

# 3.

## LA SANTÉ



**Les causes répandues potentiellement à l'origine de problèmes de santé**

**Les causes de décès**

**Les soins de santé**

**La sécurité au travail**





	<b>La santé</b>	<b>101</b>
	Les causes de décès	102
Les causes répandues potentiellement à l'origine de problèmes de santé		107
	Les soins de santé	108
	La sécurité au travail	111

### 3. LA SANTÉ

Les questions relatives à la santé touchent à de nombreux thèmes de l'agenda social européen et constituent un élément important de la stratégie européenne pour le développement durable, deux grands volets de la stratégie de Lisbonne.

En mai 2000, la Commission a proposé une nouvelle stratégie en matière de santé, qui préconise une approche intégrée au niveau communautaire des initiatives relatives à la santé. Sur cette base, un nouveau programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique a été adopté en 2002 pour la période 2003-2008. Ce programme repose sur trois axes<sup>(23)</sup>, à savoir:

- améliorer l'information et les connaissances en matière de santé pour le développement de la santé publique;

<sup>(23)</sup> Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) (JO L 271, 9.10.2002, p. 1), ([http://europa.eu/eur-lex/pri/fr/oj/dat/2002/l\\_271/l\\_27120021009fr00010011.pdf](http://europa.eu/eur-lex/pri/fr/oj/dat/2002/l_271/l_27120021009fr00010011.pdf)).

- renforcer la capacité à réagir rapidement et de manière coordonnée aux menaces pour la santé;
- promouvoir la santé et la prévention des maladies par la prise en compte des facteurs déterminants pour la santé dans toutes les politiques et activités.

La communication de la Commission du 6 avril 2005<sup>(24)</sup> au Parlement, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, intitulée «*Améliorer la santé, la sécurité et la confiance des citoyens: une stratégie en matière de santé et de protection des consommateurs*», ainsi que la proposition de décision du Parlement et du Conseil établissant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé pour la période 2007-2013<sup>(25)</sup> affirment la nécessité d'accroître la veille sanitaire européenne.

<sup>(24)</sup> COM(2005) 115 final ([http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/fr/com/2005/com2005\\_0115fr01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/fr/com/2005/com2005_0115fr01.pdf)).

<sup>(25)</sup> COM(2006) 234 final ([http://europa.eu/eur-lex/lex/LexUriServ/site/fr/com/2006/com2006\\_0234fr01.pdf](http://europa.eu/eur-lex/lex/LexUriServ/site/fr/com/2006/com2006_0234fr01.pdf)).

Eurostat dispose d'un large éventail de données dans ce domaine, et notamment sur:

- les causes de décès;
- les modes de vie et les comportements en matière de santé (par exemple la consommation de tabac, la consommation d'alcool, la surcharge pondérale);
- l'état de santé de la population (par exemple l'auto-évaluation de l'état de santé, les problèmes de santé chroniques, l'invalidité);
- les activités du secteur des soins de santé (par exemple le nombre de lits d'hôpital, de sorties ou de dépenses consacrées à la maladie/aux soins de santé);
- le personnel de santé (par exemple le nombre de médecins praticiens);
- les accidents du travail;
- les maladies professionnelles.

Selon la Direction générale «*Santé et protection des consommateurs*»<sup>(26)</sup>, la promotion de la santé et de certains choix en termes de style de vie peut offrir de grandes possibilités de réduction des maladies et des décès. En moyenne, les ressortissants européens disposant d'un meilleur emploi, d'un niveau d'éducation supérieur ou de revenus plus élevés ont une meilleure santé et vivent plus longtemps. On trouve des écarts de cinq ans et plus en termes d'espérance de vie entre les groupes sociaux les plus privilégiés et les plus défavorisés. Les mesures entreprises pour réduire les inégalités liées à la santé visent à :

- améliorer le niveau de santé de chacun en vue de le rapprocher de celui des individus les plus privilégiés;
- garantir que les besoins de santé des plus défavorisés soient pleinement pris en compte;
- contribuer à une amélioration plus rapide de la santé des personnes se trouvant dans les pays et régions affichant les plus faibles niveaux de santé.

3

Empêcher la transmission de certains pathogènes émergents et la réapparition d'autres pathogènes et renforcer la capacité à réagir rapidement et de manière coordonnée à ces menaces relèvent d'une responsabilité partagée entre les autorités sanitaires nationales et la Commission. L'émergence du VIH et du sida, la résurgence de la tuberculose, l'apparition de la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou l'épidémie de grippe aviaire sont autant d'exemples qui illustrent les nombreux facteurs influençant la propagation des maladies.

Le programme communautaire de santé publique s'efforce d'étudier ces questions - abordées dans une communication de la Commission du 19 mars 2002<sup>(27)</sup> - par l'échange d'informations entre les États membres afin de permettre une alerte précoce des menaces potentielles contre la santé publique.

Les indicateurs d'«*incidence*» en matière de santé permettent de mesurer le nombre de nouveaux cas survenant dans une population au cours d'une période donnée. Ces valeurs sont souvent exprimées sous la forme du nombre de nouveaux cas d'une maladie (ou d'une affection) pour 100 000 personnes. De même, les taux de mortalité standardisés font référence au nombre de décès dus à une cause donnée (avec un rapport pour 100 000 personnes).

<sup>(26)</sup> Pour de plus amples informations, voir [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/healthdeterminants\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_fr.htm).

<sup>(27)</sup> Décision de la Commission 2002/253/CE établissant des définitions de cas pour la déclaration des maladies transmissibles au réseau communautaire (JO L 86, 3.4.2002, p. 44) ([http://europa.eu.int/eur-lex/fr/oj/dat/2002/l\\_086/l\\_08620020403fr00440062.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/fr/oj/dat/2002/l_086/l_08620020403fr00440062.pdf)).

### CAUSES DE DÉCÈS

En 2001, les plus importantes causes de décès chez les hommes et les femmes de l'EU-25 étaient le cancer (tumeur maligne) et les cardiopathies ischémiques. Toutefois, on a pu observer de grandes disparités entre les taux de mortalité standardisés (TMS) des hommes et ceux des femmes, avec un TMS par cancer plus élevé chez les hommes (2001: 253 pour 100 000 personnes) que chez les femmes (142). Le TMS par cardiopathies ischémiques était environ deux fois plus important chez les hommes (147) que chez les femmes (75).

Chez les hommes, les TMS enregistrés étaient en effet plus élevés pour l'ensemble des principales causes de décès, jusqu'à quatre ou cinq fois plus élevés que chez les femmes pour la toxicomanie, l'alcoolisme et le sida (VIH), tandis que les décès dus au suicide et aux accidents de la circulation étaient respectivement 3,6 fois et 2,5 fois plus probables que chez les femmes.

Les décès dus au cancer (tumeur maligne) étaient relativement élevés dans plusieurs des 10 États membres ayant rejoint l'UE en 2004, avec chez les hommes plus de 300 décès pour 100 000 hommes en République tchèque, en Hongrie et en Pologne en 2004. Les États baltes ont enregistré la plus forte incidence de décès par cardiopathies ischémiques chez les hommes, avec des taux supérieurs à 400 pour 100 000 hommes. Ce sont également les États baltes qui ont enregistré, chez les hommes, les TMS par suicide et par accidents de la circulation les plus élevés (excepté l'Estonie, avec un taux légèrement moins élevé pour les décès dus aux accidents de la circulation). Chez les femmes, les TMS par cancer (tumeur maligne) les plus élevés ont été enregistrés au Danemark (197 décès pour 100 000 femmes), en Hongrie (188) et en République tchèque (172).

Par rapport à la situation observée en 1994, l'incidence de quatre des principales causes de décès chez les hommes de l'EU-15 a baissé jusqu'en 2001, avec une diminution totale de 21,9 % pour les décès dus à des cardiopathies ischémiques, de 18,3 % pour ceux dus à des accidents de la circulation, de 14,6 % pour ceux dus au suicide et de 9,2 % pour ceux dus au cancer (tumeur maligne). Une tendance similaire a été observée chez les femmes, avec une diminution de 23,0 % pour les accidents de la circulation et de 7,4 % pour le cancer (tumeur maligne).

**Tableau 3.1: Causes de décès — taux de mortalité standardisé, 2004**

(pour 100 000 habitants)

TPS00116 TPS00119 TPS00122 TPS00125 TPS00128 TPS00131

TPS00134 TPS00137 TPS00140 TPS00143 TPS00146 TPS00149

	Cancer (1)	Cardio- pathie (2)	Tous acci- dents	Pneu- monie	Hépa- tite chro- nique	Sui- cide (3)	Maladies du système nerveux	Diabète sucré	Alcooli- sme	Sida (VIH)	Homi- cide, agre- sion	Toxico- manie
<b>EU-25 (4)</b>	187,7	106,1	28,5	16,0	14,3	11,5	16,2	13,9	2,8	1,2	1,2	0,7
<b>EU-15 (4)</b>	180,5	93,4	25,0	15,7	12,9	10,1	16,8	14,0	2,8	1,4	0,9	0,8
<b>Zone euro (4)</b>	180,1	87,6	26,4	13,4	13,7	10,8	15,9	14,7	2,9	1,7	1,0	0,7
<b>Belgique</b>	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
<b>République tchèque</b>	229,9	163,5	40,8	18,9	15,7	14,0	15,9	10,3	1,5	:	1,1	0,0
<b>Danemark (4)</b>	218,8	111,5	29,0	13,4	13,9	12,2	16,6	17,9	8,6	0,6	0,9	0,6
<b>Allemagne</b>	169,8	110,1	18,0	13,4	15,5	11,0	13,6	17,0	4,9	0,6	0,6	0,8
<b>Estonie (5)</b>	194,5	312,5	87,0	18,5	20,0	23,7	13,5	9,0	10,6	0,5	10,8	:
<b>Grèce</b>	162,0	88,5	29,3	5,0	4,7	2,8	7,9	6,0	0,1	0,1	0,8	0,0
<b>Espagne</b>	164,2	57,3	23,5	9,9	9,5	7,0	19,9	13,7	0,7	3,3	1,3	0,4
<b>France (5)</b>	181,0	45,3	34,6	11,4	12,6	16,4	26,2	12,8	4,9	1,7	0,8	0,2
<b>Irlande</b>	186,5	122,7	17,3	42,3	5,0	10,3	16,4	10,3	1,5	0,3	0,6	2,2
<b>Italie (6)</b>	175,3	72,4	26,1	8,3	12,7	6,0	14,3	17,0	0,3	1,5	0,9	0,7
<b>Chypre</b>	122,9	76,9	35,9	11,7	6,0	0,7	12,7	41,6	0,4	0,1	1,5	:
<b>Lettonie (5)</b>	193,9	291,6	88,5	16,2	14,0	24,1	14,5	9,2	2,5	0,5	10,3	:
<b>Lituanie</b>	194,9	330,2	85,7	13,6	21,1	38,9	11,3	7,2	0,8	0,2	8,3	0,3
<b>Luxembourg</b>	165,0	76,2	30,0	17,9	11,8	13,2	17,5	7,2	3,9	0,9	0,5	:
<b>Hongrie</b>	260,8	233,6	48,9	6,7	51,0	24,3	13,9	17,0	4,1	0,1	2,0	:
<b>Malte</b>	151,8	131,9	20,7	16,6	5,5	5,4	14,0	23,3	0,5	0,5	1,4	:
<b>Pays-Bas</b>	191,2	64,0	16,0	21,4	4,4	8,7	15,8	16,9	1,0	0,5	1,2	0,1
<b>Autriche</b>	170,7	115,2	24,2	10,4	17,5	15,2	15,3	29,6	4,0	0,6	0,7	2,3
<b>Pologne</b>	213,8	117,5	39,0	18,3	14,1	15,1	10,0	11,6	4,0	0,3	1,5	0,1
<b>Portugal</b>	155,6	57,1	26,9	20,9	13,3	9,6	15,1	27,5	1,0	8,1	1,7	0,1
<b>Slovénie</b>	198,6	82,0	32,7	30,1	27,2	22,7	9,9	23,0	4,6	0,1	1,8	0,2
<b>Slovaquie (4)</b>	225,6	290,0	37,3	29,7	25,7	12,7	10,9	14,2	:	0,0	2,1	0,0
<b>Finlande</b>	143,8	145,4	47,5	19,8	16,0	19,3	30,9	7,4	4,0	0,2	2,4	0,6
<b>Suède (5)</b>	155,5	113,2	22,2	13,8	5,7	11,4	15,2	11,9	3,8	0,3	0,9	0,3
<b>Royaume-Uni (5)</b>	185,6	122,7	16,8	36,4	11,0	6,4	19,5	7,9	1,4	0,4	0,5	1,7
<b>Bulgarie</b>	156,5	171,6	29,0	16,1	15,0	11,0	7,7	16,8	0,9	0,0	2,7	0,1
<b>Croatie (6)</b>	213,3	159,5	35,3	18,2	26,0	17,4	9,0	14,9	2,7	0,1	1,4	0,8
<b>ARY de Macédoine</b>	160,5	108,8	24,9	5,6	7,6	9,1	9,3	36,1	1,1	:	2,8	0,2
<b>Romanie (5)</b>	178,0	228,4	45,1	28,9	46,6	12,8	8,2	8,3	4,4	1,2	3,8	:
<b>Islande</b>	160,2	112,2	17,9	15,3	2,1	11,9	29,8	6,1	1,8	0,3	1,4	:
<b>Norvège</b>	168,0	88,9	33,9	16,3	5,1	11,4	19,0	8,5	3,4	0,5	0,9	0,8
<b>Suisse</b>	149,2	72,3	20,3	10,5	7,0	15,0	21,1	12,4	2,6	1,0	0,9	2,5

(1) Tumeur maligne.

(2) Cardiopathies ischémiques.

(3) Suicide et lésions auto-infligées.

(4) 2001.

(5) 2003.

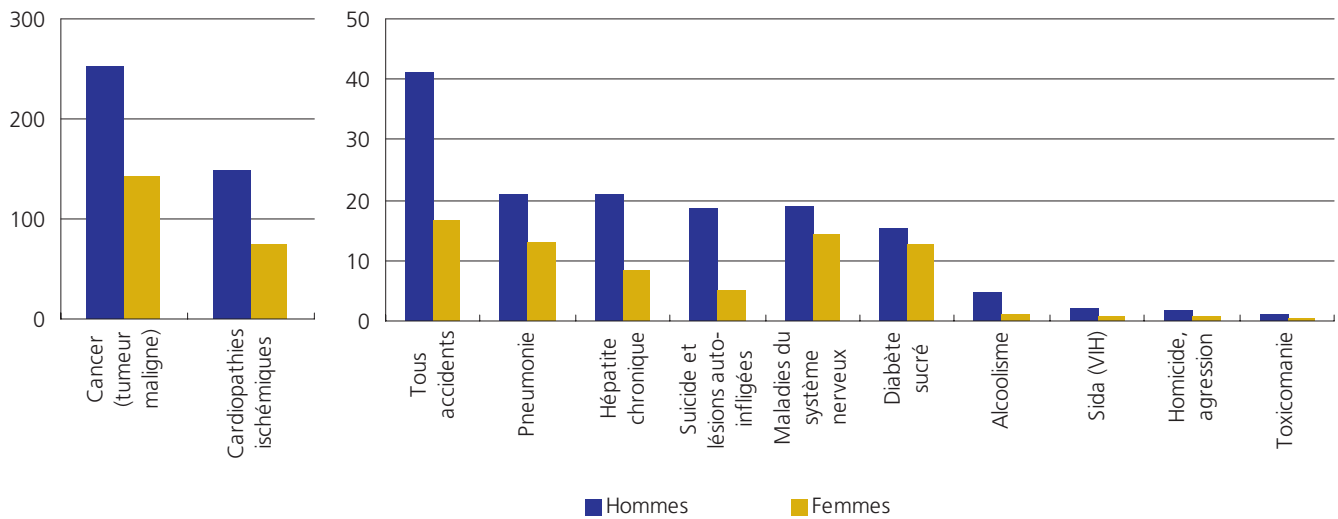
(6) 2002.

Taux de mortalité d'une population présentant une répartition par âge standard. Comme la plupart des causes de décès varient notablement selon l'âge et le sexe des personnes, l'utilisation de taux de mortalité standardisés renforce la comparabilité entre périodes et entre pays, car ces taux visent à chiffrer les décès indépendamment des différences entre les pyramides des âges des populations. La population de référence utilisée est la «population standard européenne» telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

**Graphique 3.1: Causes de décès — taux de mortalité standardisé, EU-25, 2001 (1)**

(pour 100 000 habitants)

TPS00116 TPS00119 TPS00122 TPS00125 TPS00128 TPS00131  
TPS00134 TPS00137 TPS00140 TPS00143 TPS00146 TPS00149



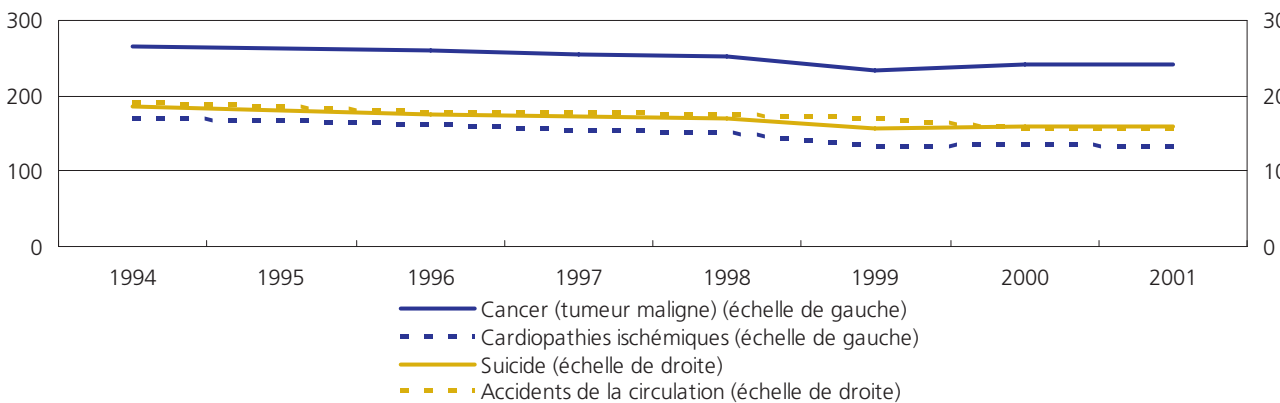
(1) Des échelles différentes sont utilisées pour les deux parties du graphique.

Taux de mortalité d'une population présentant une répartition par âge standard. Comme la plupart des causes de décès varient notablement selon l'âge et le sexe des personnes, l'utilisation de taux de mortalité standardisés renforce la comparabilité entre périodes et entre pays, car ces taux visent à chiffrer les décès indépendamment des différences entre les pyramides des âges des populations. La population de référence utilisée est la «population standard européenne» telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

**Graphique 3.2: Causes de décès chez les hommes — taux de mortalité standardisé, EU-15**

(pour 100 000 habitants)

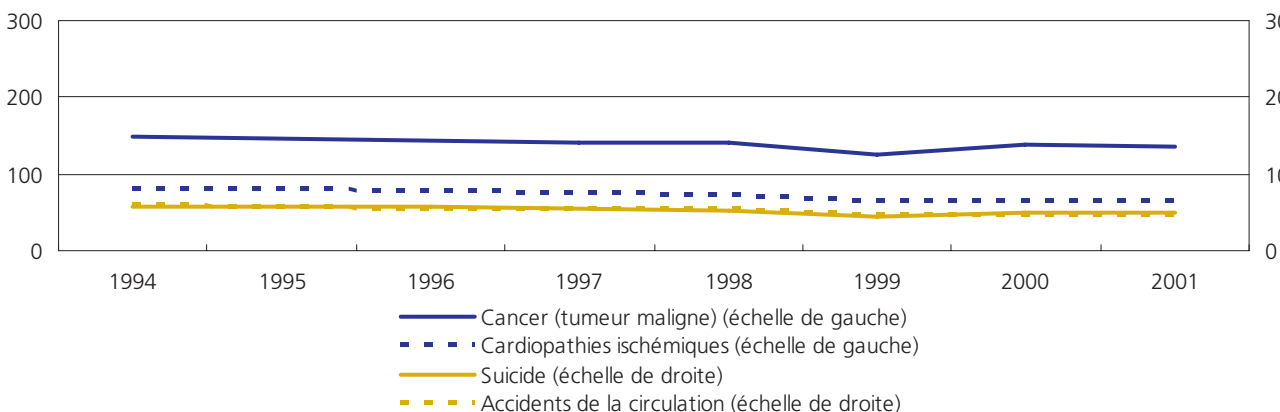
TPS00117 TPS00120 TPS00123 TPS00165



**Graphique 3.3: Causes de décès chez les femmes - taux de mortalité standardisé, EU-15**

(pour 100 000 habitants)

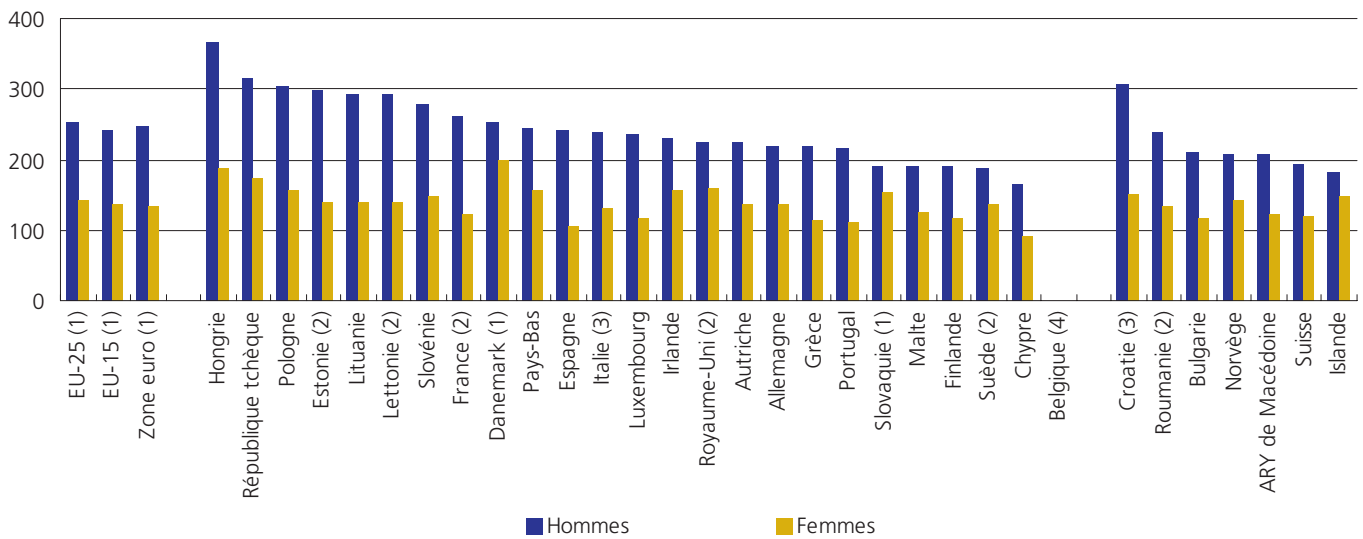
TPS00118 TPS00121 TPS00124 TPS00166




**Graphique 3.4: Décès dus au cancer (tumeur maligne) — taux de mortalité standardisé, 2004**

(pour 100 000 habitants)

TPS00117 TPS00118

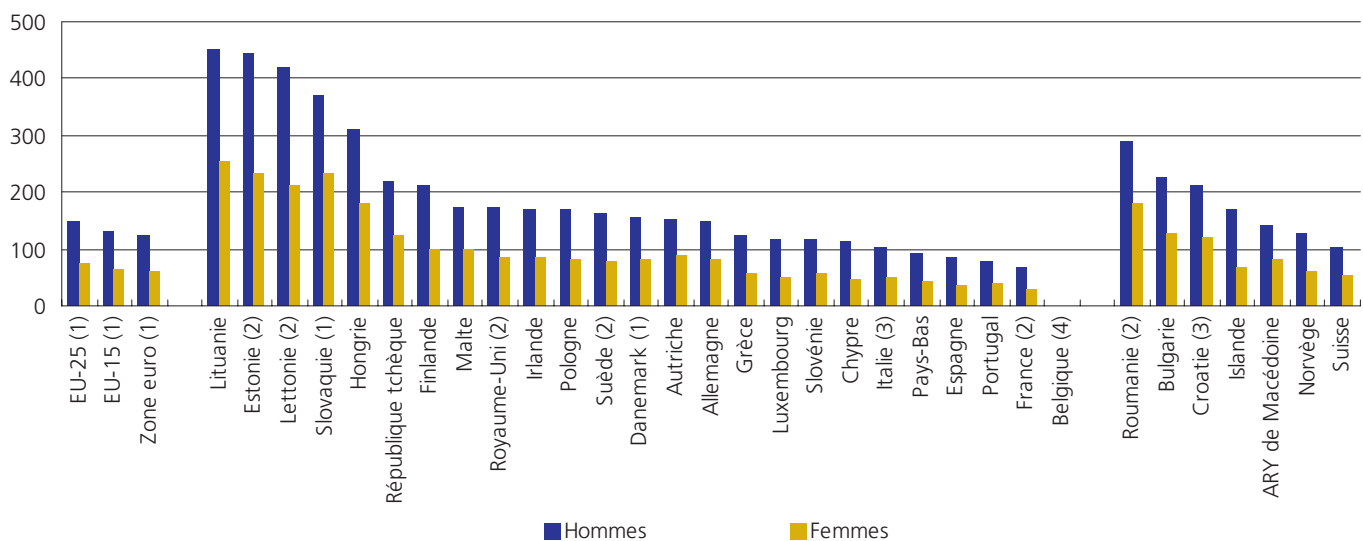


- (1) 2001.  
 (2) 2003.  
 (3) 2002.  
 (4) Non disponible.

**Graphique 3.5: Décès dus aux cardiopathies ischémiques — taux de mortalité standardisé, 2004**

(pour 100 000 habitants)

TPS00120 TPS00121

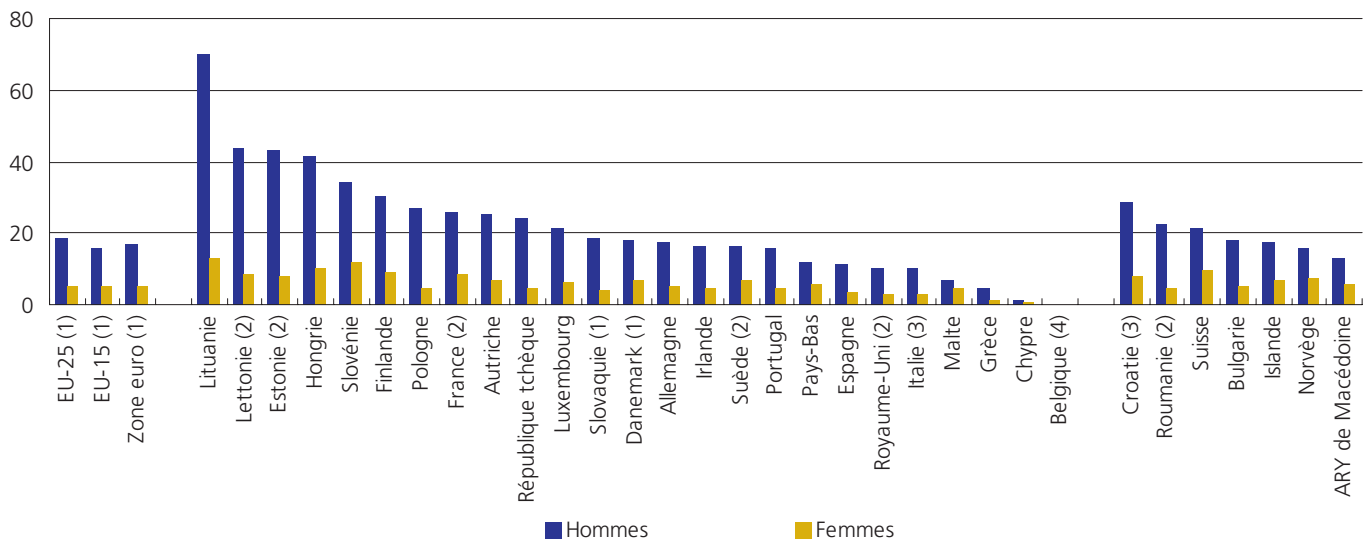


- (1) 2001.  
 (2) 2003.  
 (3) 2002.  
 (4) Non disponible.

**Graphique 3.6: Décès dus au suicide — taux de mortalité standardisé, 2004**

(pour 100 000 habitants)

TPS00123 TPS00124



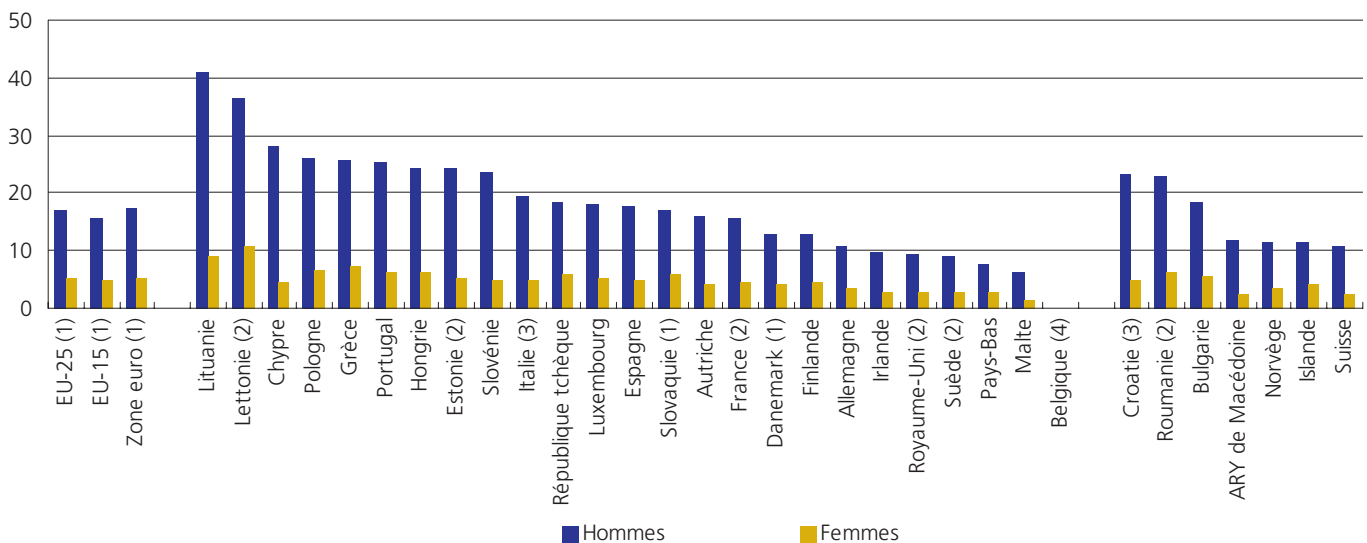
- (1) 2001.
- (2) 2003.
- (3) 2002.
- (4) Non disponible.

Taux de mortalité d'une population présentant une répartition par âge standard. Comme la plupart des causes de décès varient notablement selon l'âge et le sexe des personnes, l'utilisation de taux de mortalité standardisés renforce la comparabilité entre périodes et entre pays, car ces taux visent à chiffrer les décès indépendamment des différences entre les pyramides des âges des populations. La population de référence utilisée est la «population standard européenne» telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

**Graphique 3.7: Décès dus aux accidents de la circulation — taux de mortalité standardisé, 2004**

(pour 100 000 habitants)

TPS00165 TPS00166



- (1) 2001.
- (2) 2003.
- (3) 2002.
- (4) Non disponible.



### LES CAUSES RÉPANDUES POTENTIELLEMENT À L'ORIGINE DE PROBLÈMES DE SANTÉ

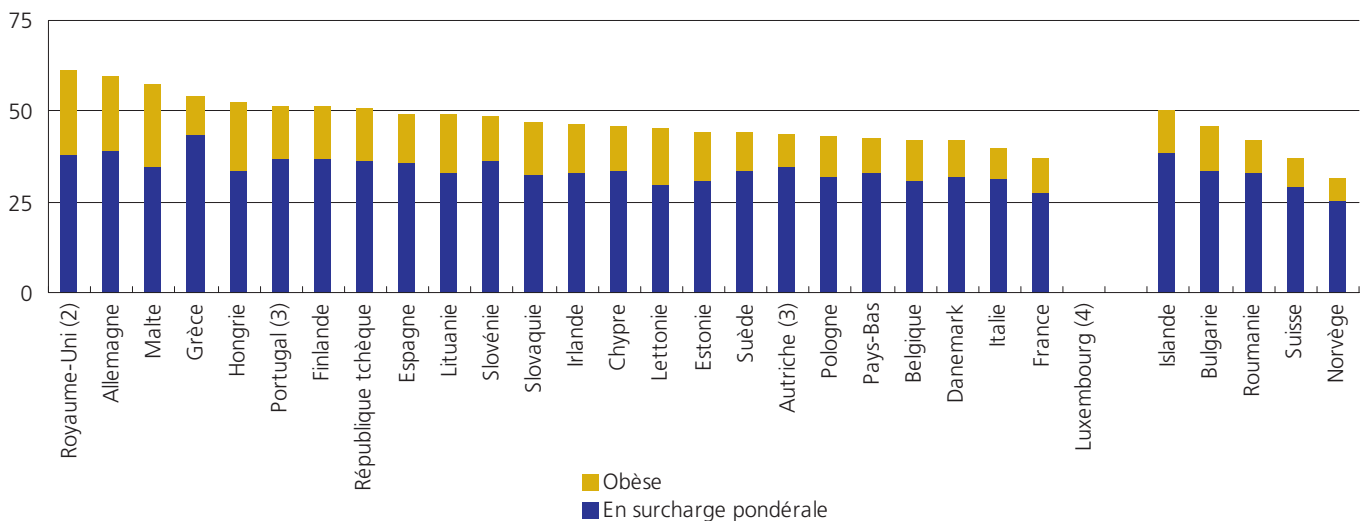
Figurent parmi les causes répandues potentiellement à l'origine de problèmes de santé la surcharge pondérale, l'alcoolisme et la consommation de tabac. Ces dernières années, la consommation de tabac a fait l'objet d'une attention particulière en termes de législation. De plus en plus d'États membres ont adopté une législation sur la consommation de tabac en imposant une limitation ou une interdiction de fumer dans les endroits publics et/ou sur les lieux de travail, ce qui permet de protéger les fumeurs passifs.

Selon des données recueillies au moyen d'enquêtes santé par interview (ESI), en 2003, environ 50 % des hommes fumaient en Lettonie, en Estonie et en Slovaquie. Concernant les femmes, l'Autriche et le Danemark ont enregistré la plus forte incidence, un peu plus de 30 % de la population féminine étant considérée comme fumant régulièrement. En 2003, la plus faible proportion de population consommant du tabac a été enregistrée en Suède (16,5 %) et en Finlande (21,6 %) pour les hommes, et au Portugal (6,8 %) pour les femmes. Les plus grandes disparités de niveaux de consommation de tabac entre les sexes ont été relevées dans les États baltes. Tous les pays ont signalé un nombre plus élevé de fumeurs que de fumeuses, à l'exception de la Suède où la proportion de fumeuses était légèrement plus élevée.

La surcharge pondérale et l'obésité représentent de graves problèmes de santé publique car ils augmentent le risque de mort prématurée et d'invalidité. Ces deux facteurs sont associés à de mauvaises habitudes alimentaires et à un manque d'activité physique. L'indice de masse corporelle (IMC) constitue une mesure du poids d'une personne par rapport à sa taille, qui correspond relativement bien à la teneur en graisse de l'organisme chez les adultes. Les experts considèrent l'IMC comme l'indice le plus utile (quand les seules données disponibles concernent le poids et la taille) pour identifier les personnes souffrant de surcharge pondérale ou d'obésité. L'IMC est calculé en divisant le poids corporel (exprimé en kg) par la taille au carré (exprimée en m). Une personne ayant un IMC de 25 ou plus est considérée en surcharge pondérale. En 2003, au moins 50 % de la population présentait une surcharge pondérale dans 11 des 25 États membres.

#### Graphique 3.8: Personnes en surcharge pondérale, 2003 (1)

(en % de la population totale)



(1) Données nationales issues d'une enquête santé par interview (ESI), 1996-2003 en fonction du pays.

(2) Uniquement l'Angleterre.

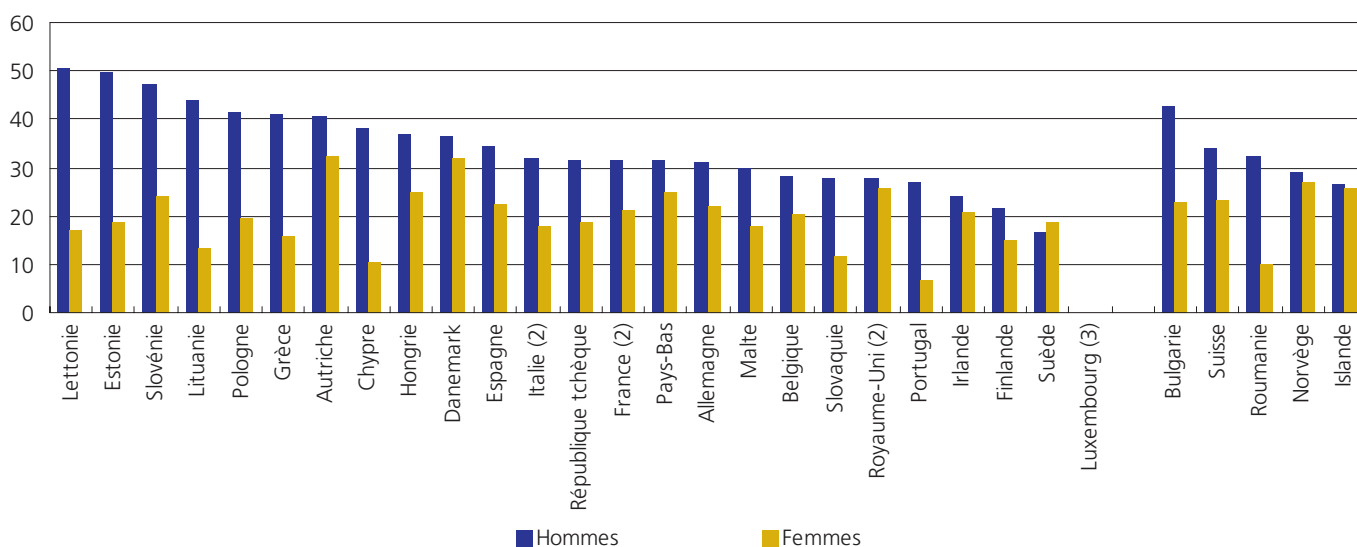
(3) Données provenant du PCM, 2001.

(4) Non disponible.

Les personnes en surcharge pondérale sont celles présentant un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25. Sont comprises les personnes en surcharge pondérale grave (obèses) ayant un IMC égal ou supérieur à 30. L'IMC est une mesure de la teneur en graisse de l'organisme chez les adultes, qui exprime le rapport entre le poids (exprimé en kg) et la taille (exprimée en m) au carré.

## Graphique 3.9: Fumeurs réguliers, 2003 (1)

(en % de la population masculine/féminine)



(1) Données nationales issues d'une enquête santé par interview (ESI), 1996-2003 en fonction du pays.

(2) Aucune distinction n'est faite entre la consommation régulière et occasionnelle de tabac.

(3) Non disponible.

## LES SOINS DE SANTÉ

Étant donné la place considérable que les dépenses de santé occupent dans l'économie, il est important de comprendre quels sont les facteurs qui en déterminent le niveau dans chaque pays. Il est impossible d'apporter une réponse simple à la question du budget que devrait consacrer chaque pays aux soins de santé, puisque les États membres supportent chacun une charge de morbidité différente, que leurs populations ont des attentes différentes et qu'il existe des contraintes géographiques.

Le budget nécessaire pour financer correctement un système de santé dépend de nombreuses variables. La plus évidente est, peut-être, la charge de morbidité nécessitant un traitement, puisqu'une population qui est plus malade aura besoin de davantage de soins — bien qu'il n'y ait pas de relation linéaire simple entre la charge de morbidité et le besoin de ressources, certaines maladies ou affections pouvant être traitées de manière simple et pour un faible coût, tandis que d'autres pourront demander des soins complexes et onéreux. Un autre facteur est constitué par les soins susceptibles d'être apportés par l'entourage, généralement transférés aux secteurs des soins de santé et de l'aide sociale. Il convient également de prendre en compte des éléments tels que la dispersion géographique, puisqu'il est plus coûteux d'assurer des soins dans les zones isolées, ainsi que de mettre en place des dispositifs permettant aux habitants de ces régions d'accéder à des soins spécialisés dans d'autres endroits <sup>(28)</sup>.

Une communication de la Commission <sup>(29)</sup> a défini un cadre commun permettant de soutenir les efforts des États membres

(28) Pour en savoir plus sur ces questions, reportez-vous au document intitulé «*The contribution of health to the economy in the European Union*», Commission européenne, Direction générale Santé et protection des consommateurs ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/health\\_economy\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf)).

(29) Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables: un appui aux stratégies nationales par la «méthode ouverte de coordination», COM(2004) 304 final du 20 avril 2004 ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/soc-prot/healthcare/com\\_04\\_304\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/com_04_304_fr.pdf)).

visant au développement et à la réforme des soins de santé et des soins de longue durée. En 2003, la part dans le PIB des dépenses de santé — définies ici comme étant les dépenses consacrées à la maladie/aux soins de santé, selon le système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) — était de 7,6 % dans l'EU-25 (par rapport, par exemple, à 5,2 % pour l'éducation). En Allemagne, en France, aux Pays-Bas et en Suède, des parts de plus de 8 % ont été enregistrées, tandis que, à l'opposé, les États baltes, Chypre ou la Pologne ont dépensé moins de 4 % du PIB pour les soins de santé.

Sur la base des données disponibles pour 18 États membres, les plus importantes hausses en termes de dépenses de santé entre 1995 et 2003 ont été enregistrées en Belgique, en Grèce, en Italie, en Suède et au Royaume-Uni, où elles ont progressé (en part du PIB) d'au moins un point de pourcentage.

En 2002, l'EU-25 comptait une moyenne de 618 lits d'hôpital pour 100 000 habitants, contre 715 lits en 1995 (soit une diminution totale de plus de 10 %). Cette baisse est peut-être due à une utilisation plus efficace des ressources, grâce à un nombre croissant d'opérations pouvant être réalisées en traitement ambulatoire et à la diminution de la durée des séjours postopératoires.

En 2003, la Lituanie (395), la Belgique (394) et la République tchèque (389) ont enregistré le nombre le plus élevé de médecins praticiens pour 100 000 habitants (parmi les États membres pour lesquels des données sont disponibles). À l'opposé, le Royaume-Uni disposait d'une moyenne de 216 médecins praticiens.

Tableau 3.2: Indicateurs en matière de soins de santé

TPS00044 TPS00046 TPS00048

	Lits d'hôpital (pour 100 000 habitants)		Médecins praticiens (pour 100 000 habitants)		Sorties d'hôpital (pour 100 000 habitants) (1)		Dépenses de santé (% du PIB)	
	1995	2003	1995	2003	1995	2002	1995	2003
<b>EU-25 (2)</b>	719	618	:	:	:	:	:	7,6
<b>EU-15 (2)</b>	690	593	:	:	:	:	7,4	7,7
<b>Zone euro (2)</b>	745	641	:	:	:	:	:	:
<b>Belgique</b>	744	686	345	394	7 158	:	6,3	7,6
<b>République tchèque (3)</b>	939	868	346	389	9 070	9 838	6,4	7,1
<b>Danemark</b>	489	398	251	285	8 509	:	5,5	6,1
<b>Allemagne</b>	970	874	307	337	8 337	:	8,4	8,1
<b>Estonie</b>	804	591	307	315	:	9 438	:	4,2
<b>Grèce</b>	500	:	393	:	5 971	:	5,6	6,7
<b>Espagne (2) (3)</b>	395	358	268	329	4 249	5 057	6,1	5,9
<b>France (4)</b>	890	796	:	:	:	:	8,1	8,9
<b>Irlande</b>	1 015	1 007	:	:	:	5 954	6,5	6,6
<b>Italie</b>	622	418	:	:	:	7 032	5,5	6,5
<b>Chypre (5)</b>	452	431	220	263	2 170	2 379	:	4,1
<b>Lettonie</b>	1 099	779	278	278	9 526	9 522	:	3,0
<b>Lituanie</b>	1 083	866	405	395	9 955	11 009	:	3,9
<b>Luxembourg (2)</b>	1 096	644	204	245	:	8 610	5,7	5,8
<b>Hongrie</b>	909	:	303	324	:	12 177	:	6,2
<b>Malte</b>	545	750	:	:	:	2 434	4,2	4,8
<b>Pays-Bas (2)</b>	533	463	186	:	4 800	4 369	8,3	8,2
<b>Autriche</b>	755	836	266	338	11 247	13 835	7,1	7,1
<b>Pologne</b>	769	668	232	243	5 552	:	:	4,3
<b>Portugal (2)</b>	392	365	255	269	:	4 213	7,0	6,5
<b>Slovénie (2) (6)</b>	574	509	:	228	:	6 465	:	7,8
<b>Slovaquie</b>	:	724	292	328	8 481	8 237	6,0	5,8
<b>Finlande</b>	801	724	:	:	11 595	11 672	6,4	6,5
<b>Suède</b>	609	:	286	333	8 127	7 183	7,5	8,5
<b>Royaume-Uni</b>	:	397	173	216	7 579	8 925	6,5	7,7
<b>Bulgarie</b>	1 034	627	345	356	:	8 673	:	:
<b>Croatie (2) (6)</b>	588	568	204	239	3 583	4 763	:	:
<b>Roumanie</b>	763	656	:	200	7 984	10 370	:	:
<b>Turquie</b>	247	235	:	139	:	:	:	:
<b>Islande</b>	911	:	303	363	:	7 067	7,2	8,5
<b>Norvège</b>	406	428	279	329	7 568	:	7,4	9,4
<b>Suisse (6)</b>	701	584	176	198	:	6 312	5,8	7,1
<b>Japon</b>	1 330	:	:	:	:	:	:	:
<b>États-Unis (3)</b>	413	:	203	:	4 799	4 720	:	:

(1) Sorties liées à un cancer (tumeur maligne), des maladies de l'appareil circulatoire, des maladies de l'appareil respiratoire, des maladies du système musculo-squelettique/du tissu conjonctif et des complications relatives à une grossesse, un accouchement ou un état puerpéral.

(2) 2002 au lieu de 2003 pour les lits d'hôpital.

(3) 2001 au lieu de 2002 pour les sorties d'hôpital.

(4) France métropolitaine.

(5) 2002 au lieu de 2003 pour les dépenses de santé.

(6) 2002 au lieu de 2003 pour les médecins praticiens.

Lits destinés aux patients officiellement admis (ou hospitalisés) dans un établissement pour recevoir un traitement et/ou des soins et qui séjournent au moins une nuit à l'hôpital ou dans un autre établissement dispensant des soins hospitaliers. Les soins hospitaliers sont dispensés dans des hôpitaux, dans d'autres infrastructures de soins spécialisées ou dans des établissements qui sont classés en fonction du type de soins ambulatoires proposés, mais qui dispensent des soins hospitaliers comme activité secondaire.

Il peut s'agir de médecins autorisés à exercer, économiquement actifs ou praticiens. Des données pour au moins deux de ces concepts sont disponibles dans la plupart des États membres. Les médecins praticiens sont ceux qui voient des patients dans un hôpital, dans un cabinet ou dans tout autre lieu.

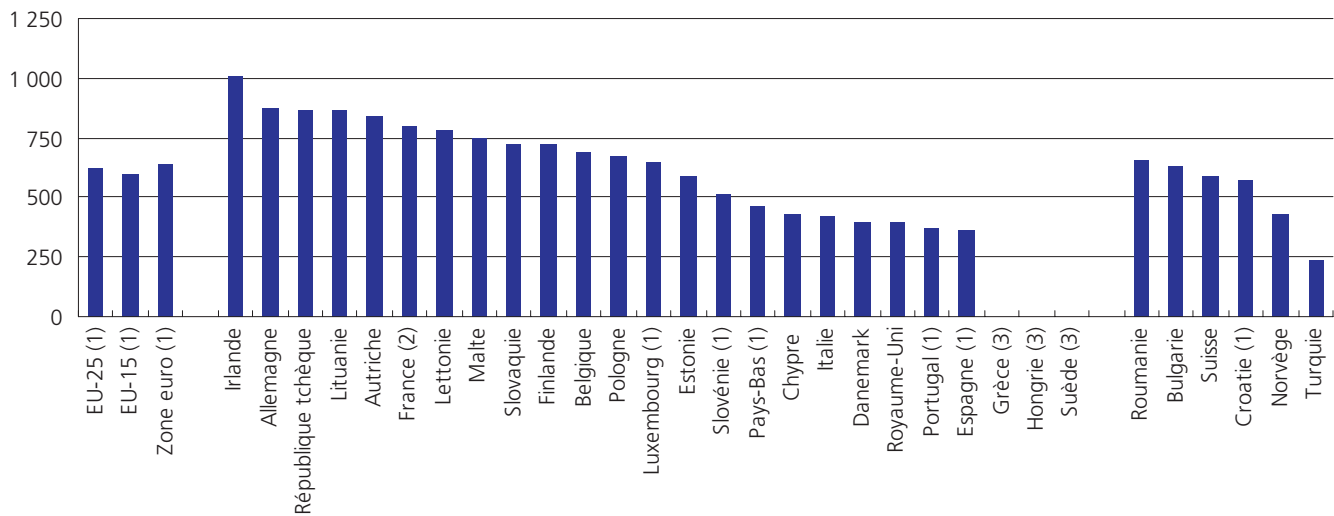
Il y a sortie d'un hôpital ou d'une autre infrastructure de soins à chaque fois qu'un patient (ou un résident) quitte cette structure en raison de son décès, d'une sortie contre avis médical ou d'un transfert. Le nombre de sorties est le moyen le plus souvent utilisé pour évaluer l'utilisation des services hospitaliers. On utilise les sorties, plutôt que les admissions, car les dossiers médicaux de l'hôpital pour les soins hospitaliers reposent sur des informations collectées au moment de la sortie.

Les dépenses de soins de santé sont définies comme la part dans le PIB des dépenses consacrées à la maladie/aux soins de santé. Ces dépenses couvrent les prestations en espèces qui remplacent, en partie ou en totalité, la perte de revenus occasionnée pendant une incapacité de travail temporaire due à une maladie ou un accident. Les soins médicaux dispensés dans le cadre de la protection sociale entretiennent, rétablissent ou améliorent la santé des individus protégés.

**Graphique 3.10: Lits d'hôpital, 2003**

(pour 100 000 habitants)

TPS00046



(1) 2002 au lieu de 2003.

(2) France métropolitaine.

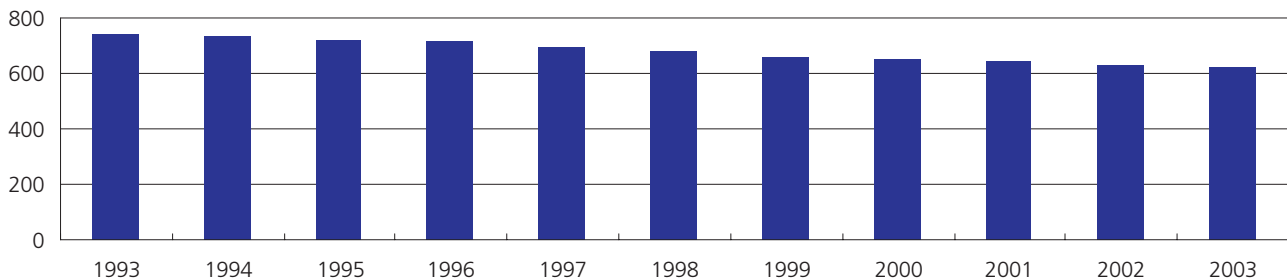
(3) Non disponible.

Lits destinés aux patients officiellement admis (ou hospitalisés) dans un établissement pour recevoir un traitement et/ou des soins et qui séjourne au moins une nuit à l'hôpital ou dans un autre établissement dispensant des soins hospitaliers. Les soins hospitaliers sont dispensés dans des hôpitaux, dans d'autres infrastructures de soins spécialisées ou dans des établissements qui sont classés en fonction du type de soins ambulatoires proposés, mais qui dispensent des soins hospitaliers comme activité secondaire.

**Graphique 3.11: Lits d'hôpital, EU-25**

(pour 100 000 habitants)

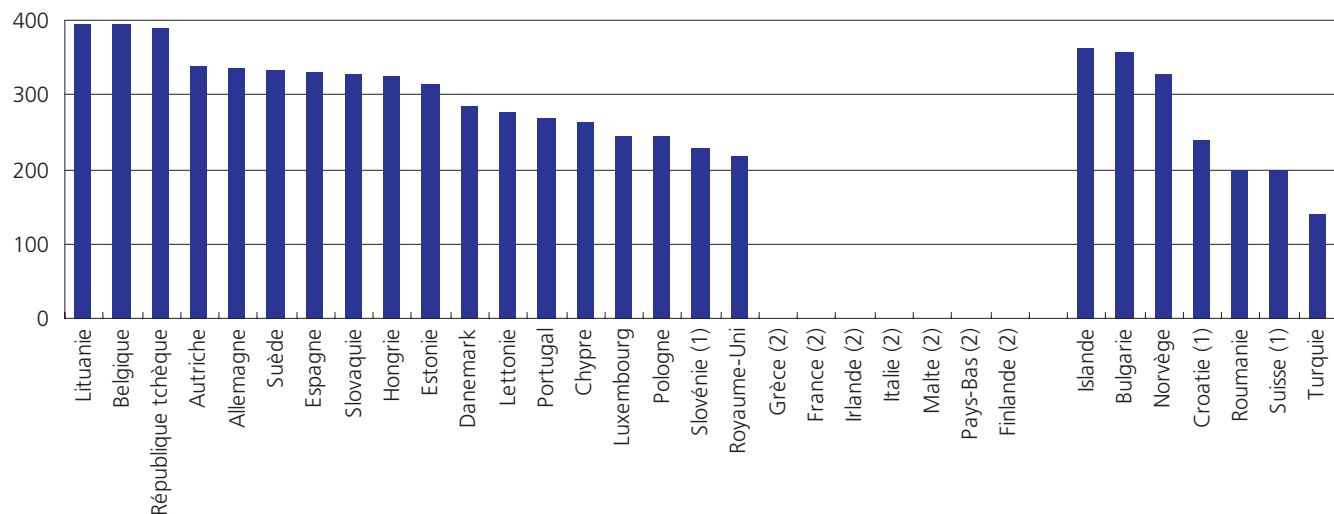
TPS00046



**Graphique 3.12: Nombre de médecins praticiens, 2003**

(pour 100 000 habitants)

TPS00044



(1) 2002.

(2) Non disponible.

Il peut s'agir de médecins autorisés à exercer, économiquement actifs ou praticiens. Des données pour au moins deux de ces concepts sont disponibles dans la plupart des États membres. Les médecins praticiens sont ceux qui voient des patients dans un hôpital, dans un cabinet ou dans tout autre lieu.

### LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Les statistiques européennes sur les accidents du travail et les maladies professionnelles répondent aux conditions formulées dans la stratégie communautaire en matière de santé et de sécurité au travail 2002-06<sup>(30)</sup> élaborée pour tenir compte de l'évolution de la société et du monde du travail. La stratégie adopte une approche globale du bien-être au travail, fondée sur des mesures préventives et l'établissement de partenariats entre tous les acteurs dans les domaines de l'emploi, de la santé et de la sécurité.

La santé au travail ne se limite pas à l'absence d'accidents ou de maladies professionnelles. Il s'agit également du bien-être physique, moral et social, considérés comme des facteurs tout particulièrement importants pour la qualité du travail et la productivité du personnel.

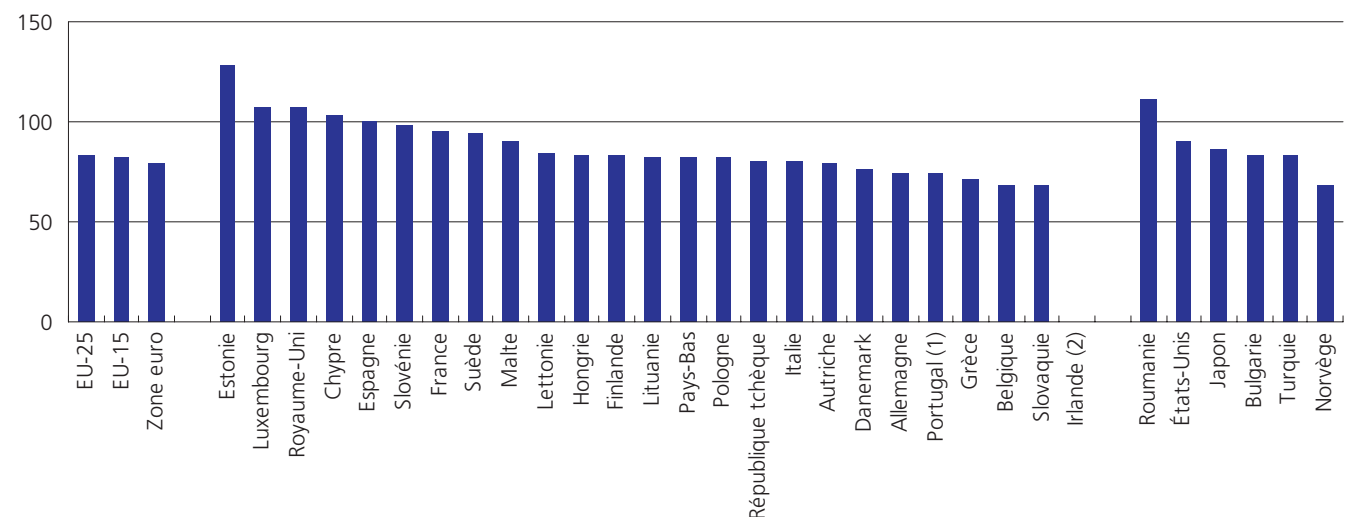
<sup>(30)</sup> Résolution du Conseil n° 2002/C 161/01 du 3 juin 2002 concernant une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail (2002-06) (JO C 161, 5.7.2002, p. 1) ([http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2002/c\\_161/c\\_16120020705fr00010004.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2002/c_161/c_16120020705fr00010004.pdf)).

Un accident du travail est un événement de courte durée occasionnant un préjudice physique ou psychologique. Sont exclus les accidents survenant sur le chemin du travail. Entre 1998 et 2003, le taux d'incidence des accidents du travail graves a diminué de 17 % dans l'EU-25, de même que dans la plupart des États membres (pour lesquels des données sont disponibles), à l'exception de l'Estonie, du Luxembourg et du Royaume-Uni.

Entre 1998 et 2003, le taux d'incidence des accidents du travail mortels a diminué de 23 % dans l'EU-25. Il convient de noter que le changement structurel s'opérant dans l'économie en faveur des services (où les risques de décès liés au travail sont en général moins élevés que dans les domaines agricole, industriel ou du bâtiment) est susceptible d'avoir une incidence partielle sur ces chiffres.

### Graphique 3.13: Accidents du travail graves, 2003

(1998 = 100, sur la base du nombre d'accidents graves pour 100 000 personnes occupées)



(1) 2002.

(2) Non disponible.

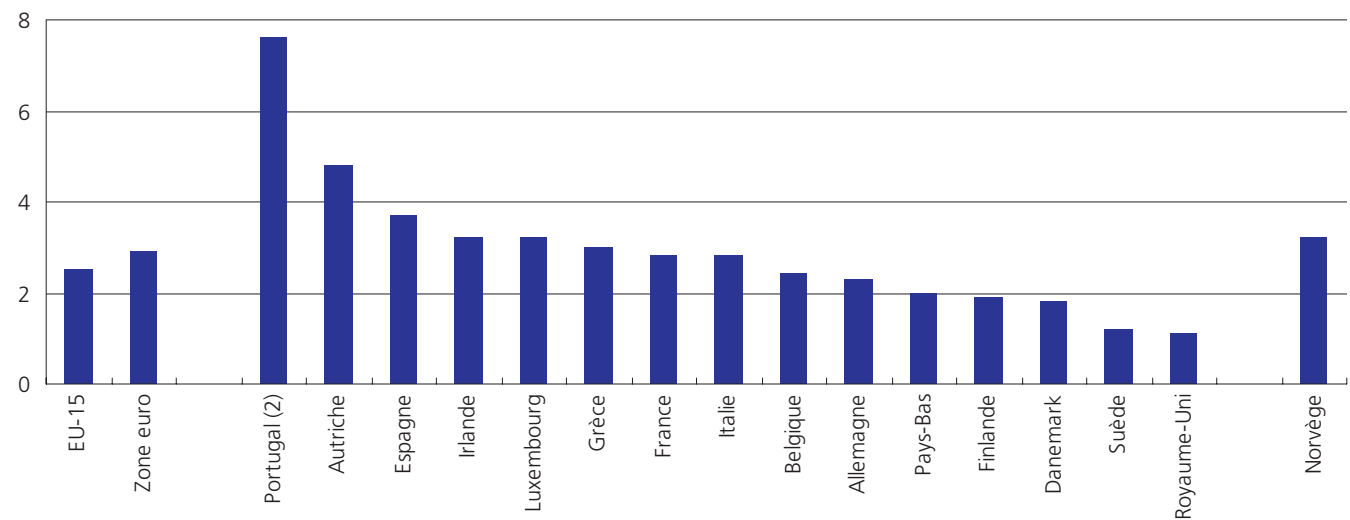
L'indice montre l'évolution du taux d'incidence des accidents du travail graves depuis 1998 (= 100). Le taux d'incidence = nombre d'accidents du travail avec plus de 3 jours d'arrêt de travail survenus durant l'année/nombre de personnes au travail dans la population de référence × 100 000. Un accident du travail est un événement de courte durée survenant au cours d'une activité professionnelle et occasionnant un préjudice physique ou psychologique. Sont inclus les accidents durant le travail de la victime hors de l'enceinte de son entreprise, même causés par des tiers et les empoisonnements aigus. Sont exclus les accidents sur le chemin du travail, les cas d'origine uniquement médicale et les maladies professionnelles.



## Graphique 3.14: Accidents du travail mortels, 2003 (1)

(pour 100 000 personnes occupées)

TPS00043



(1) Exclut les accidents de la circulation durant le travail. Aucune information n'est disponible pour les 10 États membres ayant rejoint l'UE en 2004.  
 (2) 2002.

Le taux d'incidence = nombre d'accidents du travail mortels survenus durant l'année/nombre de personnes au travail dans la population de référence  $\times 100\ 000$ . Un accident du travail mortel est un événement de courte durée survenant au cours d'une activité professionnelle et occasionnant un préjudice physique ou psychologique ainsi que le décès de la victime dans un délai d'un an à compter de l'accident. Sont exclus les accidents sur le chemin du travail, les cas d'origine uniquement médicale et les maladies professionnelles. Pour tenir compte des différences entre les États membres dans la répartition du personnel dans les branches à risque, on effectue une standardisation donnant à chaque branche le même poids au niveau national que dans l'ensemble de l'Union européenne.