographiques annuelles dans l'Union. En 2001, ce taux était de 3,1 par an et par millier d'habitants, soit près de 74% de la croissance démographique totale. En 2000, quelque 5% de la population de l'UE était composée de non-nationaux (3,4% étaient des ressortissants de pays tiers et 1,5% des ressortissants d'autres États membres) et un peu plus de 363 000 demandes d'asile ont été introduites auprès des quinze États membres.

Indicateur-clé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Taux de solde migratoire (par millier d'habitants)																
2001	3,1	3,2	2,3	3,2	3,3	5,8	1,0	7,8	2,9	7,5	3,1	2,2	6,3	1,2	3,2	2,6
2000	3,1	1,3	1,9	2,0	1,2	8,8	0,8	7,0	3,1	8,3	3,6	2,1	4,9	0,5	2,7	3,3
Taux annuel moyen de solde migratoire																
1995-99	1,9	1,1	3,0	2,5	1,9	1,1	0,7	4,3	2,1	10,0	2,0	1,0	1,1	0,8	1,1	2,0
1990-94	2,8	1,9	2,0	7,0	5,7	0,4	1,3	-0,4	1,9	10,5	2,7	7,5	-1,3	1,8	3,7	1,3

Source: Eurostat - Statistiques démographiques



Éducation et ses résultats

Le niveau d'éducation de la population s'est nettement amélioré ces trente dernières années, notamment pour les femmes. Aujourd'hui, 75% des jeunes de 25 à 29 ans dans l'Union européenne possèdent un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur. Cependant, 19% des jeunes de 18 à 24 ans quittent encore le système éducatif en possédant, au mieux, un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur.

Indicateur-clé

Jeunes ayant quitté prématurément l'école et ne suivant ni études ni formation (proportion de la population âgée de 18-24 ans ne suivant ni études ni formation et dont le niveau d'études est inférieur à l'enseignement secondaire supérieur (CITE-0-2)),

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	19	14	17	13	17	29	14	19	26	18	15	10	45	10	11	:

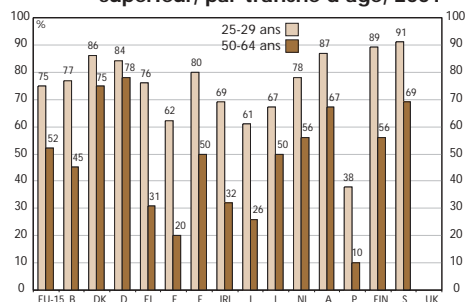
Population âgée entre 18 et 24 ans par type d'activité (%), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Étudiant/en formation avec emploi	16	6	37	27	2	7	9	11	3	8	44	15	7	28	19	30
Étudiant/en formation sans emploi	36	49	25	29	45	45	47	32	45	49	18	30	36	30	31	19
Avec emploi mais ni étud. ni en formation	34	33	32	33	32	36	31	42	31	36	33	46	48	31	40	38
Sans emploi et ni étudiant ni en formation	14	12	6	11	21	13	13	14	22	7	5	8	10	12	9	13

Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail

Notes: IRL: données de 1997. UK - Données non indiquées pour les jeunes ayant quitté prématurément l'école. Une définition des "diplômés de l'enseignement secondaire supérieur" doit encore être convenue.

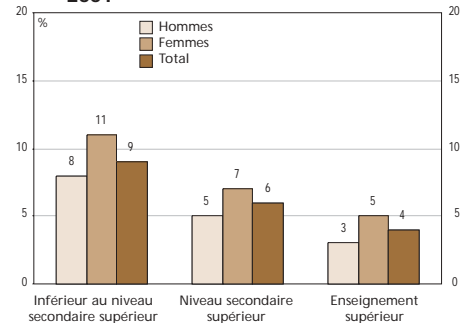
Graphe 10 Pourcentage de la population ayant achevé au moins l'enseignement secondaire supérieur, par tranche d'âge, 2001



Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail

Notes: IRL: données de 1997. UK - Données non indiquées. Une définition des "diplômés de l'enseignement secondaire supérieur" doit encore être convenue.

Graphe 11 Taux de chômage de la population de 25 à 64 ans, par sexe et par niveau d'éducation, EU-15, 2001



Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail

Note: UK - les "O levels" du GCSE sont repris dans le secondaire supérieur (CITE 3).

Éducation et formation tout au long de la vie

En 2001, dans toute l'Union européenne, 8% des personnes âgées de 25 à 64 ans avaient pris part (au cours des quatre semaines précédant l'enquête) à des activités d'éducation ou de formation. Ces activités semblent être plus répandues dans les pays scandinaves, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Elles s'adressent moins aux travailleurs âgés qu'aux plus jeunes, et davantage aux personnes très qualifiées qu'à celles qui sont faiblement qualifiées.

Indicateur-clé

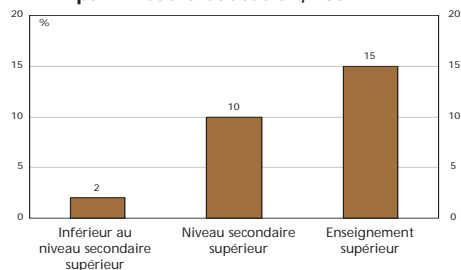
Formation permanent (pourcentage de la population âgée de 25-64 ans ayant participé à une formation ou à un enseignement au cours des quatre semaines précédant l'enquête), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Total, 25-64	8	7	18	5	1	5	3	5	5	5	16	8	3	19	17	22
25-34	14	12	27	13	4	11	6	9	12	9	25	14	8	28	25	26
35-44	8	8	19	5	1	3	2	5	3	6	18	8	2	21	18	24
45-54	6	5	14	3	0	2	1	3	2	3	13	7	1	18	15	20
55-64	3	2	8	1	0	1	0	1	1	1	7	2	0	8	10	13

Notes: F - La formation doit être en cours au moment de l'enquête pour être prise en compte. IRL: données de 1997.

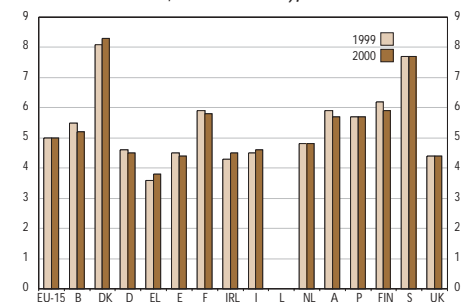
Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail

Graphe 12 Éducation et formation tout au long de la vie (% de la population âgée de 25-64 ans ayant participé à une formation ou à un enseignement au cours des quatre semaines précédant l'enquête) par niveau d'éducation, 2001



Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail Notes: F - La formation doit être en cours au moment de l'enquête pour être prise en compte. IRL: données de 1997. UK - les "O levels" du GCSE sont repris dans le secondaire supérieur (CITE 3).

Graphe 13 Dépenses consacrées aux ressources humaines (total des dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % du PIB), 1999 et 2000



Source: Eurostat - Statistiques relatives à l'enseignement. Note: EU-15, pour IRL, FIN et UK: données de 2000; pour B, DK, D, A et P: données de 1999; pour L: données de 1997.

Emploi

En 2001, le nombre de personnes ayant un emploi dans l'Union européenne s'élevait à 168 millions, soit une augmentation de plus de 12 millions depuis 1996. Cette hausse représente une croissance annuelle du volume de l'emploi d'environ 1,5%. En 2001, l'emploi a progressé de 1,2%. Le taux d'emploi de la population âgée de 15 à 64 ans était de 64% en 2001.

Indicateur-clé

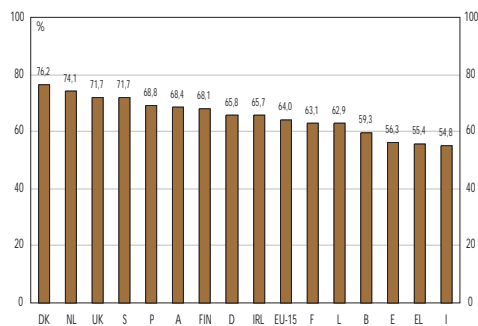
Taux d'emploi, 15-64 ans	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
2000	63,2	60,5	76,3	65,4	55,7	54,8	62,0	65,2	53,7	62,7	72,9	68,4	68,3	67,3	70,8	71,5

Évolution de l'emploi

Emploi total en 2001 (millions)	167,9	4,0	2,8	38,8	3,9	16,0	24,8	1,7	23,5	0,3	8,3	4,0	5,0	2,3	4,3	28,2
Emploi total en 2000 (millions)	165,8	3,9	2,8	38,7	3,9	15,6	24,3	1,7	23,1	0,3	8,1	4,0	4,9	2,3	4,2	27,9
Emploi total en 1996 (millions)	156,1	3,7	2,6	37,3	3,8	13,7	22,8	1,3	22,1	0,2	7,3	3,9	4,5	2,1	4,1	26,5
2001/1996 (% de crois. ann.moyenne)	1,5	1,2	1,1	0,8	0,7	3,1	1,7	5,5	1,2	2,1	2,6	0,6	1,9	2,2	1,2	1,2
2001/2000 (% de crois. ann. moyenne)	1,2	1,2	0,2	0,2	0,2	2,5	2,0	2,9	1,6	2,2	2,1	0,2	1,6	1,2	1,9	0,9

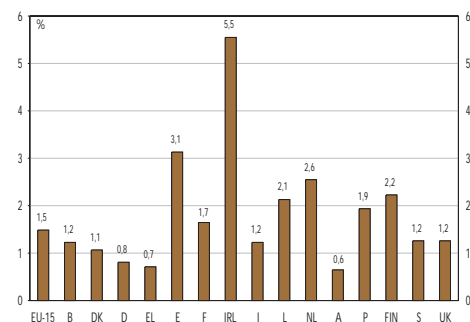
Source: Eurostat - Données trimestrielles sur les forces de travail (QLFD)

Graphe 14 Taux d'emploi (15-64 ans), 2001



Source: Eurostat - Données trimestrielles sur les forces de travail (QLFD)

Graphe 15 Croissance annuelle moyenne de l'emploi, 1996-2001



Source: Eurostat - Comptes nationaux (SEC 95)

Emploi des travailleurs âgés

Bien qu'au cours des quatre dernières années, le taux d'emploi de la population masculine âgée de 55 à 64 ans dans l'Union européenne ait augmenté d'environ 1,5 point de pourcentage, pour passer à 48,7% en 2001, il est toujours inférieur au taux de 1991 (51,2%). En revanche, le taux d'emploi des femmes de la même tranche d'âge a augmenté régulièrement pour se situer à 29% en 2001. Globalement, cette même année, 38,6% de la population entre 55 et 64 ans exerçaient une activité professionnelle. En 2001, les hommes ont quitté la vie active, en moyenne, à l'âge de 60,5 ans, tandis que les femmes l'ont fait environ 1,5 an plus tôt. L'âge global de départ à la retraite était de 60 ans.

Indicateur-clé

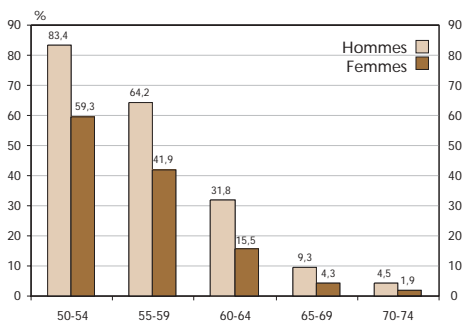
Taux d'emploi des travailleurs âgés (proportion de personnes occupées âgées de 55-64 ans par rapport à la population totale du même âge), 2001	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Total	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
Hommes	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	51,1	40,0	61,6	46,7	69,1	61,7
Femmes	28,9	16,9	49,8	29,5	22,5	21,8	26,7	28,8	16,2	14,0	28,0	17,9	40,6	44,8	63,8	43,1

Âge effectif moyen de départ à la retraite (moyenne des âges de retraite pondérés par la probabilité de sortie du marché du travail), 2001

Total	59,9	57,0	61,9	60,7	59,6	60,6	58,1	63,1	59,4	56,8	60,9	59,6	62,0	61,6	62,0	62,1
Hommes	60,5	57,8	62,2	60,9	61,2	60,7	58,2	63,2	59,6	57,5	61,1	60,0	62,0	61,6	62,1	63,1
Femmes	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0
Personnes occupées âgées de 55 à 64 ans, 2001 (en milliers)	16662	259	352	4398	489	1578	1754	158	2002	16	654	270	542	254	695	3240

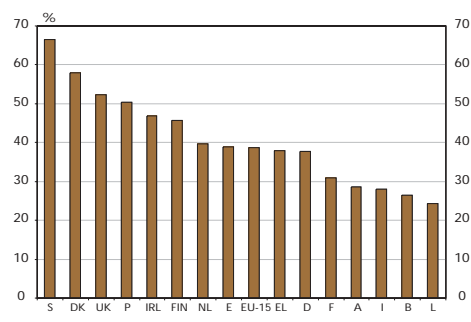
Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT) et Données trimestrielles sur les forces de travail (QLFD)

Graphe 16 Taux d'emploi par groupe d'âge et sexe, EU-15, 2001



Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT)

Graphe 17 Taux d'emploi des travailleurs âgés, 2001



Source: Eurostat - Données trimestrielles sur les forces de travail (QLFD)

Chômage

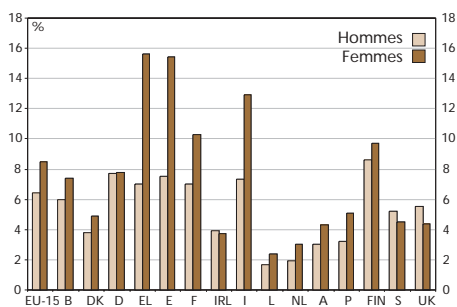
En 2001, le nombre total de chômeurs recensés dans l'Union européenne est descendu à 12,8 millions. Ce chiffre représente 7,4% de la population active. Il s'agit du taux le plus faible atteint depuis 1992. Entre 2000 et 2001, c'est en Espagne, en France, en Finlande et en Suède que la baisse du taux de chômage a été la plus marquée, l'Espagne continuant malgré tout à afficher le pourcentage le plus élevé (10,6%), légèrement supérieur à celui enregistré par la Grèce (10,5%). Le chômage a chuté dans tous les États membres, à l'exception du Portugal où il s'est maintenu au faible niveau de 4,1%.

Indicateur-clé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Taux de chômage (proportion de chômeurs par rapport à la population active totale. Séries harmonisées.)																
2001, total	7,4	6,6	4,3	7,7	10,5	10,6	8,6	3,8	9,4	2,0	2,4	3,6	4,1	9,1	4,9	5,0
2001, hommes	6,4	6,0	3,8	7,7	7,0	7,5	7,0	3,9	7,3	1,7	1,9	3,0	3,2	8,6	5,2	5,5
2001, femmes	8,5	7,4	4,9	7,8	15,6	15,4	10,3	3,7	12,9	2,4	3,0	4,3	5,1	9,7	4,5	4,4
2000, total	7,8	6,9	4,4	7,8	11,1	11,3	9,3	4,2	10,4	2,3	2,8	3,7	4,1	9,8	5,8	5,4
1994, total	10,5	9,8	7,7	8,2	8,9	19,8	11,8	14,3	11,0	3,2	6,8	3,8	6,9	16,6	9,4	9,4
Chômage (en milliers), 2001	12861	286	123	3073	457	1892	2221	68	2248	4	198	137	212	238	225	1485

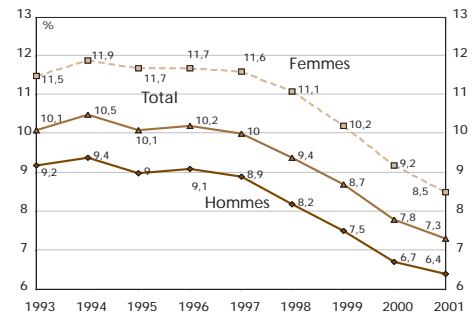
Source: Eurostat - Taux de chômage (définition de l'OIT).

Graphe 18 Taux de chômage par sexe, 2001



Source: Eurostat - Taux de chômage (définition de l'OIT).

Graphe 19 Évolution du taux de chômage par sexe, EU-15, 1993-2001



Source: Eurostat - Taux de chômage (définition de l'OIT).

Chômage des jeunes

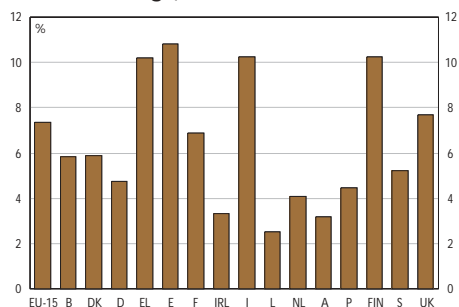
En 2001, 7,3% des jeunes de 15 à 24 ans étaient sans emploi dans l'Union. Le taux de chômage de cette population (exprimé en pourcentage de la population active) s'élevait à 14,7%. L'écart entre ces deux chiffres varie fortement d'un pays à l'autre, ce qui peut s'expliquer, en partie, par le fait qu'un nombre important de personnes appartenant à ce groupe d'âge poursuivent des études. Le chômage des jeunes en 2000 et 2001 n'a pas suivi le recul généralisé du chômage. Il a augmenté dans cinq États membres.

Indicateur-clé

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Proportion de jeunes au chômage (dans la population totale du même âge)																
2001	7,3	5,8	5,9	4,7	10,2	10,8	6,9	3,3	10,2	2,5	4,1	3,2	4,5	10,3	5,2	7,7
2000	7,6	6,1	5,0	4,6	11,1	11,3	6,9	3,3	11,6	2,5	4,1	2,9	4,1	11,1	5,1	8,0
1994	10,4	8,2	7,0	4,8	10,3	19,3	10,1	10,7	12,4	3,3	6,6	3,5	6,5	14,8	10,6	10,9
Taux de chômage des jeunes																
2001, hommes et femmes	14,7	17,6	8,5	8,2	28,1	21,5	19,3	6,6	28,1	7,5	5,5	5,8	9,3	19,7	11,0	11,9
2001, hommes	13,8	16,5	7,6	9,2	21,7	16,6	17,2	6,8	24,9	8,5	4,7	5,1	7,3	19,5	12,2	13,2
2001, femmes	15,7	19,1	9,5	7,1	35,1	27,9	21,9	6,3	32,0	6,3	6,3	6,7	11,8	20,0	9,8	10,3
2000	15,4	17,0	7,0	8,5	29,5	22,6	19,7	6,5	30,7	7,2	5,6	5,3	8,8	21,3	11,2	12,3
1994	20,9	23,2	10,2	8,4	27,7	40,2	28,7	23,0	31,9	7,1	10,9	5,7	15,0	34,0	22,0	16,4

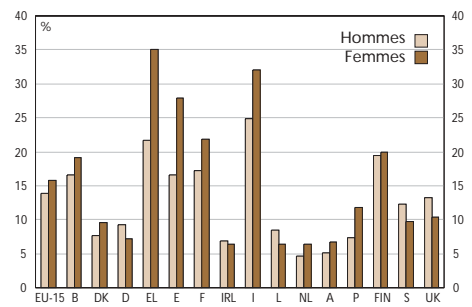
Source: Eurostat - Taux de chômage (définition de l'OIT).

Graphe 20 Proportion de jeunes au chômage (15 à 24 ans) (dans la population totale du même âge), 2001



Source: Eurostat - Données trimestrielles sur les forces de travail (QLFD)

Graphe 21 Taux de chômage des jeunes (15 à 24 ans), par sexe, 2001



Source: Eurostat - Taux de chômage (définition de l'OIT).

Chômage de longue durée

En 2001, 3,3% de la population active des Quinze étaient touchés par le chômage de longue durée. Autrement dit, 44% des chômeurs étaient sans emploi depuis au moins un an. Bien qu'ayant baissé ces dernières années, le taux de chômage de longue durée atteint toujours 5% et plus en Grèce, en Espagne et en Italie. Dans la catégorie des 15-24 ans, 6,9% (en % de la population active) étaient au chômage depuis au moins six mois.

Indicateur-clé

Taux de chômage de longue durée	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
(nombre total de chômeurs de longue durée (plus de 12 mois) en pourcentage de la population active totale - séries harmonisées.)																
2001 - total	3,2	3,3	0,9	3,9	5,4	5,1	2,9	1,3	5,9	0,5	0,8	0,9	1,5	2,5	1,2	1,3
2001 - hommes	2,8	:	0,8	:	3,2	3,0	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
2001 - femmes	3,9	:	1,0	:	8,7	8,1	:	0,8	8,0	:	1,0	1,0	1,9	2,3	1,0	0,8
2000	3,7	3,8	1,0	4,0	6,1	5,9	3,7	1,6	6,4	0,5	1,1	1,0	1,6	2,8	1,7	1,5
1994	5,2	5,6	2,9	3,8	4,4	12,9	4,7	9,4	6,7	0,9	3,1	1,0	2,6	6,1	2,5	4,2

Source: Eurostat - Données trimestrielles sur les forces de travail (QLFD)

Personnes sans emploi depuis 12 mois ou plus en % du nombre total de chômeurs

2001	43,8	49,5	21,0	50,2	51,5	47,9	33,7	32,9	62,5	26,3	35,3	26,2	36,5	27,6	24,5	25,4
2000	47,0	55,1	22,8	51,2	54,9	52,4	40,1	39,1	61,8	23,4	39,6	26,5	39,1	28,8	28,5	27,6
1994	49,7	56,8	37,7	46,4	49,1	65,1	40,1	65,6	61,0	29,0	46,1	25,2	37,5	36,8	26,3	44,8

Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT) et Données trimestrielles sur les forces de travail (QLFD).

Taux de chômage de longue durée des jeunes (6 mois ou plus)

2001	6,9	:	1,1	:	17,9	11,9	:	:	21,0	:	2,5	2,0	3,7	3,1	2,3	3,0
2000	7,7	7,8	0,5	3,7	20,3	12,9	8,3	0,5	22,5	1,8	3,1	1,6	3,2	3,8	2,5	3,3
1994	13,1	12,8	3,4	4,4	19,3	30,2	13,9	17,0	25,1	4,1	10,0	1,7	7,1	7,6	10,0	8,0

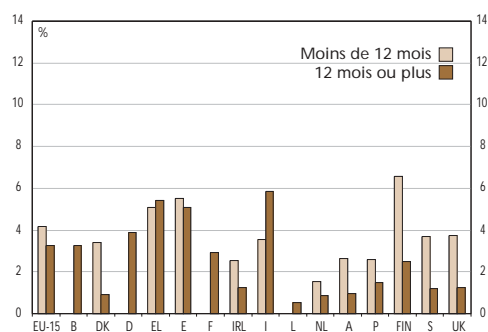
Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT)

Jeunes sans emploi depuis 6 mois ou plus en % du nombre total de jeunes chômeurs

2001	47,3	:	12,6	:	63,5	48,2	:	:	74,3	:	54,0	34,5	40,0	15,9	27,5	25,1
2000	48,5	44,7	7,6	44,0	68,7	49,1	42,6	7,4	72,4	27,3	54,0	31,4	37,5	17,9	28,4	27,0

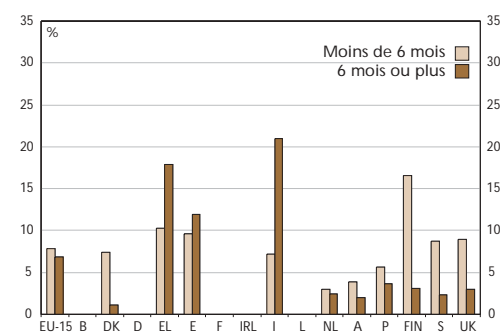
Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT)

Graph 22 Taux de chômage par durée, 2001



Source: Eurostat - Données trimestrielles sur les forces de travail (QLFD)

Graph 23 Taux de chômage des jeunes par durée, 2001



Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT)

Dépenses et recettes de protection sociale

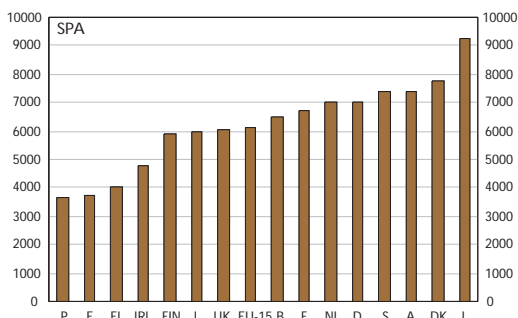
En 2000, les dépenses de protection sociale ont ralenti en termes réels dans l'Union européenne. Elles représentent 27,3% du PIB, ratio en diminution d'environ un point depuis 1996. Les différences entre les États membres sont importantes, le rapport des dépenses par habitant en SPA étant de 2,5 entre le pays qui dépense le plus et celui qui dépense le moins. Le système de financement de la protection sociale présente des différences marquées selon les pays, privilégiant soit les cotisations sociales, soit les contributions publiques.

Indicateur-clé

Dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2000	27,3	26,7	28,8	29,5	26,4	20,1	29,7	14,1	25,2	21,0	27,4	28,7	22,7	25,2	32,3	26,8
1996	28,4	28,6	31,4	29,9	22,9	21,9	31,0	17,8	24,8	24,0	30,1	29,5	21,2	31,6	34,7	28,1
1991	26,4	27,1	29,7	26,1	21,6	21,2	28,4	19,6	25,2	22,5	32,6	27,0	17,2	29,8	34,3	25,7

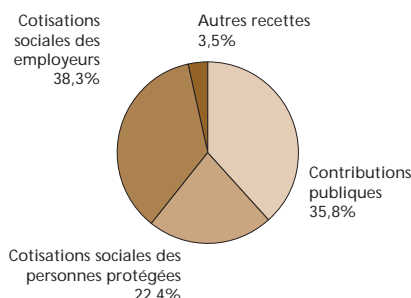
Source: Eurostat - Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS)

Graph 24 Dépenses publiques de protection sociale par habitant, 2000



Source: Eurostat - Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS)

Graph 25 Recettes de protection sociale par type, en pourcentage du total des recettes, EU-15, 2000



Source: Eurostat - Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS)

Prestations sociales

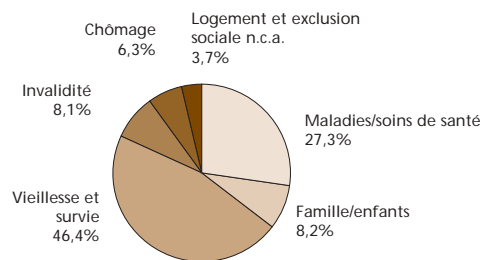
En 2000, la plupart des États membres consacraient la plus grande part des prestations sociales aux fonctions "vieillesse" et "survie". C'était surtout le cas en Italie (63,4% du total des prestations pour une moyenne européenne de 46,4%). À l'échelle de l'Union, les prestations servies au titre de ces deux fonctions ont progressé de 12% en termes réels par habitant entre 1995 et 2000, contre +9% pour l'ensemble des prestations. Cette croissance s'explique principalement par la démographie. Par ailleurs, les politiques suivies par les pays en matière de retraite influencent également l'évolution de ces prestations.

Indicateur-clé

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Prestations de vieillesse et de survie en pourcentage du total des prestations sociales																
1999	46.4	43.8	38.1	42.2	49.4	46.3	44.1	25.4	63.4	40.0	42.4	48.3	45.6	35.8	39.1	47.7
1990	44.6	41.8	35.8	42.9	52.9	41.4	42.8	29.6	58.7	47.5	37.3	49.9	40.8	32.8	:	43.7

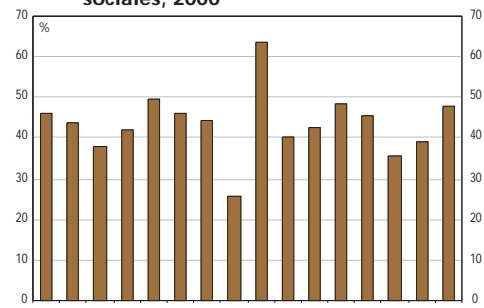
Source: Eurostat - Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS)

Graphe 26 Prestations sociales par groupe de fonctions, en pourcentage du total des prestations, EU-15, 2000



Source: Eurostat - Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS)

Graphe 27 Prestations de vieillesse et de survie, en pourcentage du total des prestations sociales, 2000



Source: Eurostat - Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS)

Dépenses consacrées aux politiques du marché du travail

En 2000, les dépenses totales consacrées aux politiques du marché du travail représentaient 2,04% du PIB, dont 0,68% ont été affectés aux politiques actives du marché du travail. Les différences entre les États membres sont considérables, sans qu'il existe toutefois un clivage Nord-Sud marqué. Deux pays ont dépensé plus de 3% de leur PIB (Belgique et Danemark), six pays ont dépensé entre 2% et 3% (Allemagne, Espagne, France, Pays-Bas, Finlande et Suède) et six pays ont dépensé moins de 2% (Grèce, Irlande, Italie, Autriche, Portugal et Royaume-Uni).

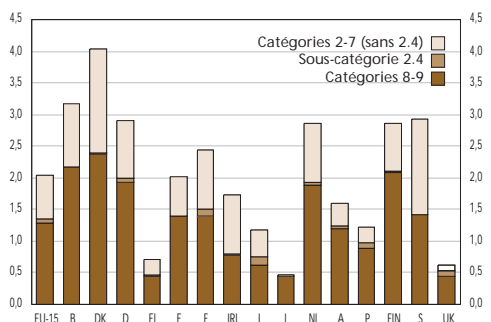
Indicateur-clé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Dépenses publiques consacrées aux politiques actives du marché du travail en pourcentage du PIB - 2000																
Catégories 2-7 sans 2.4	0,681	1,000	1,641	0,917	0,253	0,632	0,931	0,929	0,436	:	0,920	0,365	0,254	0,742	1,507	0,089
Sous-catégorie 2.4	0,075	-	0,026	0,061	0,016	-	0,109	0,018	0,135	0,036	0,040	0,033	0,098	0,023	-	0,104
Catégories 8-9	1,282	2,178	2,378	1,924	0,449	1,393	1,401	0,786	0,611	0,439	1,890	1,204	0,876	2,093	1,409	0,434
Total	2,037	3,177	4,045	2,901	0,718	2,025	2,441	1,733	1,182	:	2,850	1,602	1,228	2,859	2,916	0,627

Catégories 2-7: Formation - Rotation dans l'emploi et partage de l'emploi - Incitations à l'emploi - Insertion professionnelle des handicapés - Création directe d'emplois - Aides à la création d'entreprises. Sous-catégorie 2.4: Soutien spécial à l'apprentissage. Catégories 8-9: Maintien et soutien du revenu en cas d'absence d'emploi - Préretraite

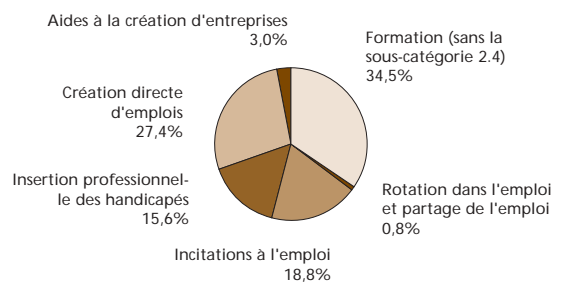
Source: Eurostat - Base de données sur les politiques du marché du travail (PMT)

Graphe 28 Dépenses publiques totales consacrées aux mesures PMT en pourcentage du PIB, 2000



Source: Eurostat - Base de données sur les politiques du marché du travail (PMT)

Graphe 29 Dépenses consacrées aux politiques du marché du travail par type d'action (catégories 2-7), EU-15, 2000



Source: Eurostat - Base de données sur les politiques du marché du travail (PMT)

Répartition des revenus

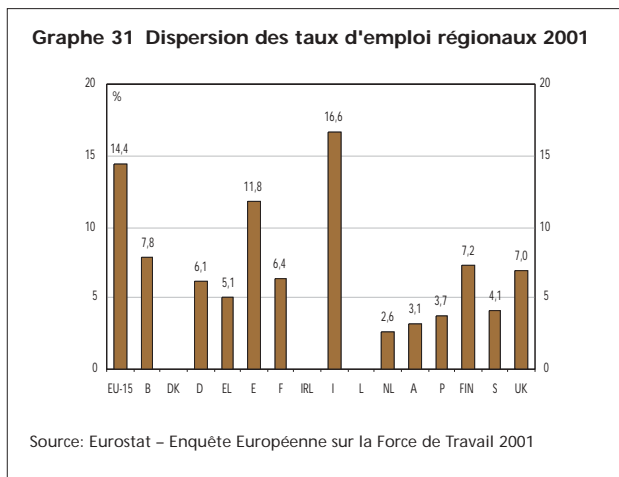
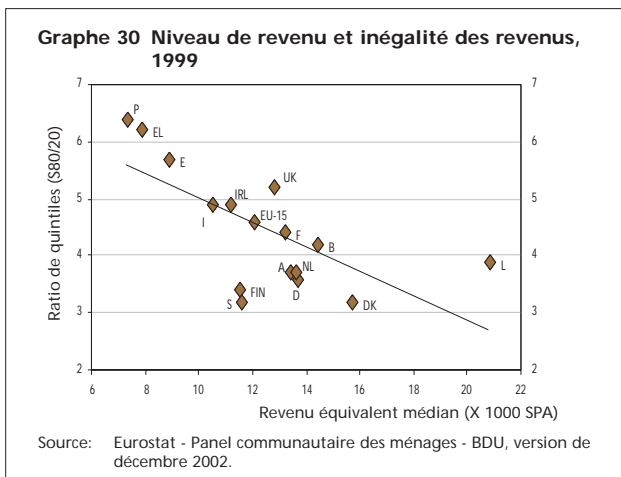
En moyenne dans les États membres de l'Union européenne, en tenant compte des structures de population, le groupe regroupant 20% de la population et recevant le niveau de revenu le plus élevé (quintile supérieur) a reçu comme part de l'ensemble de la richesse 4.6 fois plus que le groupe regroupant les 20% de la population avec les revenus les plus faibles (quintile inférieur). Cet écart entre les personnes les plus riches et les plus pauvres est le plus faible au Danemark et en Suède (3.2) suivie par l'Allemagne, les Pays Bas et l'Autriche. Il est le plus marqué dans les États membres du sud, au Royaume-Uni et en Irlande.

Indicateur-clé

Inégalité de répartition des revenus (1)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	4,6*	4,2	3,2	3,6	6,2	5,7*	4,4	4,9	4,9	3,9	3,7	3,7	6,4	3,4	3,2	5,2

(1) Le rapport du revenu total reçu par les 20% de la population avec le revenu le plus élevé (quintile supérieur) comparé à celui reçu par les 20% de la population avec les revenus les plus faibles (quintile inférieur). Le revenu doit être compris comme revenu disponible équivalent.
Source: Eurostat - Panel communautaire des ménages - BDU, version de décembre 2002.



Ménages à faibles revenus

En 1999, environ 15% de la population de l'Union européenne avaient un revenu équivalent inférieur à 60% de la valeur médiane nationale. Ce chiffre représente près de 56 millions de personnes. En prenant 60% de la médiane nationale comme seuil de recensement, la proportion des personnes exposées à la pauvreté était relativement plus élevée en Grèce et au Portugal (plus de 21%), tandis qu'elle était plus faible en Belgique, au Danemark, en Allemagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Autriche et en Finlande (entre 11 et 13%). Elle était particulièrement basse en Suède (9%). Les prestations sociales réduisent les pourcentages de personnes exposées à la pauvreté dans tous les États membres, mais à des degrés très divers: la réduction est de 5 % en Grèce à près de 70% en Suède

Indicateur-clé

Taux de risque de pauvreté - avant transferts sociaux: le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté avant transferts sociaux. Le seuil de pauvreté est fixé à 60% du revenu équivalent médian après transferts sociaux. Les pensions et pensions de survie sont comptées comme revenu avant transferts et non comme transferts sociaux.

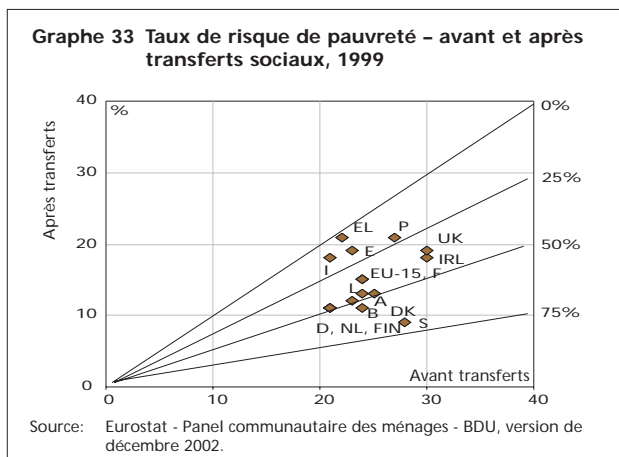
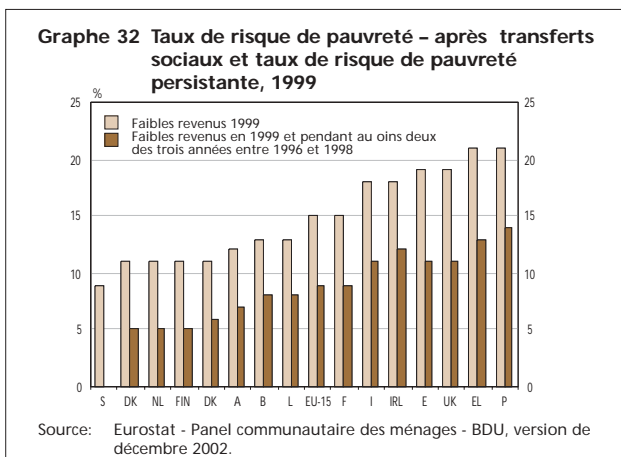
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30

Taux de risque de pauvreté - après transferts sociaux: le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté après transferts sociaux. Le seuil de pauvreté est fixé à 60% du revenu équivalent médian après transferts sociaux.

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19

	60% du revenu annuel médian (€)	7334*	8 531	11 649	8 754	3 810	4491*	8 289	6 656	5 557	12 716	7 668	8 621	3 168	8 154	8 503	8 289
	60% du revenu annuel médian (SPA)	7263*	8 659	9 414	8 236	4 753	5347*	7 944	6 721	6 305	12 532	8 067	8 158	4 400	6 921	6 942	7 694

Source: Eurostat - Panel communautaire des ménages BDU, version de décembre 2002.



Ménages sans emploi et bas salaires

Le chômage et les bas salaires sont deux facteurs importants de pauvreté et d'exclusion sociale. En 1999, le taux de "risque de pauvreté" pour les personnes vivant dans des ménages sans emploi atteignait presque 51% - près de 3 fois plus que le taux concernant les ménages dont un membre au moins travaille.

Indicateur-clé

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Population dans les ménages sans emploi - personnes âgées 0-65 ans (ans)(pourcentage des personnes vivant dans un ménage dont aucun des membres n'a d'emploi comme pourcentage de la population totale (à l'exclusion des personnes où tous les membres ont moins de 18 ans, ou entre 18 et 24 ans et encore en cours d'étude, ou 65 ans et plus et sans travail) 2002	12.1	16.3	:	13.8	10.1	8.1	13.1	9.8	11.5	8.9*	9.5*	9.9*	5.4	:	:	14.3

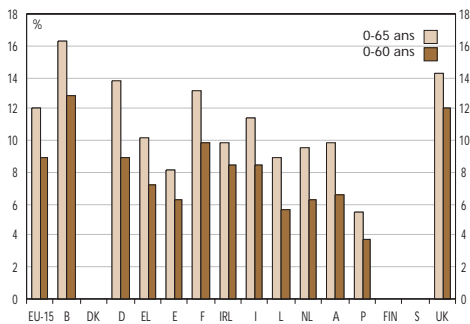
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Population dans les ménages sans emploi - personnes âgées 0-60 ans (personnes vivant dans un ménage dont aucun des membres n'a d'emploi comme pourcentage de la population totale, à l'exclusion des personnes où tous les membres ont moins de 18 ans, ou entre 18 et 24 ans et encore en cours d'étude, ou 60 ans et plus et sans travail) 2002	8.9	12.9	:	8.9	7.2	6.2	9.8	8.5	8.5	5.6*	6.3*	6.5*	3.7	:	:	12.0

Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail, 2002

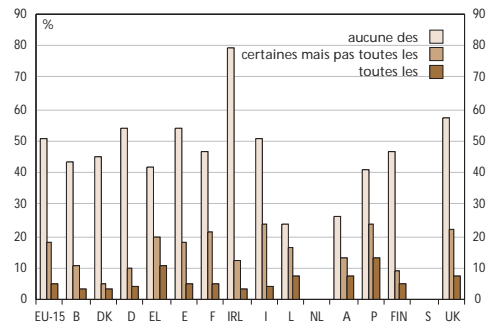
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Taux de risque de pauvreté (%) pour les personnes vivant dans des ménages où ... personnes en âge de travailler ont/n'a un emploi, 1999																
... aucune des...	51,0	43,0	45,0	54,0	42,0	54,0	47,0	79,0	51,0	24,0	:	26,0	41,0	47,0	:	57,0
... certaines mais pas toutes les...	18,0	11,0	5,0	10,0	20,0	18,0	21,0	12,0	24,0	16,0	:	13,0	24,0	9,0	:	22,0
... toutes les...	5,0	3,0	3,0	4,0	11,0	5,0	5,0	3,0	4,0	7,0	:	7,0	13,0	5,0	:	7,0

Source: Eurostat - Panel communautaire des ménages BDU, version de décembre 2002.

Graph 34 Population dans les ménages sans emploi, 2002



Graph 35 Taux de risque de pauvreté pour les personnes vivant dans des ménages où ... personnes actives ont/n'a un emploi, 1999



Rôle des femmes et des hommes dans le processus décisionnel

Au niveau de l'Union européenne, la représentation des femmes au sein du Parlement européen augmente régulièrement au fil des élections depuis 1984 et atteint aujourd'hui 30%. Les femmes sont encore sous-représentées dans les parlements nationaux de tous les États membres, le nombre de sièges qu'elles occupent y variant entre 9% en Grèce et 44% en Suède.

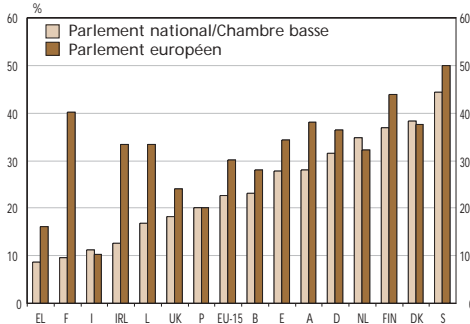
Indicateur-clé

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Pourcentage de femmes siégeant dans les parlements nationaux (ou les chambres basses), printemps 2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18

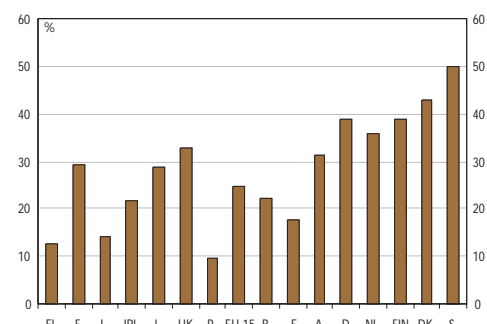
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Pourcentage de femmes siégeant au Parlement européen, élections de juin 1999	30	28	38	36	16	34	40	33	10	33	32	38	20	44	50	24
Pourcentage de femmes au sein des gouvernements nationaux, printemps 2001	25	22	43	39	13	18	29	22	14	29	36	31	10	39	50	33

Source: Base de données européenne - Women in decision making

Graph 36 Pourcentage de femmes siégeant aux parlements, 2001



Graph 37 Pourcentage de femmes au sein des gouvernements nationaux, printemps 2001



Source: Base de données européenne - Women in decision making

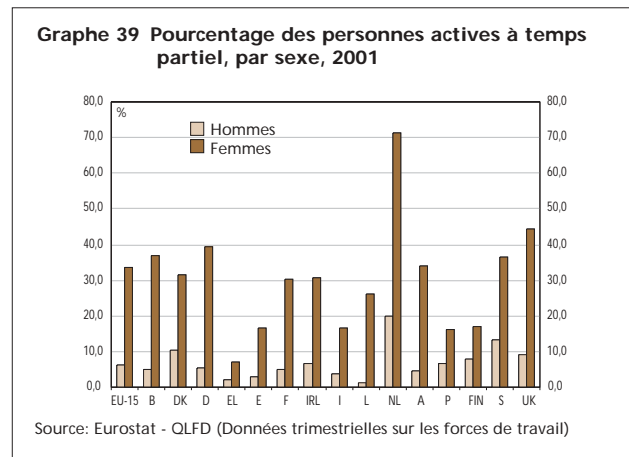
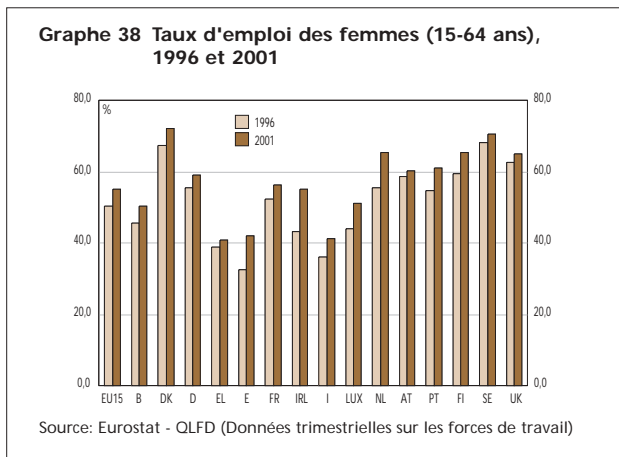
Emploi des femmes et des hommes

De 1996 à 2001, le taux d'emploi de la population masculine de l'Union européenne a augmenté de plus de 3 points, tandis que celui de la population féminine augmentait de près de 5 points. Le fossé entre les hommes et les femmes s'est donc quelque peu comblé. Néanmoins, à 73,0%, le taux d'emploi de la population masculine reste de loin supérieur à celui de la population féminine (54,9%). Les trois pays scandinaves, le Royaume-Uni et les Pays-Bas affichent les taux d'emploi des femmes les plus élevés.

Indicateur-clé

Taux d'emploi, 15-64 ans, 2001	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Femmes	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
Hommes	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3

Source: Eurostat - QLFD (Données trimestrielles sur les forces de travail)



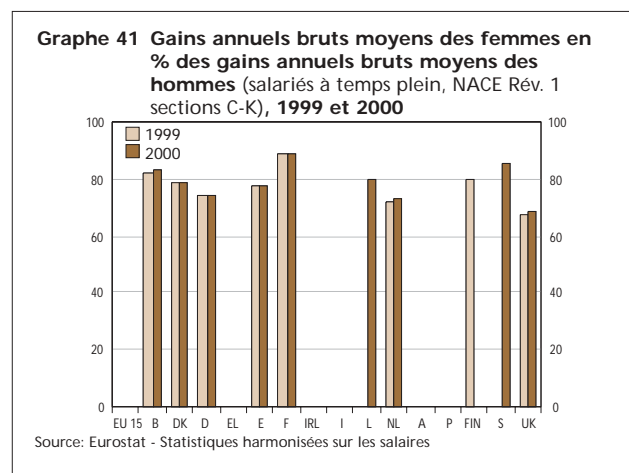
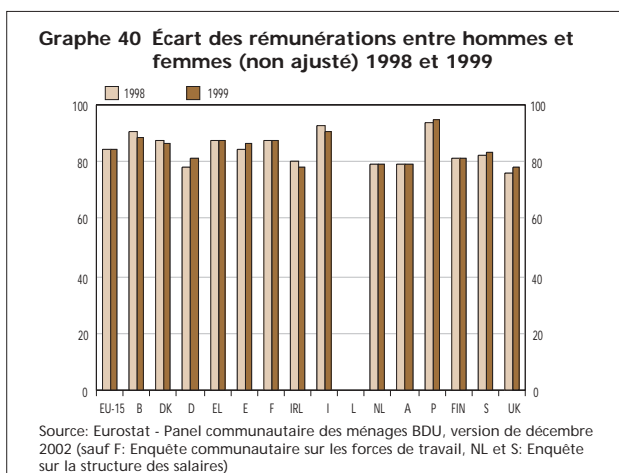
Rémunérations des femmes et des hommes

À l'échelle de l'Union européenne, les gains horaires bruts moyens des femmes étaient estimés en 1999 à 16% de moins que ceux des hommes. Les écarts les plus minces ont été observés au Portugal, en Italie, en Belgique et en France, les plus élevés au Royaume-Uni et en Irlande. Au niveau communautaire, l'écart demeure identique à celui enregistré en 1998, 1997 et 1996. Pour réduire les écarts de rémunération entre hommes et femmes, il y a lieu de s'attaquer à la fois à la discrimination directe liée à la rémunération et à la discrimination indirecte liée à la participation au marché du travail, au choix de la profession et à la progression de carrière.

Indicateur-clé

Écart des rémunérations entre hommes et femmes (non ajusté) (gains horaires bruts moyens des femmes en pourcentage des gains horaires bruts moyens des hommes. La population étudiée regroupe tous les salariés de 16 à 64 ans travaillant plus de 15 heures par semaine).	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	:	79	79	95	81	83	78
1998	84*	91	88	78	88	84*	88	80	93	:	79	79	94	81	82	76
1997	84*	90	87	79	87	86*	88	81	93	:	78	78	93	82	83	79
1996	84*	90	85	79	85	86*	87	79	92	82	77	80	94	83	83	76
1995	83*	88	85	79	83	87*	87	80	92	81	77	78	95	:	85	74
1994	84*	87	89	79	87	90	87	81	92	83	77	:	90	:	84	72

Source: Eurostat - Panel communautaire des ménages BDU, version de décembre 2002 (sauf F: Enquête communautaire sur les forces de travail, NL et S: Enquête sur la structure des salaires)



— Espérance de vie totale et espérance de vie en bonne santé

L'espérance de vie continue d'augmenter et est aujourd'hui de plus de 81 ans pour les femmes et 75 ans pour les hommes. Dans tous les États membres, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Dans l'UE, les femmes peuvent s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de 66 ans sans aucune incapacité et les hommes jusqu'à 63 ans.

Indicateur-clé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Espérance de vie à la naissance, 2000																
Hommes	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
Femmes	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2

Note: D et EL: données de 1999.

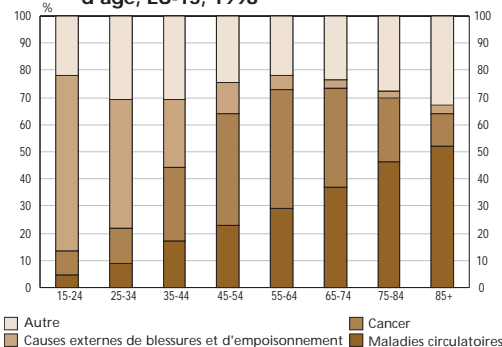
Source: Eurostat - Statistiques démographiques

Années de vie en bonne santé (espérance de vie sans incapacité à la naissance), 1996

Hommes	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Femmes	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62

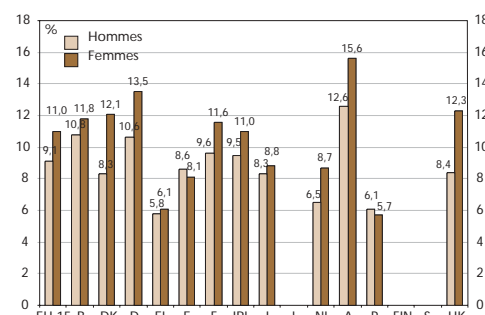
Source: Eurostat - Statistiques de mortalité et Panel communautaire des ménages

Graphe 42 Principales causes de mortalité par groupe d'âge, EU-15, 1998



Source: Eurostat - Statistiques de mortalité

Graphe 43 Pourcentage de la population hospitalisé au cours des 12 derniers mois, 1998



Source: Eurostat - Panel communautaire des ménages - BDU, version de décembre 2002.

— Accidents et problèmes de santé liés au travail

En 2000, environ 4,0% des travailleurs de l'Union européenne ont été victimes d'un accident du travail entraînant une absence professionnelle de plus de trois jours. Dans 6,3% des cas, les accidents n'ont pas occasionné d'absence, ou alors cette absence était de moins de trois jours. Depuis 1994, le nombre d'accidents sur le lieu de travail entraînant une absence supérieure à trois jours a diminué de 11% (la valeur de l'indice 1998 = 100 était de 99 en 2000 et de 111 en 1994). En 1998 et 1999, 5,4% des travailleurs ont souffert chaque année de problèmes de santé liés au travail. Au total, près de 510 millions de journées de travail ont été perdues en 1999 en raison des accidents du travail (160 millions de jours perdus) et des problèmes de santé liés au travail (350 millions de jours perdus). Bien qu'en baisse de quelque 46% depuis 1970, le nombre de décès dus à des accidents de la route dans l'UE avoisinait encore les 40 000 en 2001.

Indicateur-clé

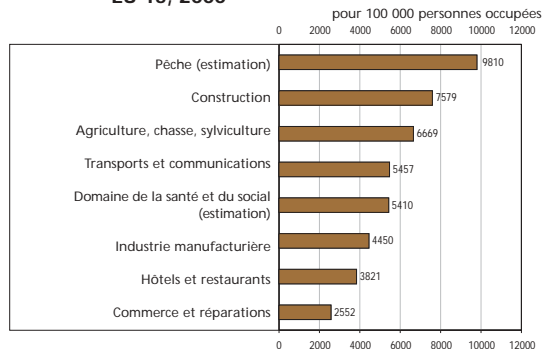
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Accidents du travail graves (indice du nombre d'accidents du travail graves pour 100 mille personnes occupées (1998=100)), 2000																
Total	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
Age-group 18-24	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
Age-group 45-5	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118

Accidents du travail mortels (indice du nombre d'accidents du travail mortels pour 100 mille personnes occupées (1998=100)), 2000

Total	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88
-------	-----	-----	----	----	----	----	----	----	----	------	-----	-----	-----	----	----	----

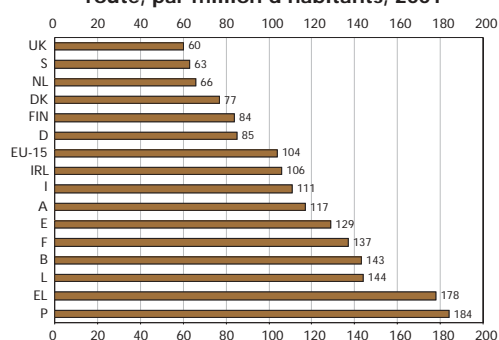
Source: Eurostat - Statistiques européennes sur les accidents du travail (SEAT)

Graphe 44 Accidents du travail par type d'activité, EU-15, 2000



Source: Eurostat - Statistiques européennes sur les accidents du travail (SEAT)

Graphe 45 Nombre de tués dans des accidents de la route, par million d'habitants, 2001



Source: CARE (banque de données communautaire sur les accidents de la circulation routière) et Eurostat - Statistiques démographiques. Notes: B, I et UK: données de 2000 provenant de sources nationales. Toutes les données de 2001 sont des estimations.

Principaux indicateurs sociaux par État membre

N°	Indicateur-clé	Unité	Année	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
3	Rapport de dépendance des personnes âgées	%	2001	24,3°	25,7	22,2	24,5	25,6°	24,7	24,8	16,6	27,1	21,5	20,1	22,9	24,2	22,4	26,8	23,9°
4	Taux de soldé migratoire pour 1000 hab.		2001	3,1	3,2	2,3	3,2	3,3	5,8	1,0	7,8	2,9	7,5	3,1	2,2	6,3	1,2	3,2	2,6
5t	Jeunes ayant quitté prématurément l'école et ne suivant ni études ni formation - total	%	2001	19,4	13,6	16,8	12,5	16,5	28,6	13,5	18,9	26,4	18,1	15,3	10,2	45,2	10,3	10,5	:
5m	Jeunes ayant quitté prématurément l'école et ne suivant ni études ni formation - hommes	%	2001	21,9	15,0	16,9	12,2	20,4	34,9	15,0	22,6	30,2	19,0	16,5	9,7	52,3	13,0	11,3	:
5f	Jeunes quittant prématurément l'école et ne suivant ni études ni formation - femmes	%	2001	16,8	12,3	16,7	12,8	13,0	22,2	12,0	15,1	22,6	17,2	14,1	10,7	38,0	7,7	9,7	:
6t	Éducation et formation tout au long de la vie - total	%	2001	8,4	7,3	17,8	5,2	1,4	4,9	2,7	5,2	5,1	5,3	16,3	8,2	3,3	19,3	17,5	21,7
6m	Éducation et formation tout au long de la vie - hommes	%	2001	7,9	7,7	16,4	5,7	1,5	4,3	2,5	5,2	4,9	5,9	17,0	8,7	3,0	17,1	15,4	18,0
6f	Éducation et formation tout au long de la vie - femmes	%	2001	8,9	6,9	19,1	4,8	1,2	5,5	3,0	5,3	5,2	4,7	15,5	7,7	3,7	21,4	19,7	25,7
7	Taux d'emploi (cf. nos 19m & 19f)	%	2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
8at	Taux d'emploi des travailleurs âgés - total	%	2001	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
8am	Taux d'emploi des travailleurs âgés - hommes	%	2001	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	51,1	40,0	61,6	46,7	69,1	61,7
8af	Taux d'emploi des travailleurs âgés - femmes	%	2001	28,9	16,9	49,8	29,5	22,5	21,8	26,7	28,8	16,2	14,0	28,0	17,9	40,6	44,8	63,8	43,1
8bt	ge effectif moyen de départ à la retraite - total	Années	2001	59,9	57,0	61,9	60,7	59,6	60,6	58,1	63,1	59,4	56,8	60,9	59,6	62,0	61,6	62,0	62,1
8bm	ge effectif moyen de départ à la retraite - hommes	Années	2001	60,5	57,8	62,2	60,9	61,2	60,7	58,2	63,2	59,6	57,5	61,1	60,0	62,0	61,6	62,1	63,1
8bf	ge effectif moyen de départ à la retraite - femmes	Années	2001	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0
9t	Taux de chômage - total	%	2001	7,4	6,6	4,3	7,7	10,5	10,6	8,6	3,8	9,4	2,0	2,4	3,6	4,1	9,1	4,9	5,0
9m	Taux de chômage - hommes	%	2001	6,4	6,0	3,8	7,7	7,0	7,5	7,0	3,9	7,3	1,7	1,9	3,0	3,2	8,6	5,2	5,5
9f	Taux de chômage - femmes	%	2001	8,5	7,4	4,9	7,8	15,6	15,4	10,3	3,7	12,9	2,4	3,0	4,3	5,1	9,7	4,5	4,4
10	Proportion de jeunes au chômage (dans la population totale du même âge)	%	2001	7,3	5,8	5,9	4,7	10,2	10,8	6,9	3,3	10,2	2,5	4,1	3,2	4,5	10,3	5,2	7,7
11t	Taux de chômage de longue durée - total	%	2001	3,2	3,3	0,9	3,9	5,4	5,1	2,9	1,3	5,9	0,5	0,8	0,9	1,5	2,5	1,2	1,3
11m	Taux de chômage de longue durée - hommes	%	2001	2,8	:	0,8	:	3,2	3	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
11f	Taux de chômage de longue durée - femmes	%	2001	3,9	:	1,0	:	8,7	8,1	:	0,8	8,0	:	1,0	1,0	1,9	2,3	1,0	0,8
12	Dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB	%	2000	27,3	26,7	28,8	29,5	26,4	20,1	29,7	14,1	25,2	21,0	27,4	28,7	22,7	25,2	32,3	26,8
13	Prestations de vieillesse et de survie en pourcentage du total des prestations sociales	%	2000	46,4	43,8	38,1	42,2	49,4	46,3	44,1	25,4	63,4	40,0	42,4	48,3	45,6	35,8	39,1	47,7
14	Dépenses publiques consacrées aux politiques actives du marché du travail en pourcentage du PIB	%	2000	0,681	1,000	1,641	0,917	0,253	0,632	0,931	0,929	0,436	:	0,920	0,365	0,254	0,742	1,507	0,089
15	Inégalité de répartition des revenus	Ratio	1999	4,6	4,2	3,2	3,6	6,2	5,7	4,4	4,9	4,9	3,9	3,7	3,7	6,4	3,4	3,2	5,2
16a	Taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux	%	1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
16b	Taux de risque de pauvreté après transferts sociaux	%	1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
17a	Population dans les ménages sans emploi (âge 0-65 ans)	%	2002	12,1	16,3	:	13,8	10,1	8,1	13,1	9,8	11,5	8,9*	9,5*	9,9*	5,4	:	:	14,3
17b	Population dans les ménages sans emploi (âge 0-60 ans)	%	2002	8,9	12,9	:	8,9	7,2	6,2	9,8	8,5	8,5	5,6*	6,3*	6,5*	3,7	:	:	12,0
18	Proportion de femmes dans les parlements nationaux	%	2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
19m	Taux d'emploi - hommes (cf. n° 7)	%	2001	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3
19f	Taux d'emploi - femmes (cf. n° 7)	%	2001	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
20	Écart des rémunérations entre hommes et femmes (non ajusté)	%	1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	82*	79	79	95	81	83	78
21am	Espérance de vie à la naissance - hommes	Années	2000	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
21af	Espérance de vie à la naissance - femmes	Années	2000	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2
21bm	Années de vie en bonne santé - hommes	Années	1996	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
21bf	Années de vie en bonne santé - femmes	Années	1996	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
22at	Accidents du travail graves - total points d'indice (1998 = 100)		2000	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
22am	Accidents du travail graves - hommes points d'indice (1998 = 100)		2000	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
22af	Accidents du travail graves - femmes points d'indice (1998 = 100)		2000	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
22b	Accidents du travail mortels k points d'indice (1998 = 100)		2000	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

* = Voir le commentaire dans le portrait correspondant. Le chiffre peut faire référence à une autre année (dernières données disponibles) ou être limité par un autre facteur.

Notes explicatives concernant les indicateurs clés voir page 36

Principaux indicateurs sociaux par États adhérent/pays candidat

N°	Indicateur-clé	Unité	An	EU-15	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
3	Rapport de dépendance des personnes âgées	% 2001	24,3°	24,0	17,3	19,8	22,7	21,4°	22,6	20,2	18,1	17,8	19,6	16,5	20,2	:	:
4	Taux de solde migratoire pour 1000 hab., 2000		3,1°	0,0	1,5	0,6	0,2	0,0	-0,8	0,0	3,5	-0,5	-0,2	0,3	1,4	:	:
5t	Jeunes ayant quitté prématurément l'école et ne suivant ni études ni formation - total	% 2001	19,4	20,3	14,8	:	14,5	13,2	:	14,2	:	7,3	21,3	:	8,3	:	:
5m	Jeunes ayant quitté prématurément l'école et ne suivant ni études ni formation - hommes	% 2001	21,9	21,1	18,2	:	17,5	13,4	:	18,6	:	9,1	21,4	:	10,3	:	:
5f	Jeunes quittant prématurément l'école et ne suivant ni études ni formation - femmes	% 2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:	:
6t	Éducation et formation tout au long de la vie - total	% 2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:	:
6m	Éducation et formation tout au long de la vie - hommes	% 2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:	:
6f	Éducation et formation tout au long de la vie - femmes	% 2001	8,9	:	3,4	:	6,3	3,5	:	4,9	:	5,9	1,0	:	4,0	:	:
7	Taux d'emploi (cf. nos 19m & 19f)	% 2001	64,0	49,6	65,9°	65,1	61,3	56,5	58,7	60,1°	54,2	55,0°	62,4	56,8	63,8	50,6	:
8at	Taux d'emploi des travailleurs âgés - total	% 2001	38,6	23,9	49,2°	37,1	48,4	24,1	36,9	41,6°	31,0	28,4°	48,2	22,4	25,5	34,1	:
8am	Taux d'emploi des travailleurs âgés - hommes	% 2001	48,7	34,2	67,3°	52,6	56,6	34,9	46,2	51,8°	52,5	36,7°	54,3	37,7	35,9	50,8	:
8af	Taux d'emploi des travailleurs âgés - femmes	% 2001	28,9	14,7	32,0°	23,2	42,1	15,3	30,0	33,9°	11,3	21,4°	42,9	9,8	15,8	18,4	:
8t	ge effectif moyen de départ à la retraite - total	Ans 2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8m	ge effectif moyen de départ à la retraite - hommes	Ans 2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8f	ge effectif moyen de départ à la retraite - femmes	Ans 2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
9t	Taux de chômage - total	% 2001	7,4	19,6	4,5	8,0	12,3	5,7	12,8	16,1	6,8	18,6	6,8	19,7	6,0	8,5	:
9m	Taux de chômage - hommes	% 2001	6,4	20,5	3,0	6,8	12,0	6,4	14,1	18,4	6,2	17,2	7,3	20,5	5,7	8,8	:
9f	Taux de chômage - femmes	% 2001	8,5	18,6	6,5	9,9	12,5	5,0	11,6	13,8	8,2	20,3	6,3	18,8	6,3	7,9	:
10	Proportion de jeunes au chômage (dans la population totale du même âge)	% 2000Q2	7,6	10,2	4,0	7,5	8,5	4,6	8,2	10,1	:	13,4	7,4	16,5	6,1	:	:
11t	Taux de chômage de longue durée - total	% 2001	3,2	12,6	1,2°	4,3	6,2	2,6	7,4	8,1°	2,9	7,4°	3,3	11,3	3,7	2,4	:
11m	Taux de chômage de longue durée - hommes	% 2001	2,8	13,2	0,5°	3,5	6,8	3,0	8,3	9,9°	3,3	6,0°	3,5	11,3	3,5	:	:
11f	Taux de chômage de longue durée - femmes	% 2001	3,9	11,9	2,1°	5,2	5,4	2,1	6,4	6,2°	1,7	9,1°	3,0	11,3	4,0	:	:
12	Dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB	% 2000	27,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:
13	Prestations de vieillesse et de survie en pourcentage du total des prestations sociales	% 2000	46,4	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:
14	Dépenses publiques consacrées aux politiques actives du marché du travail en pourcentage du PIB	% 2000	0,681	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
15	Inégalité de répartition des revenus	Ratio 1999	4,6*	3,6	4,4°	:	6,3°	:	5,1	5,0	4,5°	4,2	4,4	:	3,2	10,9°	:
16a	Taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux	% 1999	24*	17	18°	:	26°	:	22	22	21°	28	22	:	18	26°	:
16b	Taux de risque de pauvreté après transferts sociaux	% 1999	15*	14	16°	:	18°	:	16	17	15°	15	16	:	11	23°	:
17a	Population dans les ménages sans emploi (âge 0-65 ans)	% 2002	12,1	18,3	6,0	9,9	11,3	15,6*	11,8	11,2*	:	11,3°	11,1	12,9	8,1*	:	:
17b	Population dans les ménages sans emploi (âge 0-60 ans)	% 2002	8,9	15,1	4,4	6,9	9,0	12,4*	9,0	8,1*	:	8,5°	9,0	10,6	5,4*	:	:
18	Proportion de femmes dans les parlements nationaux	% 1998	23°	:	:	15	18	8	:	:	9	13	:	:	12	:	:
19m	Taux d'emploi - hommes (cf. n° 7)	% 2001	73,0	52,6	79,1°	73,3	65,5	63,4	61,9	61,9°	76,4	61,2°	67,8	62,0	68,6	74,3	:
19f	Taux d'emploi - femmes (cf. n° 7)	% 2001	54,9	46,8	53,2°	57,0	57,3	49,8	55,7	58,5°	31,6	48,9°	57,1	51,8	58,8	26,7	:
20	Écart des rémunérations entre hommes et femmes (non ajusté)	% 1999	84	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21am	Espérance de vie à la naissance - hommes	Ans 2000	75,3	68,5	75,3°	71,7	65,6	67,2	65,0	67,5	75,1	69,7	67,7	69,2	72,3	66,5°	:
21af	Espérance de vie à la naissance - femmes	Ans 2000	81,4	75,1	80,4°	78,4	76,4	75,7	76,1	77,7	79,3	77,9	74,6	77,4	79,7	71,2°	:
21bm	Années de vie en bonne santé - hommes	Ans 1996	63	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21bf	Années de vie en bonne santé - femmes	Ans 1996	66	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22at	Accidents du travail graves - total	Points d'indice (1998 = 100) 2000	99*	100-b	112	91	105	94	66	94	94	79	106	88	98	85	:
22am	Accidents du travail graves - hommes	Points d'indice (1998 = 100) 2000	98*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22af	Accidents du travail graves - femmes	Points d'indice (1998 = 100) 2000	104*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22b	Accidents du travail mortels	Points d'indice (1998 = 100) 2000	79*	100-b	46*	96	56	95	90	78	41*	97	103	71	83	68-b	:

* = Le chiffre peut faire référence à une autre année (dernières données disponibles) ou être limité par un autre facteur.

Notes explicatives concernant les indicateurs clés

- 3 En 2001, dans l'UE, les personnes de 65 ans et plus représentaient 24,3% de "la population en âge de travailler" (15-64 ans).
- 4 Le taux de solde migratoire pour l'Union en 2001 était de 3,1 pour mille habitants.
- 5t En 2001 dans l'UE, 19,4% des jeunes de 18 à 24 ans sont sortis du système éducatif sans avoir obtenu de qualifications supérieures à celles de l'enseignement secondaire inférieur.
- 6t À l'échelle de l'UE, en 2001, 8,4% de la population âgée de 25-64 ans avaient participé à une formation ou à un enseignement au cours des quatre semaines précédant l'enquête.
- 7 64,0% de la population de l'UE entre 15 et 64 ans avaient un emploi en 2001.
- 8at 38,6% de la population de l'UE entre 55 et 64 ans avaient un emploi en 2001.
- 8bt En 2001, l'âge effectif moyen de départ à la retraite était de 59,9 ans.
- 9t 7,4% de la population active de l'UE (personnes ayant ou cherchant un emploi) étaient au chômage en 2001.
- 10 7,3% de la population de l'UE entre 15 et 24 ans étaient au chômage en 2001.
- 11t En 2001, 3,2% de la population active de l'UE (personnes ayant ou cherchant un emploi) étaient au chômage depuis au moins un an.
- 12 En 2000, dans l'UE, les dépenses de protection sociale représentaient 27,3% du produit intérieur brut (PIB).
- 13 À l'échelle de l'UE, les pensions de vieillesse et de survie représentent le plus gros poste des dépenses de protection sociale (46,4% du total des prestations en 2000).
- 14 En 2000, dans l'UE, les dépenses publiques actives consacrées aux politiques du marché du travail représentaient 0,681% du produit intérieur brut (PIB).
- 15 En moyenne, dans l'UE, les 20% les plus riches de la population d'un État membre ont reçu, en 1999, une part du revenu total dudit État membre 4,6 fois plus élevée que celle perçue par les 20% les plus pauvres .
- 16a À l'échelle de l'UE, avant transferts sociaux, 24% de la population auraient vécu en dessous du seuil de pauvreté en 1999.
- 16b À l'échelle de l'UE, après transferts sociaux, 15% de la population vivaient effectivement en dessous du seuil de pauvreté en 1999.
- 17a Au niveau de l'UE en 2002, 12,1% de la population âgée de 0-65 ans vivait dans un ménage sans emploi (à l'exclusion des personnes vivant dans un ménage dont tous les membres ont soit moins de 18 ans, soit entre 18 et 24 ans et sont aux études, ou 65 ans et plus et ne travaillent pas).
- 18 À l'échelle de l'UE, 23% des sièges dans les parlements nationaux (ou chambres basses) étaient occupés par des femmes en 2001.
- 19 73,0% / 54,9% de la population masculine / féminine de l'UE âgée de 15 à 64 ans avaient un emploi en 2001.
- 20 À l'échelle de l'UE, en 1999, les gains horaires bruts moyens des femmes équivalaient à 84% de ceux des hommes. La population de référence regroupe tous les salariés âgés de 16 à 64 ans qui travaillent "15 heures au moins par semaine".
- 21a L'espérance de vie moyenne à la naissance d'un(e) citoyen / citoyenne de l'UE était de 75,3 / 81,4 ans en 2000.
- 21b En moyenne, les citoyens / citoyennes de l'UE vivent 63 ans / 66 ans sans incapacité (données de 1996).
- 22at À l'échelle de l'UE, on a constaté en 2000 une diminution de 1% des accidents du travail graves (occasionnant plus de trois jours d'absence) pour 100 000 personnes par rapport à 1998.
- 22b À l'échelle de l'UE, on a constaté en 2000 une diminution de 21% des accidents du travail mortels pour 100 000 personnes par rapport à 1998.

Datashops d'Eurostat

Belgique/België

Eurostat Data Shop Bruxelles/Brussel

Planistat Belgique
Rue du Commerce 124
Handelsstraat 124
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 234 67 50
Fax (32-2) 234 67 51
E-mail: datashop@planistat.be
URL: <http://www.datashop.org/>

Langues parlées:
ES, DE, EN, FR

Italia - Roma ISTAT

Centro di informazione statistica
— Sede di Roma
Eurostat Data Shop
Via Cesare Balbo, 11a
I-00184 Roma
Tel. (39) 06 46 73 31 02/06
Fax (39) 06 46 73 31 01/07
E-mail: dipdiff@istat.it
Membre du réseau MIDAS-NET

Langues parlées:
IT

Danmark

DANMARKS STATISTIK

Bibliotek og Information
Eurostat Data Shop
Sejrøgade 11
DK-2100 København Ø
Tlf. (45) 39 17 30 30
Fax (45) 39 17 30 03
E-mail: bib@dst.dk
Internet: <http://www.dst.dk/bibliotek>

Langues parlées:
DA, EN

Italia - Milano ISTAT

Ufficio regionale per la Lombardia
Eurostat Data Shop
Via Fieno, 3
I-20123 Milano
Tel. (39) 02 80 61 32 460
Fax (39) 02 80 61 32 304
E-mail: mileuro@tin.it
Membre du réseau MIDAS-NET

Langues parlées:
IT

Deutschland

Statistisches Bundesamt

Eurostat Data Shop Berlin
Otto-Braun-Straße 70-72
(Eingang: Karl-Marx-Allee)
D-10178 Berlin
Tel. (49) 1888-644 94 27/28
Fax (49) 1888-644 94 30
E-Mail: datashop@destatis.de
URL: <http://www.eu-datashop.de/>

Langues parlées:
DE, EN

Luxembourg

Eurostat Data Shop Luxembourg

46A, avenue J.F. Kennedy
B.P. 1452
L-1014 Luxembourg
Tél. (352) 43 35-2251
Fax (352) 43 35-22221
E-mail: dslux@eurostat.datashop.lu
URL: <http://www.datashop.org/>
Membre du réseau MIDAS-NET

Langues parlées:
ES, DE, EN, FR, IT

España

INE

Eurostat Data Shop
Paseo de la Castellana, 183
Despacho 011B
Entrada por Estébanez Calderón
E-28046 Madrid
Tel. (34) 91 583 91 67 / 91 583 95 00
Fax (34) 91 583 03 57
E-mail: datashop.eurostat@ine.es
URL: <http://www.datashop.org/>
Membre du réseau MIDAS-NET

Langues parlées:
ES, EN, FR

Nederland

STATISTICS NETHERLANDS

Eurostat Data Shop — Voorburg
Postbus 4000
2270 JM Voorburg
Nederland
Tel. (31-70) 337 49 00
Fax (31-70) 337 59 84
E-mail: datashop@cbs.nl

Langues parlées:
EN, NL

France

INSEE Info service

Eurostat Data Shop
195, rue de Bercy
Tour Gamma A
F-75582 Paris Cedex 12
Tél. (33) 1 53 17 88 44
Fax (33) 1 53 17 88 22
E-mail: datashop@insee.fr
Membre du réseau MIDAS-NET

Langues parlées:
FR

Portugal

Eurostat Data Shop Lisboa

INE/Serviço de Difusão
Av. António José de Almeida, 2
P-1000-043 Lisboa
Tel. (351) 21 842 61 00
Fax (351) 21 842 63 64
E-mail: data.shop@ine.pt

Langues parlées:
EN, FR, PT

Suomi/Finland

STATISTICS FINLAND

Eurostat DataShop Helsinki
Tilastokirjasto
PL 2B
FIN-00022 Tilastokeskus
Työpajakatu 13 B, 2. Kerros, Helsinki
P. (358-9) 17 34 22 21
F. (358-9) 17 34 22 79
Sähköposti: datashop@stat.fi
URL: <http://tilastokeskus.fi/tk/kk/datashop/>

Langues parlées:
EN, FI, SV

Information service
Eurostat Data Shop
Karlavägen 100
Box 24 300
S-104 51 Stockholm
Tfn (46-8) 50 69 48 01
Fax (46-8) 50 69 48 99
E-post: infoservice@scb.se
Internet: <http://www.scb.se/tjanster/datashop/datashop.asp>

Langues parlées:
EN, SV

United Kingdom

Eurostat Data Shop

Office for National Statistics
Room 1.015
Cardiff Road
Newport
South Wales
NP10 8XG
UK
Tel: (44) 1633 813369
Fax: (44) 1633 813333
E-mail: eurostat.datashop@ons.gov.uk

Langues parlées:
EN

Norge

Statistics Norway

Library and Information Centre
Eurostat Data Shop
Kongens gate 6
Boks 8131 Dep.
N-0033 Oslo
Tel. (47) 21 09 46 42/43
Fax (47) 21 09 45 04
E-mail: Datashop@ssb.no

Langues parlées:
EN, NO

**Schweiz/Suisse/
Svizzera**

Statistisches Amt des Kantons Zürich

Eurostat Data Shop
Bleicherweg 5
CH-8090 Zürich
Tel. (41) 1 225 12 12
Fax (41) 1 225 12 99
E-mail: datashop@statistik.zh.ch
Internet: <http://www.statistik.zh.ch>

Langues parlées:
DE, EN

USA

HAVER ANALYTICS

Eurostat Data Shop
60 East 42nd Street
Suite 3310
New York, NY 10165
Tel. (1-212) 986 93 00
Fax (1-212) 986 69 81
E-mail: eurodata@haver.com

Langues parlées:
EN

Page d'accueil Eurostat
www.europa.eu.int/comm/eurostat/