

2003

La situation sociale
dans l'Union européenne



Commission européenne

La situation sociale dans l'Union européenne 2003

Remerciements

La DG Emploi et affaires sociales et Eurostat désirent remercier toutes les personnes qui ont contribué à ce rapport et particulièrement la DG Santé et protection des consommateurs et la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, l'Institute for Prospective technological Studies (IPTS) et le Centre européen pour le développement de la formation professionnelle (CEDEFOP).

Par ailleurs, la DG Emploi et affaires sociales désirent remercier pour leurs contributions dans la préparation de ce rapport les experts suivants : Professeur Elias Mossialos of LSE; Professor Géry Coomans of ISMEA; Professeur D^r M. Harvey Brenner de l'Université de Technologie de Berlin et de l'Université Johns Hopkins; Professeur Yannis Yfantopoulos de l'Université d'Athènes; Professeur Christian Haerpfer et D^r Claire Wallace de l'Institut d'Études Avancées de Vienne; and D^r Sjoerd Kooiker et D^r Jean-Marie Wildeboer Schut du Bureau de Planification Culturelle et Sociale, Pays-Bas.

Table des matières

Avant-propos	5
Section 1 – La situation sociale - Résumé	
Introduction	9
1.1. Les principaux développements sociaux	11
1.2. Santé et soins de santé dans l'Union européenne	16
1.3. La résilience du modèle social européen	26
Section 2 – La dimension sociale de la santé	
2.1. Tendances de la santé de la population européenne	29
2.2. Déterminants socio-économiques de la santé	51
2.3. Systèmes de soins de santé	69
2.4. Société et santé	89
Section 3 – Domaines de la politique sociale – Portraits statistiques	107
1. Situation économique	110
2. Population, ménages et familles	114
3. Vieillesse de la population	117
4. Immigration et asile	120
5. Éducation et ses résultats	122
6. Éducation et formation tout au long de la vie	125
7. Emploi	128
8. Emploi des travailleurs âgés	131
9. Chômage	134
10. Chômage des jeunes	136
11. Chômage de longue durée	138
12. Dépenses et recettes de protection sociale	140
13. Prestations sociales	143
14. Dépenses consacrées aux politiques du marché du travail	146
15. Répartition des revenus	148
16. Ménages à faibles revenus	151
17. Ménages sans emploi et bas salaires	154
18. Rôle des femmes et des hommes dans le processus décisionnel	156
19. Emploi des femmes et des hommes	159
20. Rémunérations des femmes et des hommes	162
21. Espérance de vie totale et espérance de vie en bonne santé	165
22. Accidents et problèmes de santé liés au travail	168
Annexes	173
Annexe I Principaux indicateurs sociaux par État membre	175
Annexe II Données statistiques – États membres de l'Union européenne	177
Annexe III Principaux indicateurs sociaux par État adhérent/pays candidat	195
Annexe IV Données statistiques – Pays candidats à l'adhésion à l'UE	197
Annexe V Symboles, pays et groupes de pays, autres abréviations et acronymes	207
Annexe VI Liste des Data Shops d'Eurostat	209

Avant-propos

Le rapport sur la situation sociale — publié chaque année depuis 2000 — propose une présentation globale de la dimension sociale de l'Union européenne. Il brosse un tableau général des conditions démographiques et sociales au regard desquelles s'élabore la politique sociale et il contribue au suivi des évolutions liées au domaine social dans les États membres. Par ailleurs, il établit de nombreux liens avec d'autres publications de la Commission, telles que *l'Emploi en Europe*, *les Relations industrielles en Europe*, et le *Rapport sur l'égalité des chances entre les femmes et les hommes dans l'Union*.

Une spécificité de ce rapport est qu'il combine des informations quantitatives harmonisées avec des données d'enquêtes sur l'opinion publique européenne. De cette façon, il se profile comme un document de référence, un portrait général de la situation sociale de l'Union complété par une présentation des attitudes et perceptions de la population.

Cette année, le rapport se penche plus particulièrement sur les questions liées à la santé des Européens. De plus, le rapport propose aussi une information statistique assez complète au niveau de l'Union européenne, ce qui représente 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

Section I

La situation sociale – Résumé

Introduction

Le quatrième *Rapport annuel sur la situation sociale de l'Union européenne* est divisé en trois parties. La première partie donne une vue d'ensemble des principales tendances sociales et économiques en Europe, étayées par des faits et des chiffres. Elle présente aussi 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. Cette partie s'achève sur une brève analyse du modèle social européen.

La deuxième partie propose un examen approfondi des développements dans le domaine social qui ont un impact sur la santé. Les résultats d'analyses et de recherches, quantitatives aussi bien que qualitatives, sont présentés sous quatre chapitres : tendances de la santé de la population européenne, déterminants socio-économiques de la santé, systèmes de soins de santé et société et santé.

Comme les années précédentes, la troisième partie présente un ensemble d'indicateurs sociaux harmonisés pour chaque État membre. 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.

1.1. Les principaux développements sociaux

1.1.1. 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.

1.1.2. 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....

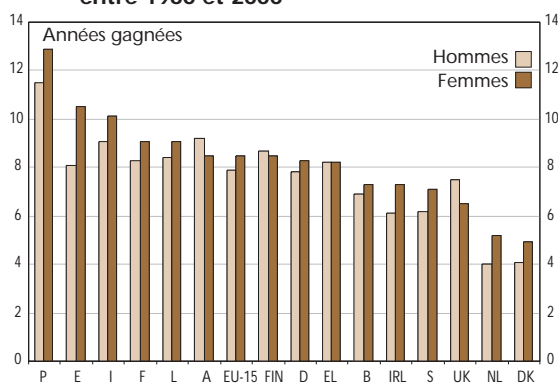
La population de l'Union européenne vieillit et les taux de dépendance des personnes âgées vont croître. Bien que la fécondité ait légèrement augmenté et soit passée de 1,45 enfant par femme en 1999 à 1,47 enfant en 2001, elle est toujours largement inférieure au niveau de remplacement des générations (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 à 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 l'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 à 2020, la part des personnes âgées se rapprochera des niveaux de l'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 l'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 l'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.

1.1.3. 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 l'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 à 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 l'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.

1.1.4. 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 (PPA), 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 l'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.

1.1.5. 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'inégalités. 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 90, 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 l'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 que ce n'est le cas 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.

1.1.6. 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 à 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 l'EU-15 à l'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 ne 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, p. 13.

1.2. Santé et soins de santé dans l'Union européenne

1.2.1. 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 : *Macroéconomie et santé: investir dans la santé pour le développement économique*, OMS, 2001, 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, 2002.

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.

À la fin des années 90, 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 œuvre 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 L OJ 271/1 du 9.10.2002, P. 1. Décision n° 1786/2002/CE.

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.

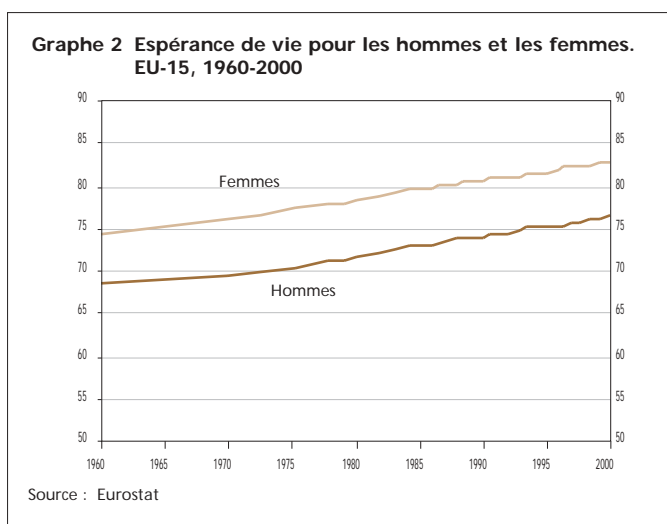
22 COM(2002) 118 final - S'adapter aux changements du travail et de la société: une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité 2002-2006.

1.2.2. 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 l'UE-15 était de 78 ans (75 ans pour les hommes et 81 ans 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.



L'espérance de vie a augmenté au cours du XX^e 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 de l'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.

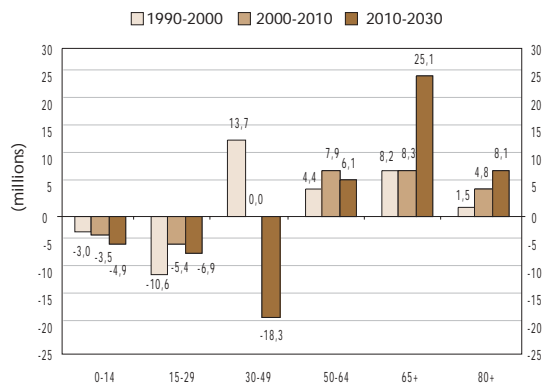
Les personnes vivant plus longtemps, la mortalité et la morbidité évoluent vers des âges de plus en plus avancés. Les principales causes de décès sont les maladies du système circulatoire (environ 40 % du total des décès), le cancer (un quart des décès), les maladies du système respiratoire, les maladies 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 : Macroéconomie et santé: investir dans la santé pour le développement économique, OMS, Genève, 2001 (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".

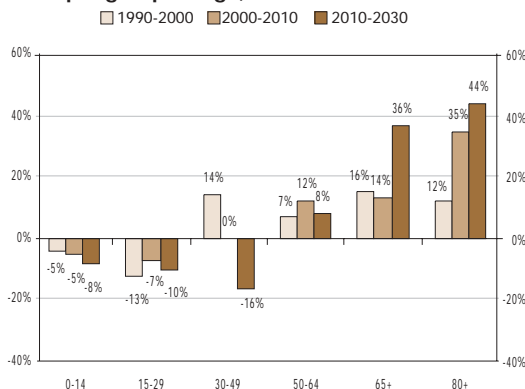
24 Ce ralentissement s'explique, en partie, par la nature de l'indicateur. Pour une année donnée, l'espérance de vie est l'âge moyen qu'un nouveau-né peut espérer atteindre si les taux de mortalité de l'année en question restent inchangés. Étant donné que le nombre total d'années de vie perdues par une 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

Grphe 3 Évolution 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

Grphe 4 Évolution 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 est attribué 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.

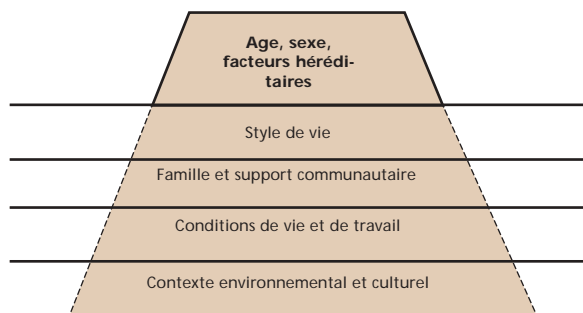
1.2.3. Les déterminants de la santé de la population

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 automobile 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.

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.

Ils peuvent faciliter l'accès aux 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 l'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 person-

nes à faibles revenus tendent à recourir aux médecins généralistes³¹. 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 de l'EU-15 déclare fumer régulièrement. La prévalence du tabagisme parmi les hommes est supérieure à celle des femmes dans l'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 AVCI³⁴ et le cholestérol et la masse corporelle sont responsables de 6 à 7 % des AVCI 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

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.

due à des causes extérieures: essentiellement des accidents 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 à la base de questions importantes 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.

1.2.4. 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 culminant 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

35 Britton, A. & McKee, M., '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 - Budgetary Challenges posed by ageing populations, 2001.

le Sud, sous l'effet de l'évolution des structures familiales. 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 aux 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.

1.2.5. 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

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

40 Jack Hadley : 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, 2002.

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 présente publication.

43 Voir Wallace, C., Haerper, 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.

en même temps plus individualisés, ainsi que l'accès à un 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'accèsibilité, 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 a déjà plus de 45 ans et dans cinq autres États membres, près d'un infirmier ou d'une infirmière sur deux a 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.

1.3. 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'Union⁴⁷. 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 sociale.

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.

Section 2

La dimension sociale de la santé

2.1 Tendances de la santé de la population européenne

- La santé des citoyens de l'Union européenne s'est considérablement améliorée, comme l'indique l'évolution des courbes de mortalité et de morbidité. La population européenne se caractérise par une faible mortalité et une grande espérance de vie à la naissance. Au cours des quarante dernières années, ce dernier indicateur a progressé de huit ans pour les deux sexes. Bien que l'espérance de vie des femmes compte six années de plus que celle des hommes, en raison d'une mortalité masculine plus élevée tout au long du cycle de vie, l'écart commence à se réduire dans la mesure où, au cours de la dernière décennie, l'espérance de vie a progressé davantage pour les hommes que pour les femmes dans la majorité des États membres.
- La mortalité se concentre de plus en plus dans le groupe des personnes âgées et comme la mortalité infantile est actuellement très faible, les nouveaux allongements de l'espérance de vie dépendent désormais de la réduction de la mortalité parmi les personnes âgées et de la prolongation de la longévité.
- Il y a deux exceptions à la tendance générale de la hausse des taux de mortalité avec l'âge: la mortalité au cours de la première année de la vie et la mortalité des jeunes. Réduire encore le niveau de mortalité infantile et juvénile peut être considéré comme un enjeu de santé publique.
 - Même dans les sociétés très développées, la première année de vie reste une période marquée par des risques spécifiques de mortalité qui se reflètent dans les niveaux de mortalité infantile. Ils ont diminué au cours des dernières décades dans tous les États membres, qui présentent actuellement les niveaux de mortalité infantile parmi les plus bas du monde. Néanmoins, la persistance de différences entre les groupes sociaux ou les territoires démontre qu'il est possible de réaliser de nouveaux progrès.
 - L'amélioration de la santé des jeunes n'a pas suivi le même rythme que pour l'ensemble de la société et les jeunes, les jeunes hommes en particulier, connaissent aujourd'hui des taux de mortalité élevés liés à leur comportement et leurs modes de vie. L'abus de drogue, notamment d'alcool, est souvent à l'origine du nombre excessif de décès des jeunes dus à des causes externes: principalement les accidents de voiture mais aussi les autres types de morts violentes, suicides, etc.
- Les maladies chroniques et dégénératives gagnent en importance en tant que causes de décès, étant donné que la mortalité se concentre progressivement dans le groupe des personnes âgées. Les plus fréquentes sont les maladies du système circulatoire (quelque 40 % de tous les décès) et le cancer (un quart de tous les décès), les maladies du système respiratoire ou du système digestif, et les accidents ou intoxications, y compris les accidents de la route. Néanmoins, cette courbe générale varie en fonction du sexe et surtout de l'âge.
- La morbidité aussi se concentre de plus en plus dans le groupe des personnes âgées. Les chiffres montrent que les troubles mentaux (neuropsychiatriques), les traumatismes, les maladies cardiovasculaires, les maladies ostéo-articulaires et des muscles ainsi que le cancer sont les principales causes d'invalidité.
- En conséquence de l'allongement de l'espérance de vie et des modifications de la fécondité, 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 part de ceux qui sont en âge de travailler (de 15 à 64 ans) diminue. Ces évolutions démographiques auront des conséquences économiques et sociales dans nombre de domaines, notamment les systèmes de santé et de soins, à mesure que la mortalité et la morbidité touchent les personnes plus âgées.
- L'effet du vieillissement de la population sur le coût futur de la santé est au centre d'un débat. Le nombre de personnes âgées n'est cependant que l'un des grands moteurs des coûts futurs, liés à la fois à la demande et à la prestation de soins de santé. La combinaison corollaire de tous les facteurs de demande et d'offre est difficile à prévoir et les projections doivent être traitées avec prudence. Pour la prestation des soins de santé, la principale tendance démographique est l'extension du groupe des personnes âgées de plus de 80 ans, dans un contexte où la taille des ménages diminue et où les familles sont moins en mesure d'assurer le niveau croissant de soins nécessaires.
- Bien que les normes sanitaires s'améliorent actuellement dans les États adhérents et les pays candidats, elles sont généralement inférieures à celles des États membres de l'UE. Il existe de grandes disparités de santé entre les États adhérents et les pays candidats, Chypre et Malte présentent des performances dans le domaine de la santé comparables aux États membres méditerranéens. La mortalité et la mortalité infantile sont plus élevées et l'espérance de vie inférieure, avec une plus grande incidence des maladies non infectieuses (surtout les cardiopathies, les maladies du système circulatoire et le cancer), des maladies infectieuses et des morts violentes. Pour ce qui est de la santé et des soins, les transformations actuelles de la structure d'âge (vieillesse) et de celle des structures familiales signifient que les États adhérents et les pays candidats connaîtront les mêmes défis démographiques que les États membres actuels.

Introduction

Les tendances démographiques sont une composante essentielle de l'évolution de la santé. Cette présentation des données et des questions relatives à la santé des Européens commence dès lors par une analyse des implications pour la santé de l'évolution actuelle de la démographie de l'Union.

Le vieillissement de la population européenne se traduira vraisemblablement par des besoins croissants de services de santé et de soins de longue durée. Ces prévisions se basent sur deux évolutions. Premièrement, un nombre de plus en plus grand (en termes absolus et relatifs) de personnes atteint un âge très avancé. Deuxièmement, la mortalité et la morbidité touchent désormais ces groupes plus âgés.

2.1.1. Impact de la dynamique démographique sur la santé

La tendance démographique et ses implications: la population de l'UE est de plus en plus âgée...

La population européenne est de plus en plus vieille. L'espérance de vie croissante et les modifications de la fécondité donnent à penser que le vieillissement sera encore plus marqué au cours des prochaines décennies dans les États membres, quand la génération du "baby-boom" d'après-guerre atteindra l'âge de la retraite (à partir de 2010). D'après les scénarios de référence d'Eurostat, le nombre de personnes de 65 ans et plus devrait augmenter de 25 millions entre 2010 et 2030 (une hausse relative de 36 %), tandis que la population de moins de 50 ans diminuera. Cette tendance se poursuivra jusque vers le milieu des années 2040, moment où la fraction de personnes âgées commencera à diminuer quand les cohortes du "baby-boom" seront remplacées par les générations plus récentes, moins nombreuses. Ces tendances démographiques auront des conséquences économiques et sociales dans plusieurs domaines, avec des implications politiques importantes pour l'emploi et le marché du travail, les systèmes de pension et les systèmes de santé et de soins.

Pour la prestation des soins de santé, la principale tendance démographique est l'élargissement du groupe des personnes âgées plus de 80 ans. Ce groupe augmentera de huit millions de personnes entre 2010 et 2030, une progression de 44 % – encore plus forte que celle des autres cohortes âgées. Cette tendance lance un défi supplémentaire: actuellement, la majorité des personnes de plus de 80 ans qui ont besoin de soins et d'assistance permanente sont prises en charge chez elles par leur famille, tandis que la proportion de prestataires de services profession-

nels est assez faible et extérieure au système national de soins de santé dans la plupart des États membres. À l'avenir, la taille des ménages diminuera et les familles seront moins en mesure d'assurer les soins nécessaires, accroissant l'importance du rôle des soignants formels et informels. Ces effets seront particulièrement exacerbés quand la génération du "baby-boom" d'après-guerre, dont la fécondité a été nettement inférieure à celle de ses parents, atteindra l'âge de la grande dépendance.

...et la mortalité et la morbidité touchent désormais les âges plus avancés.

Dans le vaste cadre de la transition démographique, le modèle de la "transition épidémiologique" a été créé dans les années 70 pour expliquer les variations des tendances de mortalité¹. Les anciennes courbes, caractérisées par une forte mortalité infantile et la présence marquée de maladies infectieuses, ont été remplacées par de nouvelles, où la mortalité se concentre de plus en plus sur des groupes d'âge plus avancés et où les cancers et les maladies circulatoires deviennent les principales causes de décès.

D'après ce modèle de transition épidémiologique, l'amélioration des taux de mortalité résulte d'une série complexe de facteurs liés à la modernisation sociale. Les plus pertinents pour l'Union européenne semblent être le progrès économique et social couplé à une amélioration de la qualité de la vie, suivi par les progrès scientifiques et médicaux et l'amélioration des soins de santé.

Après le modèle de transition épidémiologique, le modèle de "transition sanitaire" a été introduit au milieu des années 80². Il recherche les raisons qui sous-tendent l'évolution de l'état de santé et recourt aux changements environnementaux, biologiques, sociaux, culturels et économiques pour expliquer les tendances passées de la mortalité et de la morbidité, et décrire les différentes situations sanitaires actuelles et leur future évolution possible. Ce cadre d'analyse inscrit le changement des courbes de mortalité et de morbidité de l'Union européenne dans le processus d'un passage des maladies infectieuses aux affections dégénératives et chroniques, qui se concentrent progressivement dans le troisième âge³. Dans ce contexte, l'évolution future de la structure d'âge de la population et l'augmentation corollaire du nombre de personnes âgées peuvent être considérées comme un défi pour l'avenir des systèmes européens de santé et de soins.

Le présent chapitre se concentre sur les caractéristiques actuelles de la mortalité et de la morbidité dans l'Union européenne, et termine sur quelques réflexions sur les conséquences du vieillissement de la population pour les dépenses de soins de santé.

1 Omram A. R. : "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change", *Milbank Mem. Fund. Q.* (49), 1971, p. 509-583.

2 La formulation la plus connue de cette théorie est celle de Frenk, entre autres. Voir par exemple : Frenk J. e.a. : "Elements for a theory of the health transition", *Health transition review* (1), 1991, p. 21-37.

3 Dans les pays industrialisés, le processus qui a débuté au dix-neuvième siècle était dû aux changements des facteurs de risque comme la plus grande disponibilité de nourriture, l'infrastructure de santé publique et les modes de vie des individus. Ces transformations ont été possibles grâce aux changements économiques et sociaux provoqués par l'industrialisation et la modernisation. D'autre part, dans les pays en développement, où les taux de mortalité ont baissé beaucoup plus tard, ce sont les progrès médicaux (vaccins, nouveaux médicaments et améliorations des traitements hospitaliers) qui ont contribué à réduire les taux de mortalité sans affecter le niveau de risque pour la population.

2.2.2. Tendances de la mortalité dans l'Union européenne

Si elle est mesurée par l'indicateur connu sous le nom de taux de mortalité brut⁴, la mortalité de la population européenne a baissé au cours de la première moitié du XX^e siècle. Les principales raisons en sont l'amélioration des conditions de vie, en termes d'hygiène, d'éducation et d'alimentation, ainsi que d'autres facteurs tels que le développement des systèmes de santé nationaux et les progrès scientifiques et médicaux. Cette tendance à la baisse a été interrompue seulement par quelques événements marquants, notamment des épidémies (la grippe espagnole en 1918, par exemple) et les deux Guerres mondiales.

Le taux de mortalité brute est cependant resté plus stable au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, avec des taux voisins de 10 morts par 1 000 habitants. Cette stabilité (une augmentation même dans plusieurs États membres) dans un contexte de longévité croissante est due principalement au processus de vieillissement: cet indicateur est influencé par la modification de la structure d'âge de la population⁵. Dès lors, d'autres indicateurs, basés sur des structures d'âge normalisées, comme les taux normalisés de mortalité ou d'espérance de vie, sont de meilleurs indicateurs des tendances de mortalité.

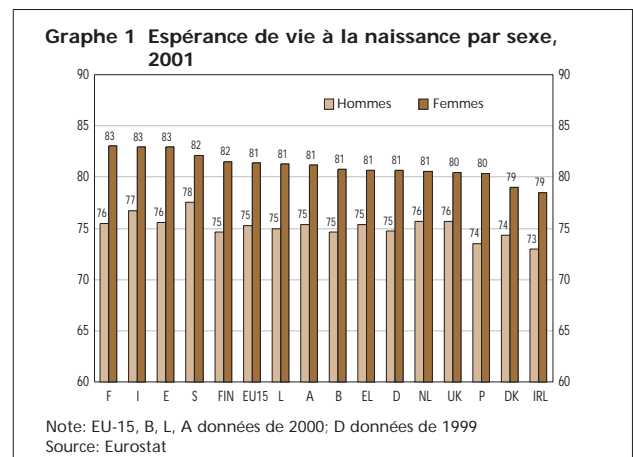
L'espérance de vie à la naissance s'allonge encore mais à un rythme plus lent.

En 2000, l'espérance de vie moyenne à la naissance dans les quinze pays de l'Union européenne était de 78 ans (75 pour les hommes et 81 pour les femmes), une valeur un peu plus élevée qu'aux États-Unis (74 ans pour les hommes, 80 ans pour les femmes) mais plus faible qu'au Japon (respectivement 78 et 84 ans)⁶. Les chiffres actuels équivalent à une augmentation de 33 ans au XX^e siècle, partant d'une espérance de vie moyenne estimée à 45 ans en 1900⁷. En 1960, l'espérance de vie dans l'Europe des Quinze était déjà de 70 ans (67 ans pour les hommes et 73 ans pour les femmes). L'espérance de vie a augmenté de 25 années dans les 60 premières années du XX^e siècle, puis, et au cours des quatre dernières décennies, elle a encore progressé de 8,2 ans⁸ (7,9 pour les hommes, 8,5 pour les femmes). L'espérance de vie masculine était de 68 ans en 1970, 71 en 1980, 73 en 1990⁹ et enfin 75 ans en 2000. Au cours de la même période, l'espérance de vie féminine atteignait 75 ans en 1970, 77 en 1980, 79 en 1990 et 81 ans en 2000.

Avant les années 50, l'augmentation rapide de l'espérance de vie à la naissance reposait pour l'essentiel sur le recul de la mortalité infantile et des maladies infectieuses. Dans le contexte de l'amélioration des conditions de vie, ces progrès

se sont d'ailleurs considérablement accélérés, entre autres, avec la diffusion des vaccins, l'arrivée des sulfamides entre les deux guerres et des antibiotiques pendant la Seconde Guerre mondiale. Mais, à l'aube des années 60, les bénéfices du recul de la mortalité infantile et des maladies infectieuses étaient pratiquement épuisés. La mortalité s'est progressivement déplacée vers les groupes d'âges plus avancés et les maladies cardiovasculaires et le cancer sont devenus les principales causes de décès¹⁰.

En conséquence de ces nouveaux schémas, l'espérance de vie a progressé à un rythme plus lent après 1960 et avec des écarts très marqués entre l'Europe occidentale et orientale. Alors que les décès dus à des causes cardiovasculaires ont diminué dans tous les pays d'Europe occidentale, allongeant l'espérance de vie dans l'Union européenne, ils ont augmenté en Europe centrale et orientale de 1965 à 1985. Au début des années 90, la transition politique et économique a également eu un sérieux impact dans les pays d'Europe centrale et orientale, accroissant la mortalité (surtout les morts violentes, notamment les suicides) et diminuant l'espérance de vie. Dès lors, l'espérance de vie à la naissance est actuellement plus élevée dans les États membres de l'Union (chiffres nationaux de 73 à 78 ans pour les hommes et de 79 à 83 ans pour les femmes), que dans les États adhérents et les pays candidats d'Europe centrale et orientale (de 65 à 72 ans pour les hommes et de 75 à 78 ans pour les femmes)¹¹. Par ailleurs, les chiffres sont nettement plus bas dans les autres pays d'Europe orientale comme la Russie, l'Ukraine, etc.



Aujourd'hui, dans la mesure où la mortalité des jeunes reste très basse dans l'Union, les nouveaux progrès de l'espérance de vie à la naissance dépendent de plus en plus de la capacité à prolonger la durée de vie des personnes âgées et à réduire les décès évitables (comme les accidents de la route).

4 Pour un territoire donné, il est calculé à l'aide du nombre de décès au cours d'une période donnée divisé par le nombre total moyen d'habitants au cours de cette période.

5 Le vieillissement suppose une proportion plus grande de personnes âgées à un moment où la mortalité se concentre plus dans le troisième âge.

6 Source: Eurostat base de données NewCronos.

7 Moyenne de 43 pays européens. Source: Vallin J., Meslé F. : "Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle" (Conseil de l'Europe), 2001.

8 La nature de l'indicateur explique en partie ce ralentissement. Pour une année donnée, l'espérance de vie est l'âge moyen qu'un nouveau-né peut espérer atteindre en cas de maintien des taux de mortalité de cette année. Dans la mesure où le nombre total d'années de vie perdues par une personne qui décède au cours de sa première année de vie est beaucoup plus élevé que celui d'une personne qui décède à 65 ans par exemple, l'espérance de vie est plus sensible à la réduction de la mortalité infantile qu'à l'accroissement de la longévité à un âge plus avancé.

9 Toutefois, l'espérance de vie masculine a cessé d'augmenter dans certains États membres méridionaux au cours de la deuxième moitié des années 1980 et au début des années 1990 en conséquence de l'augmentation de la mortalité par le SIDA et les accidents de la route touchant les jeunes hommes. On observe une tendance similaire pour les femmes dans certains États membres nordiques. Les indications trouvées pour le Danemark montrent que le cancer du poumon, lié à la forte consommation de tabac par les femmes, est l'une des causes de la faiblesse relative de l'espérance de vie des Danois.

10 Source: Vallin J., Meslé F. : "Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle" (Conseil de l'Europe), 2001.

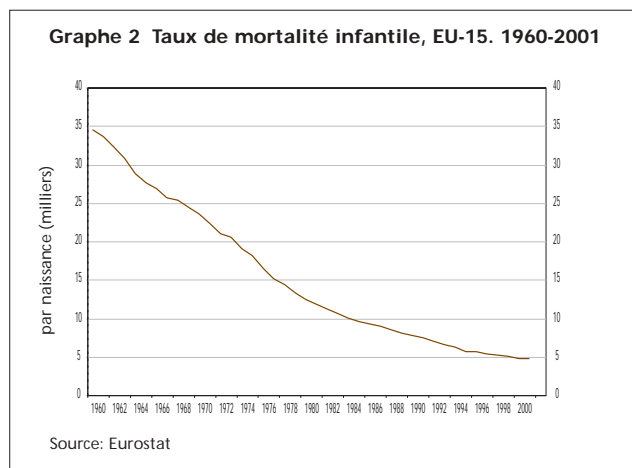
11 Source: Eurostat base de données NewCronos.

Caractéristiques de la mortalité dans les États membres de l'UE.

Les risques de décès et partant, le taux de mortalité dépendent de l'âge, du sexe, de la situation familiale et du lieu de résidence, entre autres facteurs. Ces variations de la mortalité différentielle, ainsi que les tendances par cause de décès, sont détaillées ci-après.

Tendances de la mortalité par âge

Le recul de la mortalité a été particulièrement significatif pour les très jeunes, comme l'indique le taux de mortalité infantile¹². Cet indicateur, qui a diminué tout au long du vingtième siècle, est actuellement très bas principalement en raison de la baisse de la mortalité exogène (causes externes), surtout des décès infectieux grâce aux changements sociologiques, économiques et médicaux – meilleure alimentation, par exemple, généralisation des politiques de prévention (pratiques quotidiennes plus saines) et progrès scientifique et médical (vaccins et médicaments).



La mortalité infantile continue à baisser dans les États membres, mais à un rythme plus lent. Cela s'explique par deux grandes raisons: premièrement, les améliorations supplémentaires sont malaisées en raison du niveau actuel très bas. Deuxièmement, l'essentiel de la mortalité infantile actuelle n'est pas dû à des facteurs externes mais internes, notamment des problèmes congénitaux, plus difficiles à éradiquer. Toutefois, les progrès du traitement médical en obstétrique et en néonatalogie, par exemple dans le cas des naissances prématurées, réduisent l'incidence de ce type de mortalité. De plus, la persistance de disparités des taux de mortalité infantile actuels entre les groupes sociaux ou les zones géographiques montre que de nouvelles améliorations peuvent être réalisées en mettant en œuvre des politiques de santé axées sur les groupes à risque. En ce sens, le taux de mortalité infantile peut être considéré comme une variable représentative des inégalités existantes au sein d'une population.

Les jeunes constituent un autre groupe d'âge dont les caractéristiques de mortalité ont changé ces dernières décennies. Mais ces mutations ne sont pas positives par suite de plusieurs causes de décès caractéristiques des jeunes, en particulier des jeunes hommes, et qui sont liées au comportement. La diminution de leur incidence dépend donc plus d'un changement du mode de vie que des progrès de la médecine. En fait, les accidents, les intoxications et la violence – toutes causes externes – sont les principales causes de décès parmi les jeunes (de 15 à 24 ans) dans tous les États membres. Si l'on examine cette tendance en détail, on constate que les accidents de véhicule à moteur sont responsables de la majorité des morts accidentelles, avec des différences prononcées selon le pays et le sexe: les taux masculins sont nettement plus élevés que les taux féminins. C'est le cas également des suicides, dont les taux masculins sont trois fois supérieurs aux taux féminins. Par ailleurs, les taux de suicide varient entre les États membres d'un facteur dix environ pour les deux sexes, avec un minimum en Grèce et un maximum en Finlande¹³. Il convient de noter toutefois que, pour des raisons culturelles, les chiffres sur les suicides peuvent être sous-évalués dans certains États membres.

Des études récentes en Finlande, qui ont examiné ces tendances plus en détail, suggèrent que l'abus de drogues, notamment d'alcool, est souvent un commun dénominateur des suicides et de la mort des jeunes par causes externes. Cela confirme qu'il faut un changement de comportement pour réduire l'incidence de ces causes de décès.

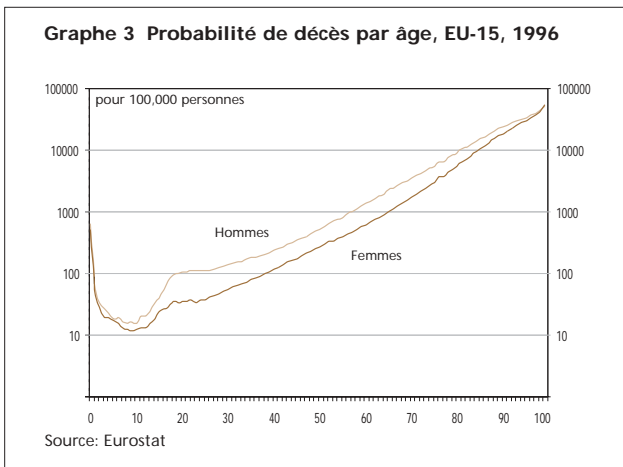
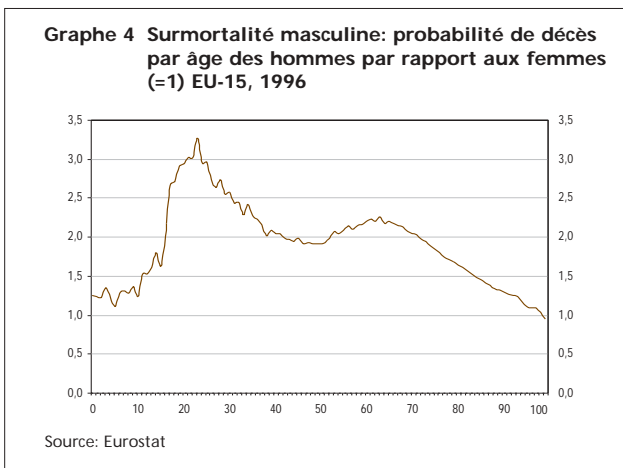
Toutefois, ces récentes tendances de la mortalité des jeunes font exception à une courbe générale de recul de l'âge du décès et d'augmentation de la longévité dans l'Union. Comme la mortalité se concentre de plus en plus dans les groupes plus âgés, des caractéristiques plus individuelles liées au mode de vie et à des facteurs biologiques influencent la longévité, en plus des traditionnels facteurs économiques et sociaux¹⁴. Il faut toutefois plus de preuves pour expliquer les variations de l'espérance de vie des personnes très âgées et mettre en évidence les facteurs qui influencent la longévité.

Le graphique suivant présente les courbes de mortalité des différents groupes d'âge. Il reprend les taux européens actuels de mortalité par âge des hommes et des femmes. Comme expliqué, les taux de mortalité augmentent généralement avec l'âge. Toutefois, même dans les pays développés, la première année de la vie reste une période relativement risquée. Les taux masculins progressent plus vite que les taux féminins, parce qu'ils sont plus affectés par les accidents de la route et les morts accidentelles, les suicides, le SIDA et d'autres maladies en rapport avec le "mode de vie masculin". Cette distribution par âge explique l'espérance de vie plus faible pour les hommes, bien que cette tendance commence à changer aujourd'hui dans plusieurs États membres, comme discuté ci-après.

12 Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre de décès d'enfants de moins d'un an et le nombre de naissances.

13 Source: Eurostat base de données NewCronos.

14 Ainsi, la recherche récente sur les centenaires dans plusieurs îles méditerranéennes, comme la Crète et la Sardaigne, a mis en évidence l'importance à la fois des facteurs génétiques et du mode de vie (comme une alimentation saine et l'exercice régulier).

Graphe 3 Probabilité de décès par âge, EU-15, 1996**Graphe 4 Surmortalité masculine: probabilité de décès par âge des hommes par rapport aux femmes (=1) EU-15, 1996**

La spécificité de genre des courbes de mortalité

La "surmortalité masculine" (écart entre les taux de mortalité masculin et féminin pour différents groupes d'âge), qui résulte en une espérance de vie plus faible pour les hommes, est un phénomène bien connu dans tous les États membres ainsi que dans la majorité des autres nations du monde¹⁵. En outre, l'écart entre les sexes a augmenté au cours du dernier siècle.

Le graphique figurant ci-dessus montre que les hommes ont un risque de mortalité plus élevé que les femmes à tout âge. Cette surmortalité est particulièrement prononcée entre 20 et 25 ans: les hommes sont alors environ trois fois plus susceptibles de mourir que les femmes. La surmortalité masculine connaît une deuxième crête entre 50 et 70 ans: les hommes risquent alors près de deux fois plus de mourir. La surmortalité des hommes de cette dernière tranche d'âge est le déterminant le plus fort de la différence entre l'espérance de vie masculine et féminine puisque, même si la surmortalité est moins grande que chez les jeunes, elle concerne un plus grand nombre de personnes.

Si l'on analyse les principales causes de décès aux âges où la surmortalité masculine est plus élevée¹⁶, on constate un lien avec certains modes de vie par âge. Ceux-ci supposent une plus grande consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues, une incidence supérieure des accidents mortels au travail et sur la route, qui traduisent une plus grande exposition des hommes que des femmes aux facteurs de risque. Dès lors, bien que les inégalités de mortalité par sexe soient conditionnées par des facteurs biologiques, elles sont attribuables principalement à des causes sociales.

Les facteurs sociaux qui affectent la surmortalité masculine ne sont cependant pas immuables. Le comportement des hommes et des femmes devient plus semblable puisque les femmes adoptent des pratiques traditionnellement masculines. De ce fait, les espérances de vie masculine et féminine, divergentes au siècle dernier, commencent à converger. Cela s'observe à l'échelle de l'Union (où l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 2,5 ans pour les hommes de 1990 à 2000 et de 2 ans seulement pour les femmes) et dans la majorité des États membres. Ces dix dernières années, l'espérance de vie des femmes a augmenté plus que celle des hommes en Grèce, en Espagne et au Luxembourg uniquement, tandis qu'au Portugal, la progression était identique pour les deux¹⁷.

La mortalité infantile (touchant les enfants de moins d'un an) affiche également une certaine surmortalité masculine. À cet âge, la mortalité exogène (causes liées à l'environnement) est moins importante que la mortalité endogène (due à des facteurs génétiques) et cette dernière touche plus de bébés masculins. Il s'agit ici du seul cas où les facteurs biologiques expliquent mieux que les facteurs sociaux la surmortalité masculine.

Mortalité et situation familiale

Plusieurs études montrent que les personnes mariées ont une espérance de vie plus longue que les célibataires, les divorcés et les veufs¹⁸. Certains chercheurs affirment que la différence entre les deux groupes s'est creusée dans tous les pays pour lesquels des chiffres sont disponibles, des années 50 aux années 70, voire au début des années 80. Les résultats sont cependant plus complexes si l'on examine de plus près les chiffres absolus et relatifs des différences de mortalité et que l'on analyse séparément les personnes en âge de travailler et les personnes plus âgées¹⁹.

- Pour les 45 à 54 ans, les données indiquent que la surmortalité relative de la population active non mariée a augmenté chez les hommes et les femmes, alors qu'elle a diminué en chiffres absolus, puisque les taux de mortalité ont baissé. Il y a en outre des écarts importants entre les pays. La surmortalité, tant absolue que relative, a augmenté en Hongrie, mais baissé en Suède.

15 Seuls certains pays en développement, où la situation sociale, culturelle et politique des femmes est particulièrement défavorable, affichent une surmortalité féminine.

16 Les maladies cardiovasculaires et le cancer pour les 50-70 ans et les accidents parmi les jeunes hommes.

17 Source: Eurostat base de données NewCronos.

18 Source: Hu Y., Goldman N. : "Mortality differentials by marital status: An international comparison". In Demography, 27 (2), 1990, p. 233-250.

19 Valkonen T. : " Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle " (Conseil de l'Europe), 2001.

- Quand on analyse la mortalité différentielle par situation de famille des 65 à 74 ans, la surmortalité absolue et la surmortalité relative des non-mariés ont toutes deux augmenté, surtout parmi les femmes (dans tous les pays sauf la Pologne et la Grèce).

L'effet protecteur du mariage ou l'effet contraire pour les non-mariés semble dès lors avoir progressé, mais avec quelques exceptions. Valkonen argue cependant que cette évolution ne s'explique pas de façon univoque: il est peu probable qu'elle résulte simplement de l'effet de sélection négatif des célibataires, dans la mesure où la surmortalité s'observe également chez d'autres non-mariés. Le rôle important des réseaux sociaux (et plus précisément des réseaux sociaux plus faibles pour les non-mariés) peut expliquer ces différences en partie. En effet, on trouve en Finlande des preuves étayant cette thèse. Elles sont examinées au chapitre 2.4 du présent rapport. Il est clair cependant qu'il faut des études complémentaires pour pouvoir clarifier cette tendance.

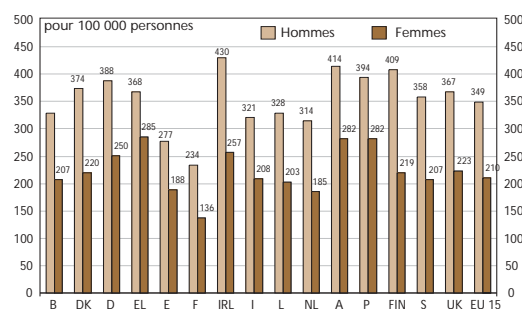
Évolution de la mortalité par principale cause de décès

L'Union européenne traverse aujourd'hui les dernières étapes de la transition d'une population à forte mortalité et faible espérance de vie vers une population à faible mortalité et longue espérance de vie. La mortalité se concentre de plus en plus dans le groupe des personnes âgées et les maladies chroniques et dégénératives gagnent en importance parmi les causes de décès. Outre cette tendance, les décès à la suite d'accidents et d'autres maladies sociétales²⁰, bien qu'ils ne soient guère significatifs en termes absolus, réduisent le nombre d'années restant à vivre et abrègent donc l'espérance de vie.

Les statistiques sanitaires relatives aux principales causes de décès au sein de l'UE²¹ font apparaître les éléments suivants:

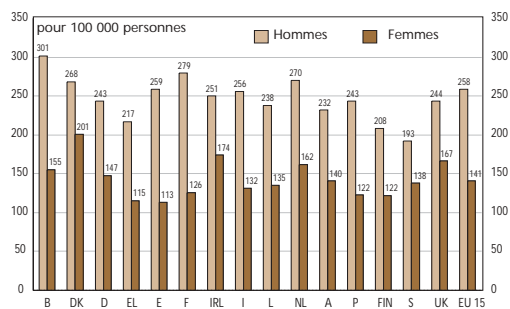
- Les causes de décès les plus courantes sont les maladies du système circulatoire (surtout les infarctus et les accidents vasculaires cérébraux), qui représentent plus de 600 000 décès chaque année dans l'Union. Elles totalisaient environ 42 % de tous les décès en 1998 – 45 % chez les femmes, 38 % chez les hommes. C'est la principale cause de décès pour les femmes dans les 15 États membres de l'Union et pour les hommes dans tous les pays sauf la France²². Elle marque cependant une tendance à la baisse: son taux de mortalité normalisé a diminué de 12 % pour les deux sexes entre 1994 et 1999, avec une baisse plus prononcée des maladies cérébrovasculaires (accidents vasculaires cérébraux) que des cardiopathies ischémiques. Il existe en Europe un net écart entre l'Est et l'Ouest: les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires sont beaucoup plus élevés dans les pays d'Europe centrale et orientale que dans les États membres de l'Union²³.

Graph 5 Taux de mortalité par maladies du système circulatoire par sexe, 1999



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

Graph 6 Taux de mortalité par tumeurs malignes par sexe, 1999



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

- La deuxième cause de décès la plus courante est le **cancer**, qui totalise environ un quart de tous les décès – 29 % des hommes, 23 % des femmes. Sa part relative a augmenté depuis 1980, mais en termes absolus, elle affiche également une tendance à la baisse dans l'Union (réduction de 7 % pour les hommes et 6 % pour les femmes) si l'on compare les taux de mortalité normalisés de 1994 et 1999²⁴. La diminution est même plus importante pour les cancers de l'estomac (moins 19 %), de l'utérus (moins 13 %), de la vessie (moins 12 %) et du sein (moins 9 %). Le taux de mortalité par cancer du larynx et de la trachée, des bronches et du poumon a également diminué de 9 % chez les hommes entre 1994 et 1998, mais a progressé de 5 % chez les femmes. C'est la conséquence de la consommation accrue de tabac par les femmes ces dernières décennies. Toutefois, ce type de cancer affecte toujours plus les hommes (première cause de décès par cancer, 8 % du total) que les femmes (2 % de tous les décès) pour qui le cancer du sein est la principale cause de décès lié au cancer (4 %). Le cancer de la prostate provoque 3 % de tous les décès

20 Les maladies sociétales ou "artificielles" concernent les décès prématurés causés par des comportements sociaux spécifiques ou des habitudes liées à la consommation de tabac, d'alcool et de drogues mais aussi la mortalité causée par les accidents de la route ou même le SIDA (dans la mesure où il y a un élément comportemental dans sa propagation lié aux pratiques à risque).

21 Source: Eurostat base de données NewCronos sauf stipulation d'une autre source.

22 Les maladies cardiovasculaires causent entre 49 % (Suède) et 29 % (France) des décès des hommes habitant dans les États membres de l'UE, et de 59 % (Autriche) à 36 % (France) des décès des femmes.

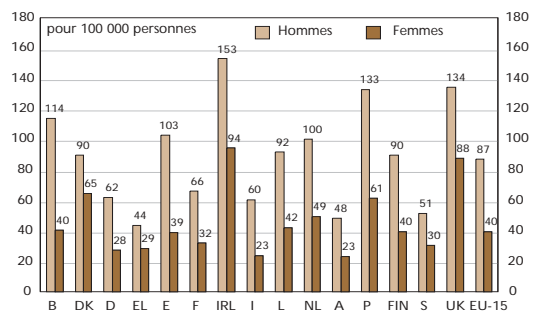
23 Source: OMS (2001): "Rapport sur la santé en Europe".

24 En revanche, les taux de mortalité par cancer sont en hausse dans les pays d'Europe centrale et orientale, où ils étaient inférieurs il y a trente ans. Aujourd'hui, les courbes et les taux de mortalité empirent dans ces pays et l'écart se creuse. Des différences de mode de vie et d'exposition environnementale sont les causes les plus probables, inévitablement liées aux inégalités politiques, sociales et économiques. L Dobrossy (2002): "Cancer mortality in central-eastern Europe : facts behind the figures". *The Lancet Oncology*,(3)

des hommes, suivi des cancers du colon et de l'estomac, et de la leucémie, à la base chacun d'environ 2 % de l'ensemble des décès.

- La troisième cause de décès par ordre d'importance, les maladies du système respiratoire, a une influence nettement moindre – 9 % de tous les décès – avec une part légèrement plus élevée pour les hommes que pour les femmes. Néanmoins, leur impact progresse: le taux de mortalité normalisé de cette cause de décès a augmenté de 8 % entre 1994 et 1999 pour les femmes, mais il est plus stable pour les hommes.

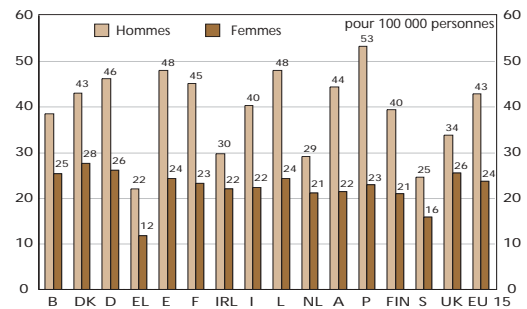
Graphe 7 Taux de mortalité par maladies du système respiratoire par sexe, 1999



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

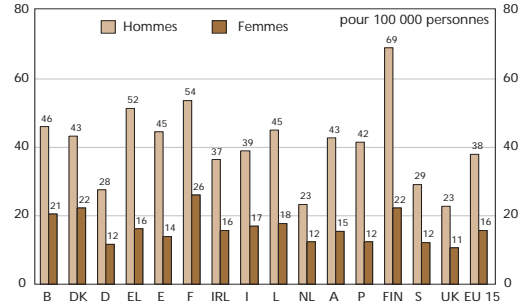
- Les causes de décès suivantes totalisent environ 5 % de décès chacune. Ce sont les maladies du système digestif (4e cause chez les femmes avec 4,3 % de tous les décès féminins, 5e cause chez les hommes avec 4,6 % des décès masculins) et les causes externes que sont les traumatismes et l'intoxication (4e cause pour les hommes: 6,3 % de tous les décès masculins, mais 3,6 % seulement des décès féminins), y compris les accidents de la route, les suicides et les homicides. Ces deux causes de décès ont diminué entre 1994 et 1999, comme en témoignent les taux de mortalité normalisés: les décès dus à une maladie digestive affichent une baisse de 9 % chez les hommes et de 7 % chez les femmes tandis que les morts violentes ont diminué de 9 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes. L'incidence des décès dus aux affections du système digestif et celle des décès dus aux accidents sont illustrées dans les graphiques suivants.
- Les autres causes de décès ont une moindre incidence. Ainsi, les maladies infectieuses et parasitaires, qui étaient une cause de mortalité importante il y a plusieurs décennies, étaient à l'origine de moins de 2 % de tous les décès dans l'ensemble de l'Union en 1998 et affichaient une nette tendance à la baisse. Ce groupe comprend toutefois des maladies aux tendances très différentes. Le nombre de décès dus à la tuberculose et au SIDA a fortement diminué entre 1994 et 1999 de même que les taux de mortalité nor-

Graphe 8 Taux de mortalité par maladies du système digestif par sexe, 1999



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

Graphe 9 Taux de mortalité par accidents par sexe, 1999



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

malisés correspondants, tandis que ceux dus à l'hépatite virale ont plus que doublé chez les hommes et plus que triplé chez les femmes.

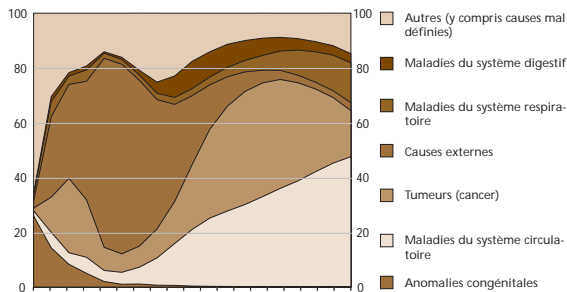
Les courbes de mortalité par cause varient en fonction du sexe mais aussi de l'âge:

- Les problèmes périnataux²⁵ et les malformations congénitales sont les principales causes de décès pendant la première année de la vie.
- Entre 15 et 39 ans, les causes externes (surtout les accidents de la route) sont les principales causes de décès, suivies par les maladies liées au SIDA²⁶ et les cancers.
- Le cancer est la principale cause de décès entre 40 et 69 ans, suivi des maladies circulatoires.
- Enfin, les maladies chroniques et dégénératives du système circulatoire, suivies par le cancer et les maladies respiratoires, sont les principales causes de décès à partir de 70 ans.

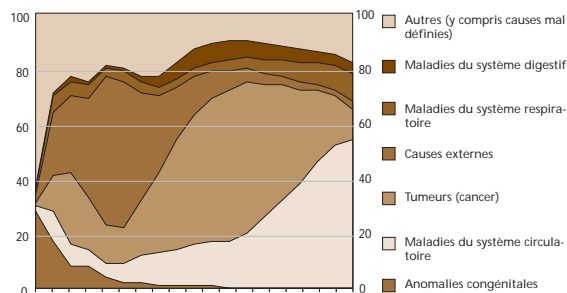
25 La mortalité périnatale comprend la mortalité fœtale tardive ainsi que la mortalité des enfants au cours de la première semaine.

26 Bien que le SIDA ait fortement diminué récemment, il reste une cause de décès importante parmi les 25-49 ans. Plus précisément, plus d'un quart de tous les décès dus au SIDA touchent le groupe des 30-34 ans.

Graphe 10 Principales causes de décès par âge. Hommes. EU-15, 1998



Graphe 11 Principales causes de décès par âge. Femmes. EU-15, 1998

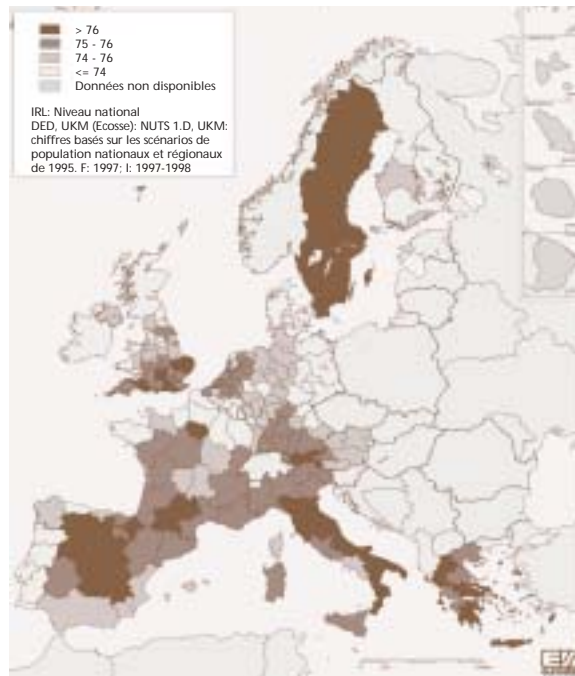


Ces courbes sont illustrées dans les graphiques suivants, qui reprennent la part des principales causes de décès en fonction de l'âge pour les deux sexes. Ils brossent un tableau de l'importance relative de chaque cause de décès tout au long de la vie, mais pas des chiffres absolus de décès. Ainsi, plus de gens meurent du cancer à 20 ans qu'à 5 ans et pourtant, la part relative de la mortalité due au cancer est moindre à 20 ans, en raison du nombre absolu de décès à cet âge.

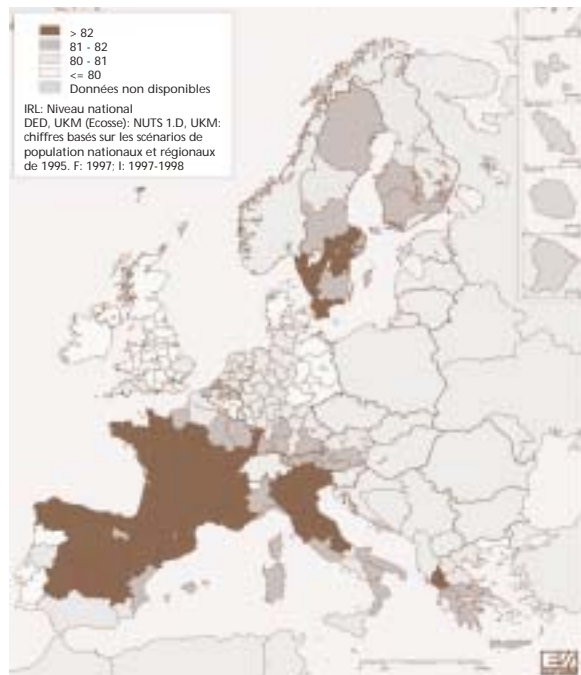
Disparités régionales en matière de mortalité

Quand on analyse les différences régionales de l'espérance de vie, on constate des tendances analogues pour les deux sexes dans la plupart des pays. En d'autres termes, les hommes et les femmes ont une espérance de vie longue ou courte dans les mêmes régions²⁷. La disparité régionale est cependant plus prononcée pour un sexe dans certains États membres, tandis que l'ampleur des variations régionales est comparable pour les deux dans d'autres pays. Les cartes suivantes présentent certaines tendances de la mortalité régionale dans les États membres et les États adhérents pour les deux sexes²⁸. Ainsi, en France et au Royaume-Uni, les régions du Nord ont une espérance de vie inférieure. Ce clivage Nord-Sud apparaît aussi en Finlande et en Suède (pour les femmes en tout cas) et en Allemagne, où la plus grande espérance de vie se rencontre

Carte 1 Espérance de vie à la naissance dans les États membres de l'Union, moyenne triennale 1997/1999. NUTS2. Hommes



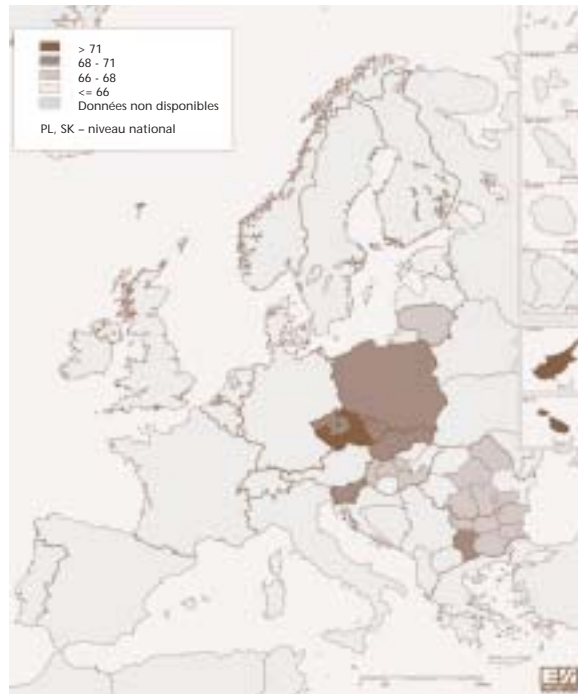
Carte 2 Espérance de vie à la naissance dans les États membres de l'Union, moyenne triennale 1997/1999. NUTS2. Femmes



27 Voir T. Valkonen (2001) dans " Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle " (Conseil de l'Europe), qui a analysé les différences régionales de l'espérance de vie à l'aide de données de huit États membres et trois pays d'Europe centrale et orientale au cours de la période qui s'étend des années 1970 aux années 1990.

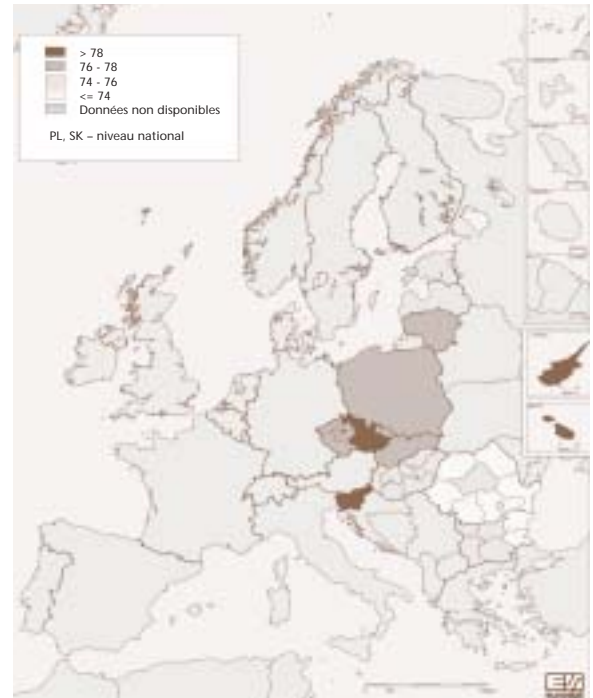
28 Source: Eurostat base de données NewCronos.

Carte 3 Espérance de vie à la naissance dans les États adhérents à l'UE, moyenne triennale 1997/1999. NUTS2. Hommes



Données statistiques Eurostat. Cartographie: Eurostat - GISCO, 12/2002

Carte 4 Espérance de vie à la naissance dans les États adhérents à l'UE, moyenne triennale 1997/1999. NUTS2. Femmes



Données statistiques Eurostat. Cartographie: Eurostat - GISCO, 12/2002

également dans les régions méridionales, tandis qu'on rencontre le clivage Nord-Sud inverse, avec une espérance de vie inférieure dans les régions méridionales, en Belgique, en Italie (pour les femmes) et en Espagne (pour les femmes).

La distribution des principales causes de décès peut expliquer ces différences régionales. Si l'on observe les cartes suivantes, qui illustrent la répartition régionale des taux de mortalité par maladies du système circulatoire – la principale cause de mortalité – on peut voir une incidence masculine plus élevée et une distribution régionale identique pour les deux sexes. On trouve des taux de mortalité par maladies cardiovasculaires plus élevés dans les régions orientales d'Allemagne et d'Autriche, septentrionales de Grande-Bretagne, d'Irlande et de Suède, ainsi que certaines régions du Portugal et de Grèce. Les niveaux plus bas se rencontrent en France (sauf dans le Nord) et dans le centre de l'Espagne, ainsi que dans plusieurs régions italiennes, principalement au nord et au centre du pays.

Les différences de répartition par sexe des décès par cancer, la deuxième cause de décès par ordre d'importance, sont plus symptomatiques. Dans le cas des hommes, les taux de mortalité sont plus élevés dans le nord de la France et de la Grande-Bretagne, dans le nord-est de l'Allemagne et de l'Italie, et plus bas en Suède, en Finlande, dans le sud de l'Italie, de la France, de la Grande-Bretagne, la majorité du

Portugal et de la Grèce ainsi que certaines régions du centre de l'Espagne.

Pour les femmes, les taux de mortalité les plus élevés par cancer se rencontrent au Danemark, en Irlande et dans plusieurs régions du Royaume-Uni (surtout dans le nord de l'Angleterre, en Écosse et au Pays de Galles). Des taux plus bas se rencontrent dans la majorité des régions du Portugal, de l'Espagne et de la Grèce, dans le Midi de la France, le sud de l'Italie et le nord de la Finlande. Il ne faut pas s'étonner cependant que la répartition géographique du cancer soit différente pour les hommes et les femmes puisqu'il y a des types de cancer très différents, dont certains affectent un seul sexe et d'autres dont l'incidence est très différente parmi les hommes et les femmes.

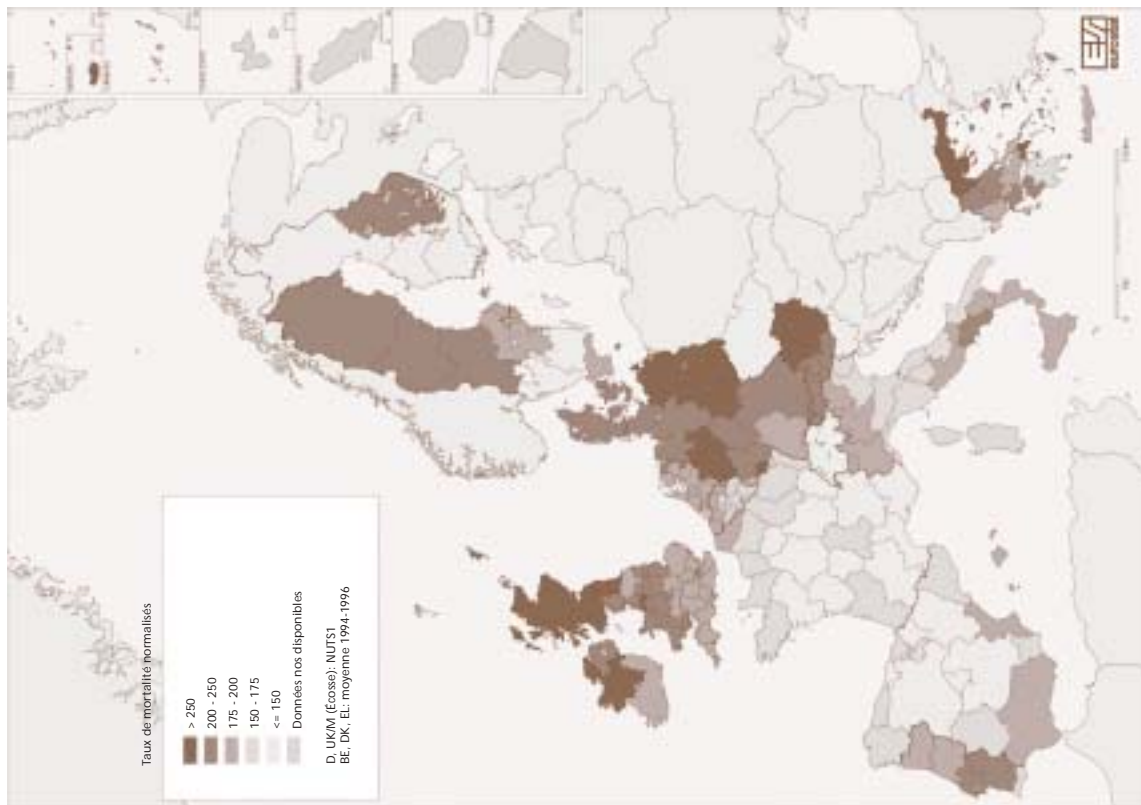
En général, depuis les années 60, ces tendances régionales de l'espérance de vie par sexe sont restées très stables dans tous les pays, malgré des changements considérables du taux général. Il existe toutefois une certaine disparité au sein de ces tendances. Les écarts régionaux ont diminué pour les hommes et les femmes dans six pays (Finlande, Suède, France, Italie, Roumanie et Russie) sur les onze analysés par Valkonen²⁹. Ils se sont creusés pour les hommes et les femmes dans deux pays (Espagne³⁰ et Pologne) et se sont maintenus chez les hommes mais ont augmenté pour les femmes dans deux autres (Autriche et Danemark)³¹.

29 Source: Valkonen T.: "Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle" (Conseil de l'Europe), 2001.

30 En Espagne, la disparité régionale a augmenté pour les hommes et les femmes dans les années 70, avant de diminuer dans les années 80.

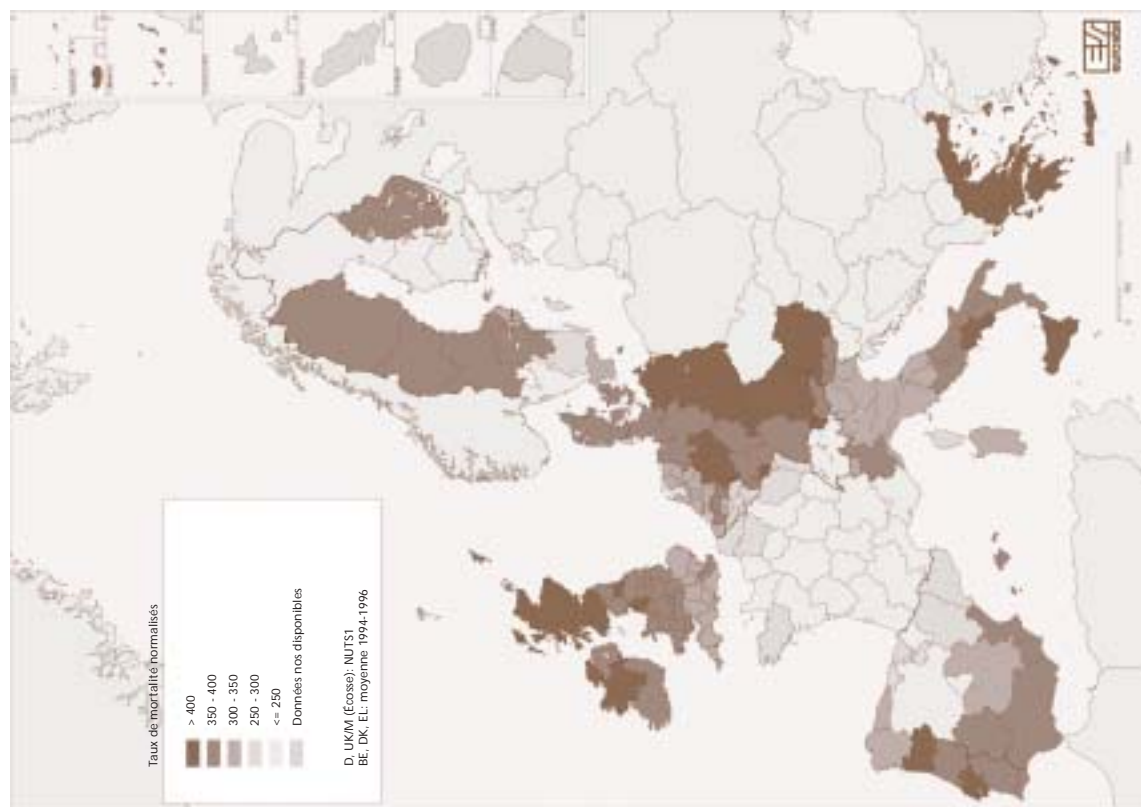
31 Dans le cas de l'Autriche, la dissemblance régionale féminine a doublé. Ce fait est dû principalement à la diminution de la mortalité féminine dans la région de Vienne. Au Danemark, il y a un contraste entre Copenhague et le reste du pays.

Carte 6 Taux de mortalité par maladies du système circulatoire – Femmes
1997/1999 - NUTS 2



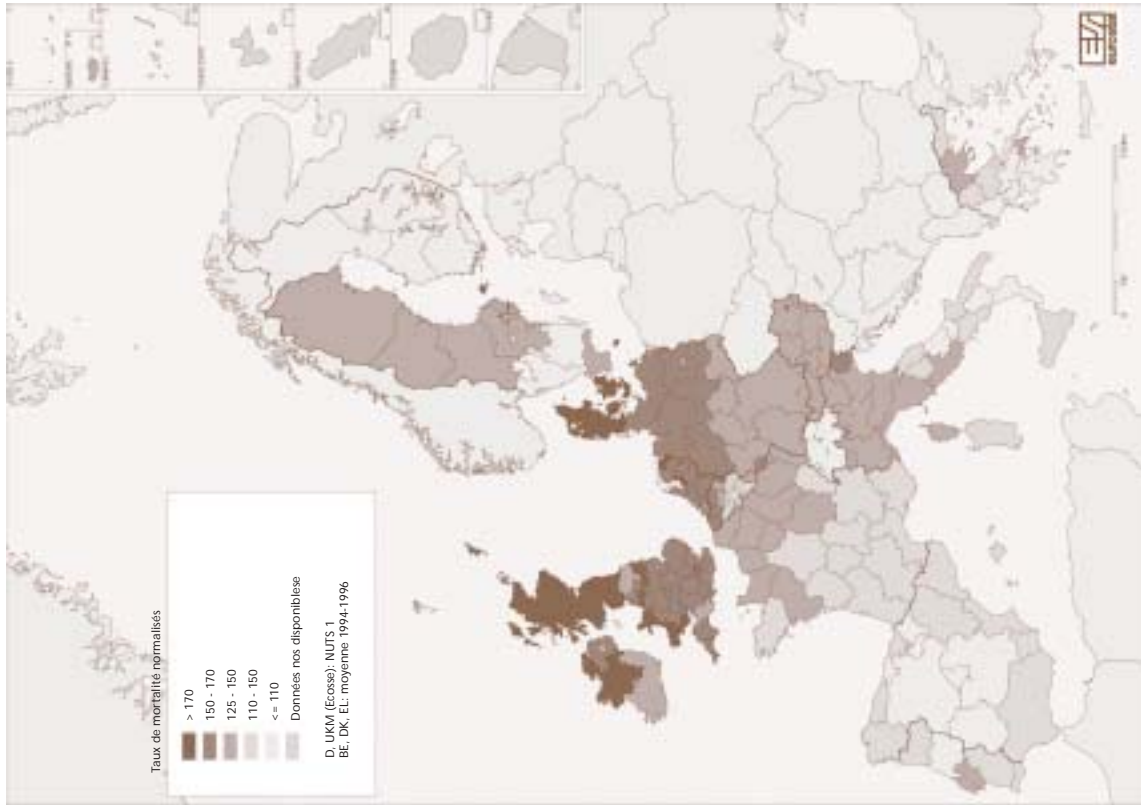
Données statistiques Eurostat Database REGIO. © EuroGeographics, for the administrative boundaries. Cartographie: Eurostat - GISCO, 01/2003.

Carte 5 Taux de mortalité par maladies du système circulatoire – Hommes
1997/1999 - NUTS 2



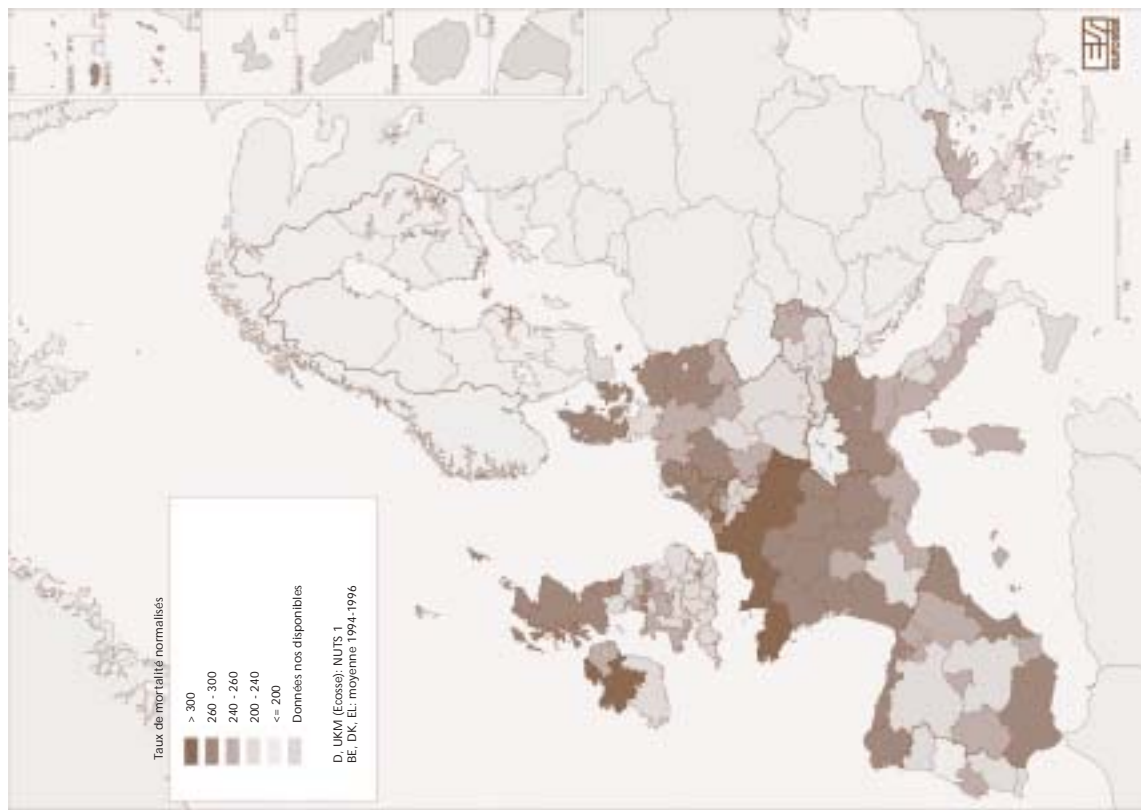
Données statistiques Eurostat Database REGIO. © EuroGeographics, for the administrative boundaries. Cartographie: Eurostat - GISCO, 01/2003.

Carte 8 Taux de mortalité par tumeurs malignes - Femmes
1997/1999 - NUTS 2



Données statistiques Eurostat Database REGIO. © EuroGeographics, for the administrative boundaries. Cartographie: Eurostat - GISCO, 01/2003.

Carte 7 Taux de mortalité par tumeurs malignes - Hommes
1997/1999 - NUTS 2



Données statistiques Eurostat Database REGIO. © EuroGeographics, for the administrative boundaries. Cartographie: Eurostat - GISCO, 01/2003.

Il est intéressant de comparer l'espérance de vie dans les zones urbaines et rurales. Mais cela n'a été possible que dans les cinq pays pour lesquels il existe des données adéquates³²: la Russie, la Roumanie, la Finlande, la Pologne et l'Allemagne de l'Est. Il y avait un écart très net entre les deux pays les plus pauvres et les autres. En Russie et en Roumanie, les zones rurales ont une espérance de vie moins grande que les zones urbaines, une situation qui n'a pas changé au cours des trois dernières décennies, tandis que dans les autres pays, la mortalité est pratiquement identique dans les zones urbaines et rurales.

Décès évitables

Une question qui reste très discutée est l'étendue de la contribution des soins de santé à la santé de la population européenne. Elle est abordée dans une étude d'Ellen Nolte et Martin McKee, sous le titre "Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited." (London: The Nuffield Trust), qui utilise la notion de mortalité sensible, définie comme étant les décès qui ne devraient pas survenir en présence de soins de santé efficaces et en temps utile, pour étudier l'évolution des courbes de mortalité dans les États membres de l'UE. Les auteurs indiquent comment les décès évitables étaient encore relativement fréquents dans de nombreux pays en 1980. Néanmoins, des diminutions de ces décès ont grandement contribué à l'évolution générale de l'espérance de vie entre la naissance et 75 ans dans les années 1980. Dans l'ensemble, la plus grande contribution est celle de la baisse de la mortalité infantile mais dans certains pays, la réduction des décès parmi les personnes d'âge moyen a été aussi importante sinon plus. Ces pays sont le Danemark, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la France (pour les hommes) et la Suède (pour les femmes).

À l'opposé, dans les années 90, les baisses de la mortalité sensible ont moins contribué à l'amélioration de l'espérance de vie, surtout dans les pays du nord de l'Europe. Elles sont toutefois restées importantes en Europe méridionale, surtout au Portugal et en Grèce, où les taux de mortalité initiaux étaient plus élevés.

Ces résultats montrent clairement que dans de nombreux pays, un meilleur accès aux soins de santé efficaces a eu un impact mesurable dans les années 80 et 90, surtout en réduisant la mortalité infantile et les décès parmi les personnes âgées et d'âge moyen, essentiellement les femmes. Toutefois, l'ampleur de cet impact est, en grande mesure, fonction du point de départ: les pays où la mortalité infantile était relativement élevée au début des années 80 et qui avaient le plus grand potentiel d'amélioration, comme la Grèce et le Portugal, ont naturellement connu les plus fortes réductions de la mortalité sensible dans l'enfance. En revanche, dans les pays aux taux de mortalité infantile déjà très faibles au début des années 90, dont la Suède, la marge de progrès supplémentaire était faible. De même, le potentiel d'amélioration des décès sensibles à l'âge adulte était le plus grand dans les pays dont les taux initiaux étaient les plus élevés.

Tendances futures de la mortalité

Pour ce qui est de l'évolution future de la mortalité et de la limite biologique de la vie, deux points de vue s'opposent. Les chercheurs "optimistes" soutiennent des théories d'allongement sans fin de l'espérance de vie, tandis que les plus "pessimistes" défendent l'existence d'un seuil biologique impossible à franchir.

Les premiers basent leurs arguments sur le progrès scientifique: dans le contexte de découvertes importantes dans des domaines comme la biologie et l'ingénierie génétique, il se peut qu'il subsiste un potentiel d'accroissement considérable de l'espérance de vie humaine. En fait, la plupart des prévisions antérieures sous-estimaient la baisse de la mortalité des personnes âgées et l'allongement de l'espérance de vie. D'après cet argument, les prévisions actuelles en la matière peuvent être considérées comme trop basses.

Néanmoins, ce tableau optimiste peut être négativement influencé par plusieurs facteurs liés aux risques environnementaux et nutritionnels ainsi qu'aux changements des comportements. Ainsi, l'évolution des taux d'hommes et de femmes qui commencent ou cessent de fumer donne à penser que, dans quelques années, le nombre de fumeuses dépassera celui des fumeurs dans plusieurs États membres. Le Danemark compte actuellement plus de fumeuses que de fumeurs parmi les plus jeunes. Tous ces changements auront des conséquences pour les taux de mortalité et limiteront la progression de l'espérance de vie³³. Dès lors, en cas de réduction des habitudes malsaines, comme la consommation de tabac, il pourrait y avoir de nouvelles baisses de la mortalité.

2.1.3 Morbidité dans l'Union européenne

L'espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l'état de santé

"L'espérance de vie sans incapacité (grave)" est un indicateur qui utilise une méthodologie comparable à l'espérance de vie pour donner des informations sur la morbidité, le handicap et l'état de santé. Il se calcule à l'aide de tables de mortalité intégrant des données sur la morbidité et le handicap. Les résultats doivent cependant être interprétés avec prudence dans la mesure où, par rapport à la mortalité, la morbidité et le handicap sont des notions moins clairement définies, axées sur divers aspects de la santé comme la maladie, l'état fonctionnel ou l'impression de santé. De ce fait, les données sur le handicap sont très différentes d'un pays à l'autre, ce qui influence donc les indicateurs nationaux d'espérance de vie sans incapacité et d'espérance de vie sans incapacité grave. Ces variations des degrés d'invalidité peuvent exprimer, plus que des différences réelles des taux de handicap dans la vie quotidienne, une signification linguistique ou culturelle différente de l'incapacité dans les États membres ou divers types ou degrés de handicap.

32 Source: Valkonen T.: "Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle" (Conseil de l'Europe), 2001.

33 Dans un contexte de consommation de tabac élevée des femmes au Danemark, le cancer du poumon a contribué à la perte supplémentaire de 1 à 6 mois d'espérance de vie pour les Danoises que dans d'autres pays européens. Source: Juel K., Bjerregaard P., Madsen M.: "Mortality and life expectancy in Denmark and in other European countries. What is happening to middle-aged Danish". In The European Journal of Public Health, Vol. 10, 2000, p. 93-100.

Des estimations du REVES (Réseau Espérance de vie en Santé) utilisant des données Eurostat (notamment les données du PCM concernant l'invalidité des personnes ne vivant pas en institution) à l'échelle européenne pour l'année 1994 montrent que plus l'espérance de vie est grande, plus la proportion d'années sans incapacité grave est petite. Cela signifie que, comme les gens vivent plus longtemps, la part de vie avec un handicap (grave) augmente plus que la part sans incapacité³⁴. Mais cette conclusion est obtenue à partir des données d'une seule année. Quels sont les résultats quand on compare des séries temporelles ? Bien que les données des sources nationales relatives à l'espérance de vie sans incapacité (grave) ne soient pas entièrement comparables, les tendances suivantes se dégagent d'analyses de grandes séries de données correspondant à différents pays industrialisés. Premièrement, les chiffres des 15 dernières années affichent une courbe en légère hausse de l'espérance de vie sans incapacité, mais cette croissance est inférieure à celle de l'espérance de vie. Deuxièmement, l'analyse des données d'espérance de vie sans incapacité grave suggère que cet indicateur évolue parallèlement à l'espérance de vie. Dès lors, l'allongement de celle-ci semble se combiner avec une diminution du handicap le plus grave et une augmentation du moins grave³⁵.

Si l'on compare les groupes socioéconomiques, il appert non seulement que les groupes défavorisés vivent moins longtemps, mais qu'ils ont aussi la plus grande part d'années avec incapacité. Dès lors, il n'y a pas de compromis entre la quantité et la qualité des années vécues: il serait possible de vivre à la fois plus longtemps et en meilleure santé. L'échange se ferait entre les degrés de gravité du handicap plutôt qu'entre la longévité et le handicap. Mais il faut plus d'études en la matière.

Principales maladies qui affectent les citoyens de l'UE

Eurostat et la DG Santé et protection des consommateurs travaillent à améliorer les données disponibles sur la morbidité³⁶. Mais il existe actuellement un problème général de manque de données harmonisées sur la morbidité couvrant toute la population de l'Union, à l'exception du cancer et de certaines maladies transmissibles. Les chiffres disponibles montrent que les maladies cardiovasculaires, le cancer, les troubles neuropsychiatriques et les maladies musculosquelettiques sont parmi les principaux facteurs de morbidité³⁷.

Voici quelques tendances concernant les principales maladies sur la base de données Eurostat, d'informations de la DG Santé et Protection des Consommateurs et d'autres sources (La source utilisée est Eurostat: "Chiffres clés sur la santé 2000" sauf si une autre source est mentionnée).

Maladies cardiovasculaires

Les maladies du cœur et de la circulation constituent le plus grand risque pour la vie, non seulement parce qu'elles sont la principale cause de mortalité dans les États membres de l'Union mais également parce qu'elles invalident des milliers de personnes. Dans l'ensemble de l'Europe, les cardiopathies ischémiques étaient la principale cause de maladie en 2000 (décès prématuré et issues non fatales des nouveaux cas de la maladie), représentant 10 % de toutes les maladies et traumatismes, avec des proportions comparables pour les hommes (11 %) et les femmes (9 %). La deuxième grande cause (pour les deux sexes) était les maladies cérébrovasculaires, nettement plus fréquentes chez les femmes (8,3 %) que chez les hommes (5,6 %)³⁸. Dans l'Union européenne, plus de 8 millions de DALY³⁹ sont perdues en raison de maladies cardiovasculaires, dont plus de 4 millions en raison de cardiopathies et plus de 2 millions à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Comme le risque de maladies circulatoires augmente avec l'âge, l'évolution de la structure d'âge accentuera sans doute les chiffres absolus même si les taux d'incidence relative diminuent.

Si l'on exclut les décès prématurés, les maladies circulatoires ne sont pas une cause principale des années de vie avec incapacité – par comparaison avec les traumatismes et les troubles neuropsychiatriques – mais elles restent une cause importante dans l'UE et surtout dans les pays d'Europe centrale et orientale. Dans la seule Union européenne, près de 1,4 million d'années d'incapacité sont dues aux maladies cardiovasculaires, dont plus de la moitié sont perdues en raison d'accidents vasculaires cérébraux⁴⁰.

L'incidence des maladies circulatoires est étroitement liée aux niveaux d'exercice physique et surtout au régime alimentaire. Une alimentation riche en fruits et légumes, avec des céréales non raffinées et une quantité appropriée d'acides gras réduit le risque de troubles circulatoires, tandis qu'une alimentation riche en cholestérol accroît les risques, surtout si elle s'ajoute au tabac, à l'hypertension artérielle, à l'obésité et à l'inactivité physique⁴¹. L'effet de l'alimenta-

34 On peut dire la même chose des différences entre les hommes et les femmes. Les données du REVES suggèrent que les femmes ont plus d'années sans incapacité (61,5 en 1994 à l'échelle européenne) et d'années sans incapacité grave (74,3) que les hommes (59,7 ans et 69,2 ans respectivement). Toutefois, les années sans incapacité (grave) totalisent une proportion plus petite de l'espérance de vie totale pour la population féminine: 77 % de l'ensemble de la vie sans incapacité à l'échelle de l'Union (16 % avec une certaine incapacité et 7 % avec une incapacité grave) pour des parts respectives de 81 %, 13 % et 6 % pour les hommes.

35 Robine J-M. dans "Can we hope for both long life and good health ? ". Background paper for the "Panel on a research agenda and new data for an ageing world", organised by the National Research Council, London, September 16-17, 1999.

36 Par exemple, en examinant les questions méthodologiques comme les différentes méthodes de collectes des données sur l'incidence et la prévalence des maladies dans les différents pays. Il y a deux types fondamentaux de statistiques de morbidité, celles qui donnent l'incidence et celles qui indiquent la prévalence d'une maladie. L'incidence mesure le nombre de nouveaux cas pour une population et une période donnée (par exemple le nombre de nouveaux cas d'une maladie par 1000 habitants en un an), tandis que la prévalence donne par exemple la proportion d'une population souffrant d'une maladie à un certain moment.

37 Les maladies cardiovasculaires et le cancer sont également de grandes causes de décès, tandis que les troubles neuropsychiatriques et les maladies musculosquelettiques ne le sont pas. Cela indique que les tendances en mortalité et morbidité sont parfois liées mais pas toujours.

38 Source: OMS: "Rapport sur la santé en Europe 2002".

39 La DALY ou *Disability-Adjusted Life Year* (année de vie ajustée sur l'incapacité) est une mesure développée pour quantifier la charge de la maladie, qui tient compte des années de vie perdues en raison de mortalité prématurée et des années vécues avec une incapacité de gravité et de durée précises. Une DALY (perdue) est donc une année perdue de vie en bonne santé. Tous les types de maladies cardiovasculaires réunis sont la première grande cause de DALY perdues dans les anciens pays socialistes européens et la deuxième, après les troubles neuropsychiatriques, dans les pays d'Europe occidentale.

40 Source: British Heart Foundation – Coronary heart disease statistics.

41 Source: Société française de santé publique : "Health and Human Nutrition: Element for European Action", 2000.

tion semble expliquer la distribution des taux de morbidité due aux maladies circulatoires, où les pays méditerranéens présentent de bons résultats. Il ressort des données européennes enregistrées (études de cas du milieu des années 80 au milieu des années 90) que les plus grands nombres de crises cardiaques se rencontrent dans des régions du Royaume-Uni et de Finlande pour les hommes et au Royaume-Uni pour les femmes. Les taux les plus bas se répartissent dans des régions d'Espagne et de France (hommes et femmes), de Suisse (hommes) et d'Italie (femmes).

Cancer

L'incidence du cancer augmente avec l'âge, pour atteindre un maximum autour de 70 ans. De ce fait, son impact est nettement plus élevé dans les sociétés développées qui ont une longue espérance de vie. En Europe, il appert que la prévalence de la morbidité par le cancer est élevée dans les pays où la longévité est grande et faible où les taux de mortalité sont plus élevés.

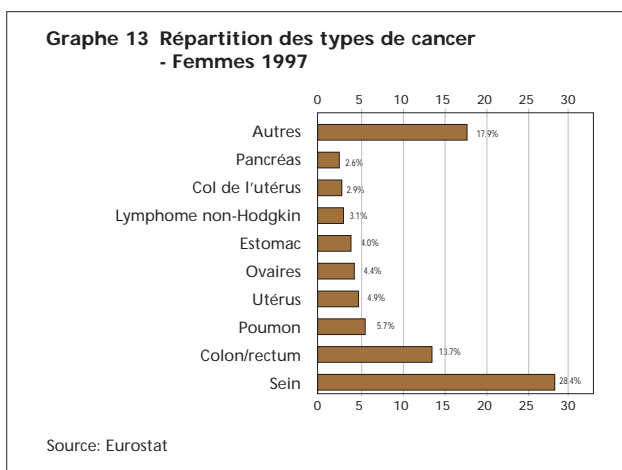
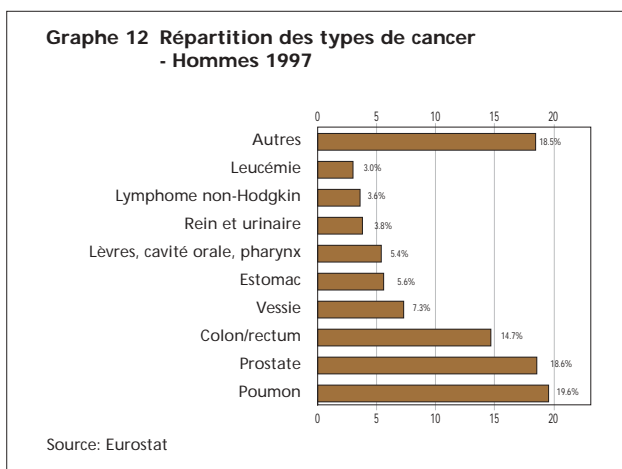
Le nombre de nouveaux cas en 1995 pour l'ensemble de l'UE était estimé à 1.5 million avec un taux de survie relatif⁴² pour les patients adultes d'environ 40 % pour les hommes et supérieur à 50 % pour les femmes. (données 1985/1989)

Bien que les hommes soient plus touchés par la maladie que les femmes dans tous les pays, on distingue certaines différences régionales: le taux d'incidence le plus élevé, normalisé par âge, se rencontre en France pour les hommes et au Danemark pour les femmes. Les taux les plus bas pour les hommes et les femmes se situent en Espagne, en Grèce et au Portugal. Quant au type, les cancers du poumon, du colon et du rectum avaient la plus grande incidence. Le cancer du poumon touchait surtout les hommes tandis que celui du sein est le plus fréquent chez les femmes. Par ailleurs, les taux de survie au cancer varient dans l'Union.

L'incidence du cancer semble liée au mode de vie (particulièrement la consommation de tabac et d'alcool) ainsi qu'à la nutrition. Une alimentation riche en fruits et légumes, combinée à une faible consommation d'alcool et aucune de tabac, peut être associée à un risque plus faible de développer le cancer de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et du poumon⁴³.

Les taux d'incidence élevés du **cancer du poumon** parmi les hommes sont principalement dus au tabagisme, mais également à l'exposition environnementale et professionnelle. L'incidence chez les hommes semble avoir cessé d'augmenter, mais elle progresse chez les femmes des États membres du Sud.

Le **cancer du sein** est le type de cancer le plus fréquent chez les femmes de l'UE, avec près de 30 % de tous les nouveaux cas de cancer féminins. Toutefois, si les taux d'incidence progressent dans tous les États membres, la mortalité a amorcé, depuis la deuxième moitié des années 80, une diminution chez les jeunes femmes (20-49 ans) dans la plu-



part des États membres de l'Union, ce qui résulte sans doute de l'augmentation de la survie après les dépistages par mammographie et les progrès thérapeutiques. Le taux de survie varie selon que le cancer est localisé ou s'étend au-delà de la zone de diagnostic. Il est de plus de 90 % quand le cancer est confiné dans le sein, de 75 % quand il s'est étendu aux zones voisines, mais de moins de 20 % quand il atteint des parties plus éloignées du corps. Le cancer cervical est le seul type de cancer féminin qui ne présente pas de clivage Nord-Sud. Son déclin est principalement dû au succès des programmes de dépistage.

Le **cancer de la prostate** est le deuxième par ordre de fréquence chez les hommes. Son incidence est plus élevée dans le nord que dans le sud. L'augmentation des taux d'incidence pourrait être due aux nouveaux moyens de détection de la maladie.

Les taux d'incidence du **cancer du colon et du rectum** se sont stabilisés ou diminuent dans l'ensemble de l'Union mais il existe un net clivage Nord-Sud. Les États membres du Nord et de l'Ouest connaissent les taux d'incidence et de mortalité les plus élevés, ceux du Sud, les plus bas.

42 Le taux de survie relatif est la mortalité des personnes qui souffrent d'un cancer par rapport au niveau de mortalité de la population.

43 Source: Société française de santé publique : "Health and Human Nutrition: Element for European Action", 2000.

Les taux d'incidence masculins du **cancer de l'estomac** atteignent le double de ceux des femmes. Ici aussi, on constate un net clivage Nord-Sud et les taux des pays méridionaux sont au moins deux fois supérieurs à ceux des pays du Nord⁴⁴.

Le **cancer des lèvres, de la cavité orale et du pharynx** touche particulièrement les hommes français. En effet, ils ont le deuxième taux d'incidence le plus élevé du monde, après l'Inde. Le taux masculin dans les autres États membres européens est en hausse. Celui des femmes est nettement inférieur.

La répartition géographique du **lymphome non-Hodgkin** est très uniforme dans l'UE et les taux d'incidence sont en hausse ces 25 dernières années. Les infections virales peuvent être à l'origine de certains cas et le SIDA accroît le risque également.

L'incidence et les taux de mortalité du **cancer du rein** varient considérablement dans l'Union. Les proportions les plus fortes se rencontrent dans les États membres du Nord, notamment en Allemagne, et les plus faibles au Portugal. Le tabagisme est un facteur déterminant de ce type de cancer.

La **leucémie** touche 60 % d'hommes de plus que de femmes, mais n'a pas de répartition géographique claire. Les taux d'incidence sont fondamentalement stables.

Les pourcentages de **cancer du pancréas** sont élevés dans le nord et faibles en Grèce, au Portugal et en Espagne, avec des courbes similaires pour les deux sexes. Son incidence est nettement moindre que celle du cancer de l'estomac, mais son taux de fatalité est plus élevé.

Les **mélanomes** sont beaucoup plus fréquents dans le Nord que dans le Sud mais leur incidence a fortement augmenté dans l'ensemble de l'UE. Les taux de mortalité sont relativement bas par rapport à l'incidence.

Le **cancer du foie** frappe six fois plus les hommes et cinq fois plus les femmes des États membres du Sud que ceux du Nord.

Troubles mentaux et du comportement

L'ampleur des troubles mentaux est généralement sous-estimée. Bien qu'on ne dispose pas de données comparables concernant des maladies mentales spécifiques et que les troubles moins graves ne soient souvent pas enregistrés, les estimations de prévalence de la maladie mentale varient de 9 % (rapportée personnellement) à 17 % (diagnostiquée cliniquement) de la population totale. Les troubles neuropsychiatriques sont la deuxième cause par ordre d'importance de la charge de la maladie en Europe – la première si l'on ne considère que l'incapacité et non les décès prématurés – après les maladies cardiovasculaires, avec une estimation de 20 % de tous les DALY perdues en 2000⁴⁵. Les problèmes mentaux sont également une grande cause indirecte de décès, en ce sens qu'il sont un facteur contributif des suici-

des, homicides et accidents, entre autres. Au vu des récentes courbes de prévalence, la paranoïa, la schizophrénie et la maladie maniaco-dépressive semblent s'être stabilisées, tandis que la démence et les troubles (notamment la dépression, l'anxiété et l'alcoolisme ou la toxico-dépendance) en réponse aux conditions sociales, semblent en hausse. La santé mentale est abordée plus en détail au chapitre 2.4.

Maladies neurodégénératives de vieillesse

La maladie de Parkinson, avec un taux de prévalence allant de 6 pour 1 000 à 65 ans jusqu'à 30 pour 1 000 à 85 ans et plus, ainsi que la démence, sont les maladies neurodégénératives les plus courantes parmi les plus âgés. Il existe deux grands types de démence: la maladie d'Alzheimer quand aucune cause de démence ne peut être identifiée (70 % de tous les cas de démence) et la démence vasculaire causée par des accidents cérébrovasculaires. Comme la maladie de Parkinson, la démence s'aggrave avec l'âge. La maladie de Parkinson affecte plus d'hommes que de femmes au-delà de 75 ans, tandis que la démence touche plus de femmes que d'hommes (particulièrement Alzheimer) après 80 ans.

Affections musculosquelettiques

Les maladies rhumatismales chroniques sont la cause d'un grand nombre d'incapacités, entraînant des coûts élevés en termes de soins de santé et de perte de productivité. Des données comparables n'existent cependant que pour l'ostéoporose, qui présente une incidence croissante des fractures de la hanche, affectant particulièrement les femmes après la ménopause. Comme la population vieillit, il est probable que cette tendance se poursuivra. Les maladies ostéo-articulaires et des muscles sont en rapport avec les enjeux de santé professionnels, exposés plus en détail au chapitre 2.2.

SIDA

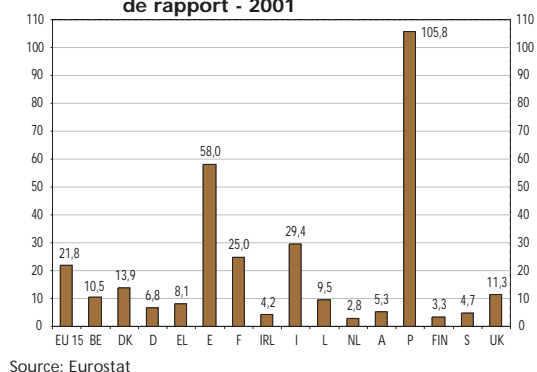
En 1998, plus de 12 000 nouveaux cas de SIDA ont été enregistrés, portant le total cumulé de l'UE à plus de 200 000 cas depuis 1983. Pour la troisième année consécutive, on a observé une diminution du nombre de nouveaux cas – une baisse de 23 % entre 1997 et 1998. Les groupes où la réduction des nouveaux cas est la plus forte sont les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV), ainsi que les homosexuels et bisexuels masculins. Parmi les hommes, les UDIV représentent encore le plus grand nombre de nouveaux cas diagnostiqués. Les femmes représentaient 21 % des cas adultes/adolescents diagnostiqués en 1998 et près de la moitié étaient infectées par voie hétérosexuelle, souvent par un partenaire UDIV. Près de la moitié de tous les nouveaux cas se situent dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans.

Tous les pays ont connu une diminution de l'incidence des nouveaux cas depuis le milieu des années 90, à l'exception du Portugal qui enregistre une légère hausse.

44 Dans la mesure où le statut socioéconomique a progressé en Europe méridionale, l'incidence du cancer de l'estomac a diminué.

45 Source: OMS: "Rapport sur la santé en Europe 2002".

Graphe 14 Taux d'incidence du SIDA par million d'habitants, avec adaptations pour délais de rapport - 2001



Source: Eurostat

On estime que le récent déclin de l'incidence du SIDA est dû à l'augmentation de l'application d'un traitement antirétroviral très actif depuis 1996 et le fait que l'incidence du VIH a atteint son maximum au milieu des années 1980. Mais le recul actuel du SIDA ne signifie pas que le VIH régresse: les données de rapport sur le VIH indiquent que son degré de transmission est resté stable ces dernières années.

Autres maladies sexuellement transmissibles

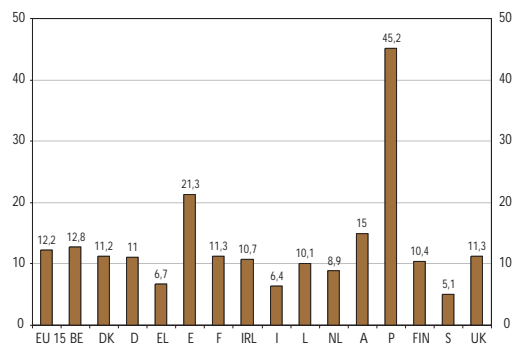
Dans ce groupe, les maladies à déclaration obligatoire (syphilis et gonorrhée) ont diminué ces 20 dernières années. Le taux d'incidence de la **syphilis** est passé de 5,6 (par 100 000) en 1985 à 1,5 en 1997, tandis que celui de la **gonorrhée** est passé de 60,2 par 100 000 en 1986 à 7,6 en 1997. Les chiffres récents montrent cependant une nouvelle progression de la gonorrhée en France (1998) et en Angleterre (1997). Aujourd'hui, les verrues génitales, les vaginites et urétrites non spécifiques, l'herpès génital et la chlamydiae sont les maladies sexuellement transmissibles les plus courantes.

La question spécifique des maladies sexuellement transmissibles parmi les jeunes est abordée au chapitre 2.2.

Tuberculose

Le nombre de cas a diminué dans la plupart des États membres jusqu'en 1975 et s'est stabilisé avant de repartir à la hausse dans certains pays à la fin des années 80 et au début des années 90. La récente épidémie a été largement influencée par la propagation du SIDA parmi les jeunes adultes. Quelque 45 000 nouveaux cas ont été signalés en 2000 pour l'ensemble de l'UE, dont 61 % étaient des hommes. Au Portugal c'est un problème de santé majeur: 45,2 cas par 100 000 habitants en 2000 pour une moyenne européenne de 12,2. Il y a quelques cas de tuberculose parmi les personnes âgées à la suite de la réactivation d'anciennes infections, mais la majorité sont de nouvelles atteintes.

Graphe 15 Taux d'incidence de la tuberculose par 100 000 personnes - 2000



Source: Eurostat

Anomalies congénitales

Au cours de la période 1980-1994, quelque 2,4 % des naissances étaient affectées par une anomalie congénitale grave dans 15 pays européens (12 États membres et 3 non-membres), avec d'importantes variations géographiques. Les anomalies des membres sont les plus fréquentes (25 % de tous les cas), suivies des **cardiopathies congénitales** (près de 23 %). La part des cas diagnostiqués d'**anencéphalie** ou du **syndrome de Down** pendant la grossesse augmente, mais il subsiste des disparités géographiques.

Autres maladies

- **Malaria**: l'incidence dans l'UE a augmenté de 0,6 par 100 000 en 1974 à 2,9 en 1997. Les chiffres vont de 0,1 en Grèce à 9,2 en France, principalement en raison des personnes qui contractent la malaria dans les pays endémiques.
- **Hépatite C**: sa prévalence dans l'ensemble de la population varie selon les États membres: jusqu'à 1,5 % en Grèce pour 0,9 % en Belgique. Mais les degrés de prévalence vont jusqu'à 70 % dans des sous-groupes spécifiques comme les drogués.
- **Hépatite B**: son incidence, influencée par la première vague de l'épidémie de VIH parmi les adultes co-infectés par les deux maladies et par la vaccination en masse depuis 1994, est en train de décroître (moyenne de l'UE de 4,1 par 100 000 en 1997) mais l'affection n'est pas encore éradiquée. On a observé une progression au Portugal entre 1992 et 1995, après quoi les chiffres ont fortement chuté.
- **Grippe**: cette maladie infectieuse virale est encore à l'origine d'épidémies et d'une mortalité excessive parmi les personnes âgées.
- **Diabète sucré**: l'incidence de cette maladie chronique, causée par une déficience héritée ou acquise de la production d'insuline par le pancréas augmente en raison du vieillissement de la population, d'une alimentation déséquilibrée, de l'obésité et de la sédentarité. Les taux de prévalence nationaux varient de 2,1 % en Irlande à 5 % en

Italie, avec une moyenne européenne (sans la Grèce) de 3,4 % en 1994, mais le nombre de cas pourrait augmenter de près de 20 % au cours de cette décennie, en raison de la généralisation des comportements qui le provoquent.

- **Asthme et affections allergiques:** ce sont les maladies chroniques les plus courantes et qui progressent le plus rapidement parmi les jeunes, affectant plus d'un tiers d'entre eux à un moment ou un autre de leur vie. Au Royaume-Uni, environ un tiers des enfants de 13 à 14 ans souffre de symptômes récurrents d'asthme et près de 30 % en Irlande. En revanche, les taux de prévalence sont d'environ 15 % en Finlande, en Allemagne, en Suède, en Belgique et en Autriche, et encore inférieurs (environ 10 %) en Europe méridionale. La Grèce a le taux d'incidence le plus bas rapporté, 3 %. Ces variations peuvent s'expliquer en partie par des facteurs environnementaux, mais – comme ils sont basés sur des incidences rapportées par les personnes atteintes – elles peuvent également s'expliquer par le degré de sensibilisation⁴⁶.

2.1.4 Mortalité et morbidité dans les États adhérents et les pays candidats: vue d'ensemble

Évolution des tendances démographiques et de santé dans les États adhérents et les pays candidats...

Sous les anciens régimes politiques, les pays d'Europe centrale et orientale ont toujours eu un système de soins de santé d'État paternaliste qui incitait à une attitude passive des patients en la matière. En général, les soins préventifs n'étaient pas considérés comme importants et le système de soins de santé primaire était souvent sous-développé. De plus, les dépenses de santé représentaient un faible pourcentage du PIB par rapport aux pays industrialisés d'Europe occidentale. Par conséquent, l'amélioration rapide de l'espérance de vie dans la période d'après-guerre, due au recul des maladies infectieuses (quand les pays d'Europe centrale et orientale et l'ancienne URSS avaient la même mortalité que l'Europe occidentale), n'a pas été observée après 1965, et l'écart d'espérance de vie s'est creusé de plus en plus entre l'Europe occidentale et orientale.

Le début de la transition politique des États adhérents et pays candidats d'Europe centrale et orientale, qui a entraîné une récession économique, a eu des conséquences démographiques considérables, dont la baisse des taux de natalité, la hausse des taux de mortalité et la diminution de l'espérance de vie. Finalement, le redressement économique de la deuxième moitié des années 90 a entraîné une chute générale du taux de mortalité et un allongement général de l'espérance de vie, tandis que la mortalité infantile reculait également. Toutefois, l'intensité et le calendrier de ce redressement varient selon les pays, avec des chiffres de mortalité et de morbidité meilleurs dans les États adhérents d'Europe centrale que dans les États baltes ou en Roumanie et en Bulgarie⁴⁷.

Dans tous les États adhérents et pays candidats, les femmes ont une espérance de vie plus élevée que les hommes, mais l'importance de l'écart est variable. Dans les États baltes, l'écart entre l'espérance de vie masculine et féminine atteint 11 ans. Le mauvais état de santé dans les États baltes affecte donc particulièrement les hommes, ce qui peut indiquer qu'il est lié à des aspects des rôles ou des modes de vie spécifiques au genre.

...avec une incidence plus grande des maladies infectieuses...

L'incidence des maladies infectieuses est élevée dans les États adhérents et les pays candidats d'Europe centrale et orientale et, dans certains cas, notamment pour la tuberculose, elle a augmenté de façon alarmante depuis le début de la transition. De même, les maladies sexuellement transmissibles, comme la syphilis, ont progressé au cours de la dernière décennie dans certains États adhérents et pays candidats, tandis que leur incidence reste toujours faible dans l'Union. La situation de l'infection par le VIH présente des variations plus complexes: la Lettonie est de loin la plus touchée par le virus (sans doute à cause de la toxicomanie). Les autres États adhérents et pays candidats sont moins infectés voire nettement moins que la moyenne de l'UE, les niveaux les plus bas étant ceux de la République tchèque, de la Slovaquie et de la Turquie.

...de même que des maladies non infectieuses, des accidents et des morts violentes...

La mortalité par maladies non infectieuses est nettement plus grande dans les États adhérents et les pays candidats que dans l'ensemble de l'UE et presque tous affichent des taux de mortalité importants dus aux maladies chroniques comme les cardiopathies, les maladies du système circulatoire et le cancer. Seuls les chiffres de Malte sont identiques ou inférieurs à la moyenne de l'Union pour ces affections, suivis de la Slovaquie. Il en est autrement des maladies cardiovasculaires et des cancers cependant. Les maladies cardiovasculaires étaient particulièrement répandues en Bulgarie, en Lettonie, en Estonie, en Roumanie et dans une moindre mesure en Hongrie. Les cancers étaient particulièrement fréquents en Hongrie, en Slovaquie, en République tchèque, en Pologne et en Roumanie. Cela peut refléter des degrés divers de pollution environnementale ou différents modes de vie dans ces régions.

Un facteur de mode de vie qui intervient dans de nombreuses causes de mortalité est la consommation d'alcool. Sans doute l'alcool est-il un facteur déterminant à la base des taux élevés de mort cardiaque subite⁴⁸ et des taux plus importants de cirrhose dans les États adhérents et les pays candidats d'Europe centrale et orientale que dans l'Union. Les taux de mortalité par traumatismes, surtout des accidents de la route, noyades et incendies, et par homicides ou suicides sont également plus élevés dans ces pays. Ils peuvent en partie être attribués aux habitudes de consommation d'alcool.

46 Référence : Commission européenne - DG Santé et protection du consommateur: "Rapport sur l'état de santé des jeunes dans l'Union européenne", Bruxelles, Commission européenne, 2000.

47 En revanche, la situation est très différente à Chypre et Malte, où les taux de mortalité sont inférieurs à la moyenne européenne (l'espérance de vie des femmes est légèrement inférieure à la moyenne de l'Union, tandis que celle des hommes est légèrement supérieure), tandis que les taux de natalité sont plus élevés mais sont en baisse constante à long terme. Enfin, la Turquie présente une mortalité et une fécondité supérieures à la moyenne de l'Union.

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

En conclusion, bien que les normes sanitaires s'améliorent actuellement dans les États adhérents et les pays candidats, elles sont généralement inférieures à celles des États membres. Parallèlement, on constate de grandes différences entre les États adhérents et les pays candidats lorsque l'on compare les données de santé. En général, la norme sanitaire et de soins de santé à Malte et à Chypre est comparable à celle de l'Union – parfois même meilleure. Pour ce qui est des pays d'Europe centrale et orientale, on trouve la situation sanitaire la plus mauvaise dans les États baltes, en Roumanie et en Bulgarie. La Turquie a un niveau de développement inférieur mais se rattrape rapidement et converge donc de plus en plus vers le niveau moyen des autres États adhérents et pays candidats.

Toutefois, les transformations actuelles de la structure d'âge (vieillesse) ainsi que de la structure des familles signifient que les États adhérents et les pays candidats connaîtront les mêmes difficultés démographiques en matière de santé et de soins de santé que les États membres actuels.

2.1.5 Coût de la santé et vieillissement

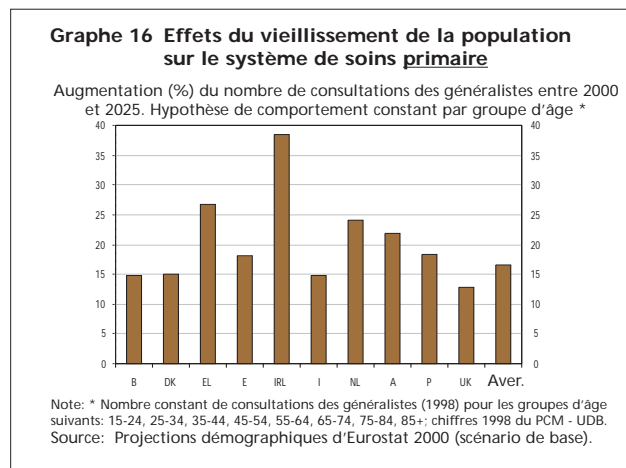
L'effet du vieillissement de la population sur les futures dépenses de santé fait l'objet de nombreuses discussions. Les principaux moteurs de ce coût futur sont liés à la demande et à la prestation de soins de santé. Le résultat combiné de l'offre et de la demande n'est pas encore connu et les projections sur la base de ces facteurs doivent être traitées avec prudence. Ainsi, pour ce qui est de la demande, le comportement et les modes de vie des personnes âgées évoluent: les générations nées avant la Seconde Guerre mondiale avaient un niveau d'études nettement inférieur à celui des enfants du baby-boom d'après-guerre – une tendance poursuivie dans les générations ultérieures. Ceux qui ont des niveaux d'études supérieurs, des revenus plus élevés et de meilleurs modes de vie recourent moins aux services de soins de santé. En général, ceux qui ont une meilleure éducation tendent à moins faire appel au système de soins de santé primaire (consultation des généralistes) et plus au système de soins secondaire (soins cliniques).

En ce qui concerne la prestation, plusieurs facteurs d'incertitude subsistent également, dont l'un des principaux a trait au progrès technologique en vue de trouver de nouvelles méthodes de diagnostic et des traitements moins invasifs. Certains de ces progrès peuvent réduire les coûts: les nouveaux médicaments peuvent remplacer certains types de soins cliniques, par exemple, ou la chirurgie non invasive peut abréger la durée d'hospitalisation des patients. Néanmoins, cet effet d'économie n'est absolument pas certain. Il se peut que les nouveaux médicaments aient un coût financier élevé ou que les traitements inédits destinés à prolonger la vie nécessitent des soins cliniques de plus longue durée. Par exemple, une hypothétique vaccination contre le cancer pourrait fortement comprimer les coûts financiers, mais une chimiothérapie plus efficace ne le ferait pas nécessairement. Il est dès lors particulièrement difficile de prévoir l'impact des progrès scientifiques et technologiques sur les dépenses du secteur de la santé.

Par ailleurs, la contribution des progrès scientifiques et technologiques à la compression des dépenses de santé dépendra aussi du type de maladies sur lequel l'effort se concentre. Il ne faut pas oublier que les deux principales causes de décès sont les maladies du système circulatoire et le cancer. Sur la base des taux d'incidence constants de 1998 par sexe et tranche d'âge de 5 ans, la mortalité due aux maladies du système circulatoire pourrait croître de 23 % au cours des 25 prochaines années, tandis les décès des suites du cancer n'augmenteraient que de 8 %. Les progrès technologiques en vue d'améliorer la rentabilité du traitement des maladies circulatoires contribueraient le plus à maîtriser les coûts pour une population vieillissante.

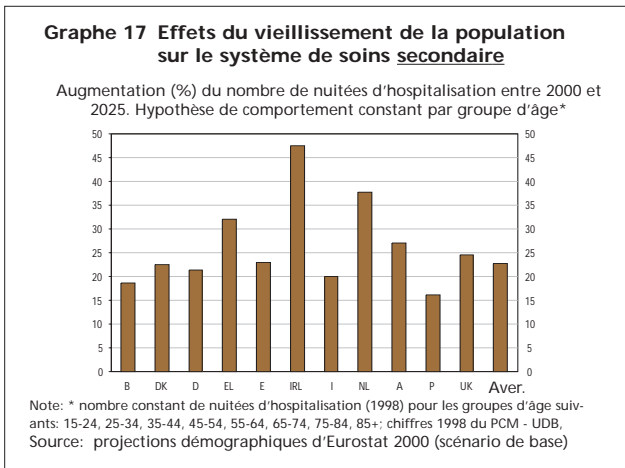
Pour comprendre la façon dont les systèmes de soins de santé risquent d'être affectés par le vieillissement, on peut partir d'un comportement constant par tranche d'âge. On suppose qu'à l'avenir, un groupe d'âge donné aura le même recours au système de soins de santé que les personnes de cette tranche d'âge actuellement. Il est important de noter que ce n'est que l'un des nombreux scénarios possibles. En outre, étant donné l'information fournie dans les paragraphes précédents, il est difficile de savoir à quel point ce scénario sera proche de la sollicitation réelle imposée au système de santé au cours des 25 prochaines années et il faut donc faire preuve de prudence. Le scénario met toutefois en lumière, entre autres, l'endroit (c.-à-d. le segment du système de soins de santé et les États membres) où le bouleversement du vieillissement démographique risque de peser le plus. Les points suivants en donnent un aperçu.

- Le graphique figurant ci-après estime qu'au cours des 25 prochaines années, le nombre total des consultations des généralistes croîtra d'un sixième⁴⁹. L'augmentation sera supérieure à un cinquième en Irlande, en Grèce, aux Pays-Bas et en Autriche. Même si le nombre de généralistes reste stable au lieu de diminuer comme le donne à penser la démographie médicale, ce surcroît de demande renforcerait considérablement la pression imposée aux généralistes. Une éventuelle réduction de la demande de la part de générations de plus en plus éduquées ne pourrait pas compenser la hausse de pression d'origine démographique. On peut supposer en outre que les progrès scientifiques et technologiques ne concentreront pas leur effet de productivité sur le système de soins primaire.



49 Actuellement, les données sont disponibles pour 10 des 15 États membres seulement.

- La pression du processus de vieillissement de la population risque d'être plus forte dans le secteur secondaire. Le graphique figurant ci-après montre une progression probable de 23 % au cours du prochain quart de siècle, avec des augmentations plus fortes dans les quatre mêmes États membres que ci-dessus. Le secteur secondaire pourrait toutefois être celui où les nouvelles technologies amélioreraient le plus la rentabilité.



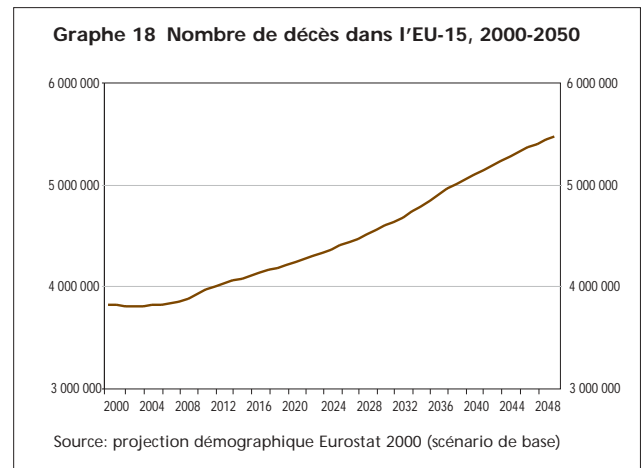
- Étant donné le vieillissement de la population et la disparité des dépenses de santé selon l'âge, cette projection démographique donne à penser que le volume européen moyen des dépenses totales de santé pourrait augmenter de près de 0,6 % par an en termes réels au cours des 25 prochaines années.

Certains chercheurs défendent l'idée que l'augmentation des dépenses doit être associée à la proximité de la mort et non au changement d'âge, parce que la plupart des dépenses de santé ont lieu au cours des dernières années de la vie. Le scénario de référence du nombre de décès dans l'Union (illustré dans le graphique figurant ci-après) présente une courbe comparable au total des dépenses de santé, de 0,6 % par an en moyenne pour 2025. Le diagramme montre peu de changement avant 2010 et une croissance constante de 0,9 % par an ensuite – quand la mortalité est susceptible d'être au plus haut pour la génération du baby-boom d'après 1945.

En outre, en combinant les différents indicateurs liés aux comportements propres à l'âge et au vieillissement de la population (évolution de la répartition de l'âge et du nombre de décès), on peut conclure qu'au cours des 25 années à venir, la pression due au vieillissement sera plus forte au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Irlande. Elle sera comparable dans tous les autres États membres, à l'exception du Royaume-Uni et de la Suède, où elle est susceptible d'être plus modérée.

Outre le nombre de personnes concernées, l'allongement de l'espérance de vie peut entraîner une plus grande sollicitation du système de santé par le troisième âge sur une période de plus en plus longue. La structure d'âge des risques spécifiques d'incapacité est dès lors une question particulièrement pertinente, comme expliqué dans l'encadré de la page suivante.

En guise de conclusion générale, il est clair que l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé doit faire l'objet de plus de recherche.



50 Lubitz & Riley : "Trends in Medicare payments in the last years of life" *New England Journal of Medicine*, 328:1092-6, 1993; Zweifel, Felder e.a. "Ageing of population and health care expenditure: a red herring?" *Health Economics* vol 8:485-96, 1999.

Scénarios d'avenir : à l'aide d'une approche démographique^(*)

Les Européens vivent plus longtemps, mais les années de vie supplémentaires supposent-elles plus d'incapacité ? L'allongement de l'espérance de vie entraîne-t-il un glissement de la prévalence du handicap vers un âge plus avancé ?

On pourrait s'attendre à ce que le nombre de personnes handicapées augmente rapidement en Europe au cours des prochaines décennies, parce que de plus en plus de gens aborderont l'âge des taux d'incapacité élevés. Ce ne sera cependant pas nécessairement le cas si la structure d'âge des risques spécifiques d'incapacité continue à évoluer vers des âges plus avancés, c.-à-d. si à tout âge déterminé, le risque d'incapacité diminue.

Le premier des trois graphiques de la page suivante (graphe 19) reprend la population de l'Europe des Quinze en 2000 par âge, sexe et niveau d'incapacité, mesuré par les enquêtes de santé les plus récentes. La zone plus sombre recouvre les personnes légèrement et gravement handicapées. La pyramide d'âge montre qu'il y a actuellement plus de femmes handicapées de 55 à 80 ans que d'hommes.

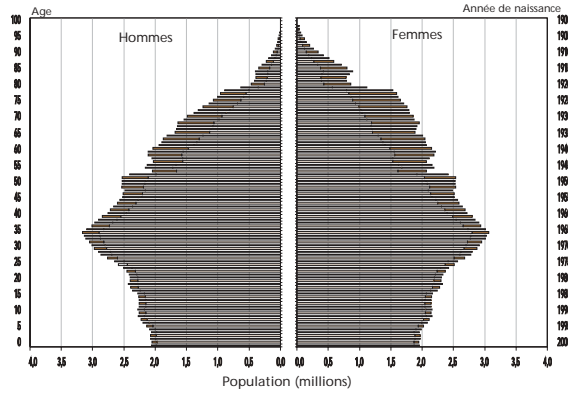
Le deuxième et le troisième graphique de la page suivante (graphes 20 et 21) proposent deux autres scénarios pour l'année 2030. Tous deux sont basés sur une projection identique de la population totale de l'Europe des Quinze, avec un gain supposé de deux ans d'espérance de vie totale par décennie.

- Le graphe 20 présente une projection de la pyramide d'âge basée sur l'hypothèse que les distributions de handicap par groupes d'âge observées actuellement ne changeront pas au fil du temps. Il ne suppose aucune modification de la probabilité de devenir handicapé pour chaque groupe et mène à un accroissement du nombre d'invalides, d'environ 60 millions actuellement à quelque 75 millions en 2030.
- Le graphe 21 part du principe que si l'espérance de vie augmente de deux ans par décennie, les proportions de personnes handicapées par groupes d'âge connaissent aussi un recul de deux ans par décennie. Cela signifie, par exemple, qu'en 2030 le risque d'être invalide à 70 ans est égal à celui de l'être à 64 ans en 2000. Dans ce scénario, les résultats n'indiquent pratiquement aucune croissance du nombre de personnes handicapées en Europe où leur total ne passe que de 60 à 62 millions en 2030. Étendu à 2050, ce scénario se traduira même par un léger recul de la population handicapée.

En conclusion, le nombre de personnes âgées qui auront besoin d'assistance et de soins n'augmentera pas nécessairement par suite du vieillissement de la population. Le facteur clé sera la future tendance des risques de devenir handicapé propres à l'âge. Cela semble un domaine où des mesures de santé publique et la médecine préventive peuvent faire une grande différence.

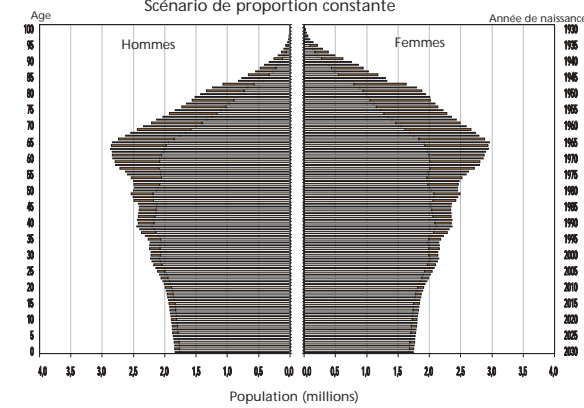
^(*) Cette référence provient des travaux de l'Observatoire européen de la situation sociale, de la démographie et de la famille.

Graphe 19 Profil de la population totale de l'UE, avec la proportion de personnes handicapées
Union européenne, 2000, population totale et population concernée



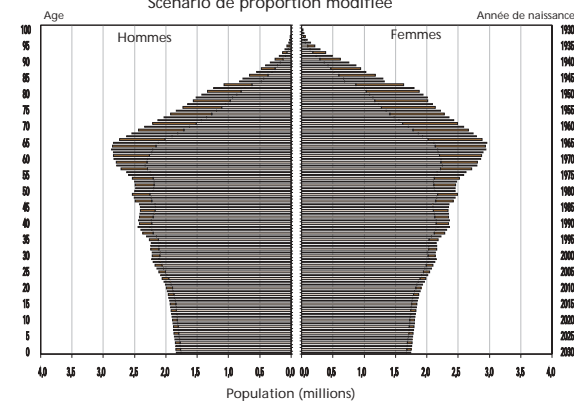
Source: Eurostat

Graphe 20 Projection de la population handicapée jusqu'en 2030, hypothèse : pas de changement d'incidence d'incapacité
Union européenne, 2030, population totale et population concernée
Scénario de proportion constante



Source: Eurostat

Graphe 21 Projection de la population handicapée jusqu'en 2030, hypothèse : changement de l'incidence de l'incapacité par âge.
Union européenne, 2030, population totale et population concernée
Scénario de proportion modifiée



Source: Eurostat

2.2. Déterminants socio-économiques de la santé

- L'environnement physique et social a un impact important sur l'état de santé. Dans ce contexte, les conditions de vie ne se limitent pas aux ressources financières disponibles, mais comprennent aussi l'ensemble des facteurs socio-économiques et environnementaux qui déterminent le niveau spécifique d'exposition aux risques pour la santé. Il faut tenir compte d'un certain nombre d'indicateurs indirects pour définir le statut socio-économique d'une personne, notamment le niveau d'études, les qualifications professionnelles, le statut professionnel, l'influence personnelle sur le lieu de travail, des considérations quant au mode de vie et l'étendue de l'intégration dans des réseaux sociaux. Tous ces facteurs interagissent de manière complexe, déterminant le niveau d'exposition à des risques sanitaires spécifiques. Cette exposition aux risques varie considérablement dans la société, ce qui peut expliquer dans une certaine mesure l'existence d'inégalités de santé.
- La santé humaine dépend de la disponibilité et de la qualité de la nourriture, de l'eau, de l'air et de l'hébergement. Ces conditions d'environnement dépendent toutefois de la manière dont nous gérons nos ressources. De fait, l'urbanisation rapide a suscité des problèmes particuliers dans de nombreuses villes, se traduisant par la pollution atmosphérique, des nuisances sonores inacceptables, des encombrements de la circulation et des accidents, des systèmes d'égout insuffisants et, dans certains quartiers, des mauvaises conditions de logement. D'autres ennuis de santé sont liés à la pollution de l'eau et de la nourriture qui est à l'origine de nombreuses maladies contagieuses. Néanmoins, la rénovation urbaine, l'amélioration de l'infrastructure, la surveillance des polluants et des mesures de sécurité alimentaire renforcées luttent contre ces effets négatifs.
- Un des facteurs clés susmentionnés est le statut professionnel, décisif pour l'état de santé. Les taux d'emploi élevés et le faible chômage réduisent considérablement la mortalité, surtout en raison de la réduction des maladies cardiovasculaires. Le risque de mortalité des sans-emploi se révèle cinq fois supérieur à celui des personnes qui ont un emploi stable. Les chômeurs s'estiment en outre plus souvent en mauvaise santé et consultent plus fréquemment un médecin. Bien que le soutien social et les réseaux ou les "emplois informels" puissent atténuer en partie l'impact négatif des pertes d'emploi, une stratégie d'emploi réussie pourrait encore contribuer à obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.
- Malgré l'impact général positif de l'emploi sur la longévité et la santé, des facteurs de risques spécifiques en rapport avec le secteur professionnel et le type de travail – également liés au sexe et au niveau d'études – sont à l'origine de certains ennuis de santé associés au travail (accidents, maladies et autres). Il s'agit en majorité de troubles musculosquelettiques, suivis du stress, des affections pulmonaires et cardiovasculaires. À côté du secteur professionnel et du type d'emploi, qui déterminent la nature des problèmes de santé liés au travail, la forme de contrat de travail (temporaire) ou de structure du travail (travail posté) sont aussi des facteurs importants.
- Les coûts des soins de santé préventifs ou curatifs doivent être examinés par rapport au nombre de journées de travail perdues et à la perte de production et de revenus, par suite de mauvaise santé et d'accidents de travail. Au total, les accidents de travail et les maladies professionnelles ont occasionné la perte de 500 millions de journées de travail dans l'Union en 1998/1999. Le coût total des maladies professionnelles est considérable et comprend des dépenses liées à l'engagement de personnel nouveau ou temporaire et au versement d'indemnités aux travailleurs malades.
- Le revenu et l'inégalité du revenu sont intimement liés à l'état de santé, parce que l'accès aux soins de santé préventifs et curatifs (associé à une assurance et un revenu élevé) est important pour la santé, non seulement par l'accès aux soins (hospitalisation, consultation, par exemple), mais également par la qualité des soins (traitement, communication et suivi, par exemple). Il convient de noter que les améliorations en termes de santé de la population résultant de la réduction de l'inégalité des revenus sont particulièrement importantes quand la pauvreté existe dans la société. Il faut aussi garder à l'esprit que l'impact marginal des prestations de santé diminue avec l'augmentation du niveau de revenus du bénéficiaire.
- Enfin, les relations entre les facteurs socio-économiques et l'état de santé ne sont pas faciles à discerner. Les mécanismes qui déclenchent un processus pathologique ne dépendent pas seulement d'agrégats comme le revenu et l'emploi, mais aussi de l'expérience individuelle et du contexte social tout au long de la vie, ainsi que d'autres facteurs, dont le rang et la confiance qui, à leur tour, sont fonction de la structure hiérarchique ou égalitaire de nos sociétés.

Introduction

Le niveau de vie global de la population européenne résulte de différents facteurs parmi lesquels les facteurs environnementaux et socio-économiques sont particulièrement importants alors que les systèmes de santé jouent un rôle plus limité.

Comme la santé est influencée par les conditions de vie et de travail, les politiques dans ces différents domaines, tels que l'emploi, l'éducation, la protection sociale ou le logement peuvent contribuer de façon significative aux objectifs dans le domaine de la santé. Les liens entre l'état de santé et les conditions de vie en général justifient d'accorder une attention importante à ces facteurs et de soutenir le développement de synergies entre les systèmes de santé et les politiques sociales pertinentes.

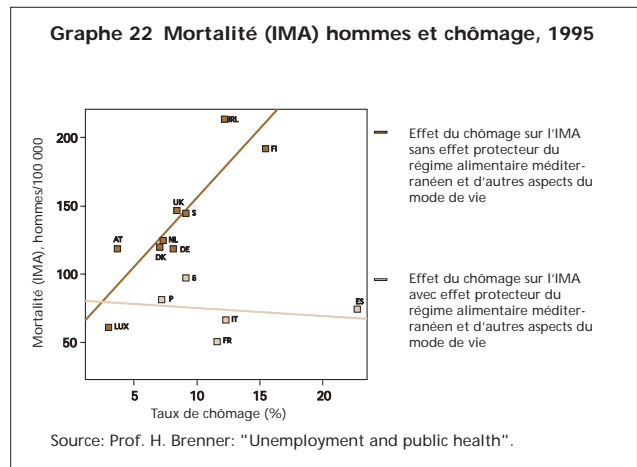
2.2.1 Impact de l'emploi et du chômage

Le statut professionnel a un impact sur l'état de santé

Les taux d'emploi élevés ou de faible chômage alliés à une richesse nationale moyenne élevée s'avèrent réduire considérablement les taux de mortalité pour une période donnée, surtout en raison du recul des maladies cardiovasculaires⁵¹. Il est prouvé que ces paramètres ont un net impact sur la mortalité et contrôlent d'autres facteurs. En fait, les modifications du taux d'emploi expliquent en grande partie l'évolution du taux de mortalité. Ces observations se confirment si l'on compare non seulement les niveaux annuels dans chacun des 15 États membres, mais aussi les variations annuelles de ceux-ci. De même, dans l'ensemble de l'UE, les taux de chômage annuels propres à un pays expliquent en partie les différences de mortalité par maladies cardiaques.

Le graphique 22⁵² montre que le chômage influence négativement l'espérance de vie mais l'impact des taux de chômage élevés est différent dans les pays méditerranéens par rapport aux autres pays de l'Union. Il convient de noter cependant que les possibilités offertes par l'économie informelle ou un cadre social comparable pour intégrer les personnes qui ne participent pas au marché du travail, permettent d'atténuer les effets négatifs pour la santé. Dans ce cas, le réseau social fait office de "tampon" contre les bouleversements économiques négatifs (voir plus loin dans le texte sur les revenus et la pauvreté).

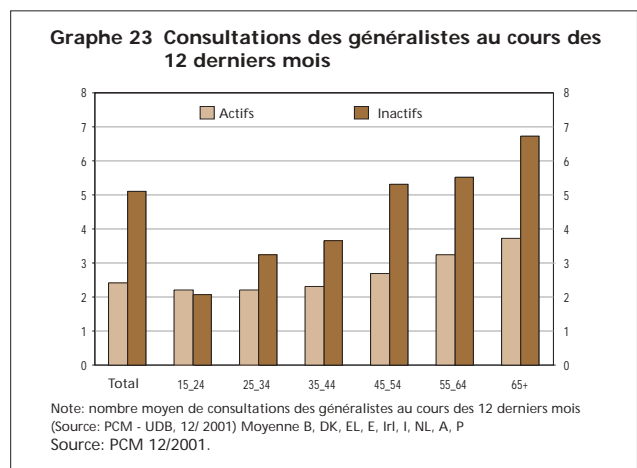
En outre, de nombreuses études à l'échelle individuelle indiquent une corrélation positive entre le chômage et la maladie ou l'incapacité, tant physique que mentale, par exemple les taux de suicide relativement élevés parmi les jeunes sans-emploi. Le lien entre le statut professionnel



d'une part et la mortalité de l'autre peut s'expliquer en termes de statut et de mode de vie au sens large.

L'importance du statut socio-économique pour la santé et la mortalité (sans tenir compte d'autres caractéristiques telles que le sexe et l'âge) a été mise en évidence dans nombre de recherches épidémiologiques. Les diverses dimensions qui caractérisent le statut social conduisent à différentes expositions aux risques sanitaires⁵³. Il a été montré en outre qu'un statut socio-économique peu élevé va de pair avec une plus grande mortalité⁵⁴ et que les systèmes de soins de santé tendent à offrir un traitement moins approprié aux catégories qui ont un statut moins élevé. Dans ce contexte, il importe à nouveau de noter l'impact cumulatif positif ou négatif sur la santé de toute modification des aspects socio-économiques tout au long de la vie.

Dans l'ensemble, les chômeurs, les invalides à domicile et les retraités s'estiment plus souvent en mauvaise santé que la population active⁵⁵. Ainsi, les "inactifs" consultent plus souvent leur généraliste⁵⁶(5,1 par an) que les actifs (2,4 par an)



51 Professeur H. Brenner, e.a. "Chômage et santé publique", Commission européenne, Direction générale de l'emploi et des affaires sociales. Présenté à un séminaire à Bruxelles (Mai 2002) avec des contributions du professeur C.Perucci et du professeur J. Siegrist..

52 Contribution du professeur H.Brenner: le graphique montre la relation statistiquement importante entre le taux de chômage dans et en dehors des pays méditerranéens et l'infarctus du myocarde aigu (IMA). L'impact combiné des taux de chômage et des facteurs protecteurs du mode de vie méditerranéen expliquent à raison de 81 % la variation des taux de mortalité masculins par IMA entre les pays de l'UE.

53 Ces dimensions résultent généralement de politiques macroéconomiques et sociales.

54 Dans les années 80, l'espérance de vie à 60 ans, était de 22 ans de plus pour les ingénieurs et 17 ans pour les travailleurs manuels. (Voir Annette Leclerc e.a.: Les inégalités sociales de santé, Éditions La Découverte, Paris 2000).

55 Eurobaromètre 57.2 printemps 2002.

56 Ils peuvent être devenus inactifs par suite de mauvaise santé ou vice versa.

D'autre part, une reprise de l'activité ou du travail ne réduit pas nécessairement les risques sanitaires: les nouveaux emplois peuvent être précaires, temporaires, inconfortables ou stressants, ce qui se traduit toujours par un surcroît de risques de santé professionnels.

Il est démontré⁵⁷ que le risque de mortalité des sans-emploi est près de cinq fois supérieur à celui de ceux qui occupent un emploi stable. Par ailleurs, les personnes qui reviennent sur le marché de l'emploi ont un taux de mortalité de près de 1,5 fois supérieur à celui de ceux qui sont employés de façon stable. Bien que les résultats soient comparables à ceux d'autres études⁵⁸, les chiffres peuvent cacher d'autres facteurs sous-jacents, comme des ennuis de santé préalables, en d'autres termes les personnes ayant de tels problèmes sont sans doute plus probablement sans-emploi.

Tableau 1 Vie professionnelle et mortalité

Turin 1991-1996 (Profession 1976, 1981, 1986, 1991)

Cardano e.a., 1999

Vie professionnelle	%	Risque relatif
Emploi stable	73.8	1.00
Chômage -> emploi	2.5	1.43
Emploi	6.6	1.52
Emploi -> retraite (cols blancs)	6.3	1.61
Emploi -> retraite (cols bleus)	6.0	2.22
Emploi -> chômage	3.3	2.29
Chômage permanent	0.4	2.61
Chômage -> exclusion de la population active	0.4	3.85
Exclu en permanence de la population active	0.8	4.81

Source: Cardano e.a.

L'état de santé a un impact sur le statut professionnel

En fait, le statut professionnel affecte la santé, mais la recherche empirique montre que la relation inverse est vraie aussi: la mauvaise santé, qu'elle soit ou non liée au travail, est source d'absentéisme dans la population active. En d'autres termes, un emploi est bon pour la santé, mais il vaut mieux qu'il soit bon.

Les ennuis de santé liés au stress peuvent résulter d'un déséquilibre entre la charge de travail et la capacité des travailleurs à faire face à ces exigences (voir également le modèle "exigences-maîtrise-soutien" étudié plus loin dans ce chapitre). En réalité, certaines études⁵⁹ montrent que le "rang" et "l'impression de contrôle" sont des variables causales essentielles de la santé et de la mortalité. Le déséquilibre entre la charge de travail et l'impression de contrôle

La stratégie européenne pour la santé et la sécurité au travail

La santé et la sécurité au travail forment l'un des principaux secteurs de politique sociale de l'Union européenne. La santé au travail ne se limite pas à l'absence d'accidents de travail ou de maladies professionnelles, mais a trait au bien-être physique, moral et social, 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 élaborée pour la période 2002-2006, prenant en compte les changements de la société et du monde du travail*. La stratégie adopte une approche globale du bien-être au travail, basée sur des mesures préventives et la construction de partenariats entre tous les acteurs de l'emploi, de la santé et de la sécurité. En plus de créer une véritable culture de la prévention des risques par une meilleure application de la législation existante et une meilleure connaissance des risques professionnels, les États membres seront également appelés à adopter des objectifs nationaux pour réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles.

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

peut se traduire par un absentéisme temporaire. L'ensemble du processus est influencé par des facteurs individuels (biologiques et psychologiques), des facteurs d'emploi (organisation du travail, stress et accidents) et des facteurs sociétaux (environnement)⁶⁰. Cela peut sembler évident, mais il importe de souligner que l'absentéisme reflète en partie l'interaction de différents éléments du lieu de travail, qui peuvent être adaptés de façon appropriée. Il a été démontré⁶¹ que la qualité du travail – la création de "meilleurs emplois" – a un impact positif sur la participation au marché du travail, spécialement des femmes et des personnes âgées, et semble renforcer la productivité au travail. La relation entre la qualité du travail et les ennuis de santé professionnels est analysée plus en détail ci-après.

L'absentéisme comporte un coût pour la société et continue à croître. Dans ce contexte, il convient de signaler que les accidents du travail et les maladies professionnelles ont entraîné la perte de 500 millions de journées de travail en 1998/1999⁶².

57 Prof. C. Perucci, présentation en Mai 2002, Bruxelles, à la DG Emploi et Affaires sociales. Les chiffres sont basés sur l'étude longitudinale du recensement de la mortalité de Turin (1976, 1981, 1986, 1991). Cardano e.a., < 1999.

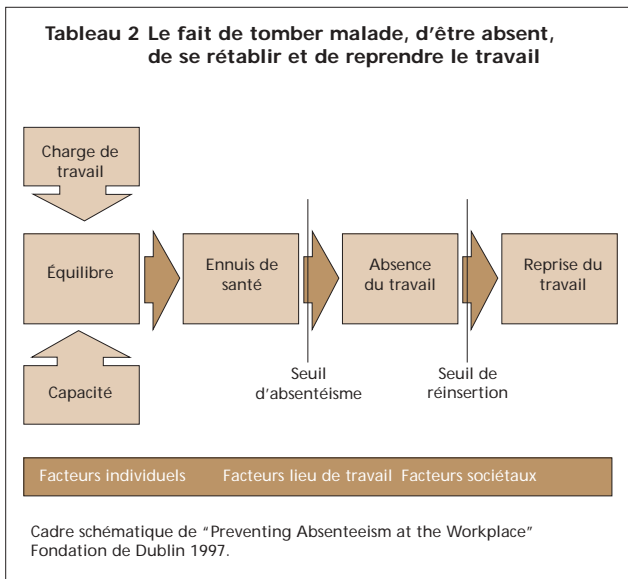
58 Annie Mesrine: La surmortalité des chômeurs - un effet catalyseur du chômage ? ; INSEE, Économie et statistique n° 334, 2000. Voir aussi: L.Berkman & I.Kawachi (ed.) : Social Epidemiology, chap. 6.

59 M. Marmot: The influence of Income on Health ; Health Affairs, mars/avril 2002.

60 Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail: La prévention de l'absentéisme sur le lieu de travail, Dublin, 1997. www.eurofound.ie

61 L'emploi en Europe 2002: synergies entre qualité et quantité sur les marchés européens du travail (chapitre 3). Commission européenne, DG emploi et affaires sociales.

62 Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail: Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000. www.eurofound.ie. En moyenne 1,26 journée a été perdue par travailleur en raison d'accidents du travail en 2000 et 1,80 journée en raison de problèmes de santé liés au travail. En 2000, l'emploi total concernait 164 702 000 personnes.



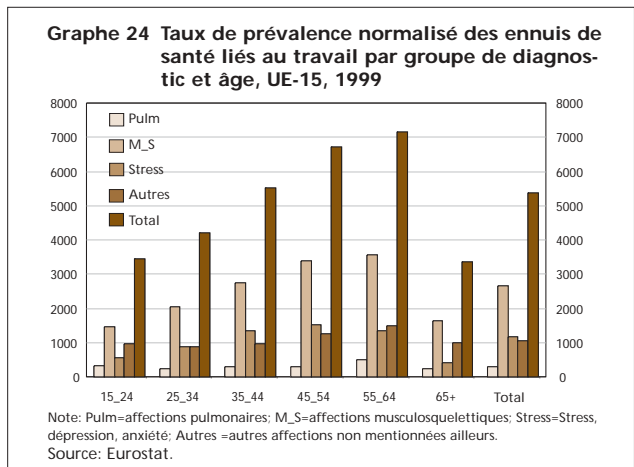
D'après la 3^{ème} enquête européenne sur les conditions de travail (2000), 27 % de tous les travailleurs de l'Europe des Quinze, pour 40 % dans les États adhérents et les pays candidats, pensent que leur travail comporte un risque pour leur santé ou leur sécurité, particulièrement dans les secteurs de la construction, de l'agriculture, de la pêche, du transport, l'industrie manufacturière et l'exploitation minière. Les artisans, les conducteurs de machine et les travailleurs agricoles sont plus exposés au bruit, aux vibrations, aux émanations et à la poussière, aux positions de travail fatigantes ou aux charges lourdes que les autres catégories professionnelles en général, et cette tendance s'est renforcée au cours de la dernière décennie. De même, le rythme de travail semble plus élevé pour un nombre croissant de personnes interrogées, en particulier les conducteurs de machine et les artisans.

Les questions de santé professionnelles peuvent être examinées à l'aide d'un éventail d'indicateurs, allant des ennuis de santé liés au travail en général, à des domaines plus spécifiques, tels que les maladies professionnelles, les accidents de travail et les dommages accidentels. Chacun de ces domaines sera examiné plus loin.

La fréquence des ennuis de santé liés au travail dépend de plusieurs facteurs.

Voici quelques-unes des principales conclusions sur les ennuis de santé liés au travail, à l'aide du taux de prévalence normalisé (SPR)⁶³:

- Le taux de prévalence normalisé varie considérablement entre les États membres, l'Espagne et le Portugal ayant des taux inférieurs de moitié à la moyenne européenne et les



trois États membres nordiques, des taux nettement supérieurs à la moyenne. Plus de 40 % des problèmes de santé liés au travail sont des troubles musculosquelettiques, 14 % se classent comme "stress, dépression et anxiété" et 6 % sont des affections pulmonaires.

- L'âge est un déterminant important: le taux de prévalence normalisé général est plus faible dans le groupe des 15-24 ans. Il augmente ensuite progressivement pour atteindre le maximum dans le groupe des 55-64 ans.
- Différents types d'industrie sont associés à divers types et probabilités de problèmes de santé liés au travail. Les secteurs de la santé, du travail social et de l'éducation connaissent les incidences les plus élevées, en particulier (deux fois la moyenne générale) en matière de stress, de dépression et d'anxiété.
- La profession d'une personne intervient aussi pour déterminer le risque et le type d'ennuis de santé liés au travail. Ceux qui occupent les postes les plus élevés⁶⁴ (hauts fonctionnaires et cadres de direction) risquent six fois plus de souffrir du stress que ceux qui sont au bas de l'échelle. Inversement, l'incidence des troubles musculosquelettiques diminue de moitié en passant de la fonction la plus basse à la plus élevée et leur gravité diminue considérablement aussi.

Dans le contexte de problèmes de santé liés au travail, on a démontré l'existence d'une relation quantifiée entre le risque de cardiopathie et une situation professionnelle *stressante*⁶⁵, dont les exigences sont élevées, tandis que le contrôle et le soutien social sont faibles⁶⁶. Il est préoccupant dès lors que 33 % de tous les travailleurs estiment⁶⁷ ne pas contrôler leur cadence de travail et 24 % travaillent constamment à grande vitesse. Des chiffres comparables sont rapportés dans les États adhérents. Cela se vérifie particulièrement dans les emplois précaires et parmi ceux dont le statut socio-économique est inférieur⁶⁸. Un rythme de travail rapide en permanence

63 À partir des données Eurostat, à l'aide des taux de prévalence généraux normalisés (SPR ou Standardised Prevalence Rate, c.-à-d. la proportion de la population, normalisée par âge et sexe pour les besoins de la comparaison, ayant une maladie ou une affection à un quelconque moment de l'année).

64 CIP (c.-à-d. Classification internationale des types de professions). Voir également Eurobaromètre 56.1. (www.europa.eu.int Octobre 2002)

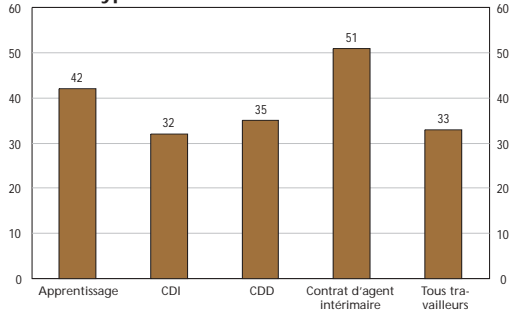
65 Voir Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, Bilbao, <http://europe.osha.eu.int>

66 Voir aussi la présentation du Professeur J.Siegrist au séminaire de Bruxelles 21.05.2002 intitulée "Chômage et santé publique".

67 Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000 (voir ci-dessus).

68 Sans tenir compte des déterminants sociaux de la santé publique, il ne faut pas oublier qu'une force de travail vieillissante (déterminant démographique) est plus exposée aux problèmes de santé liés au travail. Voir aussi Eurobaromètre 56.1. (www.europa.eu.int Octobre 2002).

Graphe 25 Pourcentage de travailleurs n'ayant aucune influence sur leur rythme de travail, par type de contrat



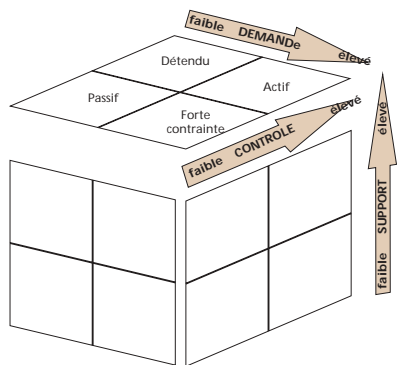
Source: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail - 3ème enquête sur les conditions de vie et de travail, Dublin 2000.

engendre des risques sanitaires cumulés dus au stress et génère des douleurs musculaires, des maux de dos, des maux de tête et une fatigue générale qui peuvent être source de mauvaise santé et d'absentéisme.

Les situations stressantes sont souvent en rapport avec des conditions de travail changeantes ou une insécurité d'emploi, et plus fréquentes parmi les travailleurs sous contrat temporaire. En 2000, quelque 28 % des hommes et 29 % des femmes estimaient leur travail stressant, surtout parmi les professionnels, les techniciens et les cadres.

Les liens entre le stress et la santé sont partiellement directs et en partie indirects, les premiers influençant le système neuroendocrinien, les derniers se traduisant par un comportement malsain, avec consommation de tabac et d'alcool. Ces relations sont illustrées par le diagramme ci-contre, qui résume la recherche sur l'organisation du travail

Tableau 3 Le modèle exigences-maîtrise-soutien (Karasek & Theorell, 1990 ; Johnson & Hall, 1998)



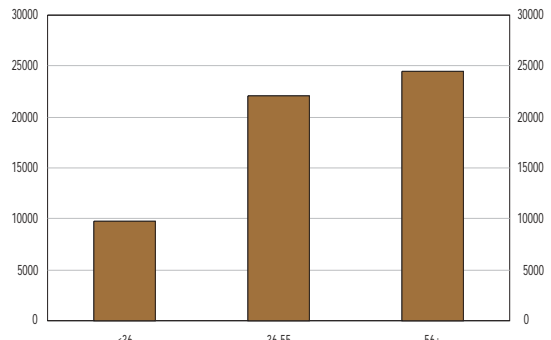
Si les exigences liées au travail sont incontrôlables et dépassent la capacité du travailleur, la situation devient stressante (quadrant "forte contrainte") et le risque de tomber malade augmente. Si les exigences de l'emploi sont grandes mais que le travailleur exerce un certain contrôle, la situation devient un défi (quadrant "actif"). La quantité de soutien social de la direction et des collègues peut faire office de "tampon" dans les situations stressantes. (De : Manuel d'orientation sur le stress lié au travail, DG EMPL, 1999)

et son impact sur la santé⁶⁹. Les travailleurs censés être très performants et qui ne contrôlent pas ou peu leurs tâches et leur situation de travail sont soumis à des contraintes psychologiques et enclins aux ennuis de santé. Une participation accrue à l'organisation du travail, avec des activités de formation et d'apprentissage tout au long de la vie, suscite de nouveaux comportements, qui motivent les travailleurs et réduisent les maladies dues au stress. L'ajout d'une troisième dimension, associée au soutien social sur le lieu de travail, souligne l'importance des réseaux sociaux en tant que "tampon" de protection contre la mauvaise santé.

La prévalence des maladies professionnelles.

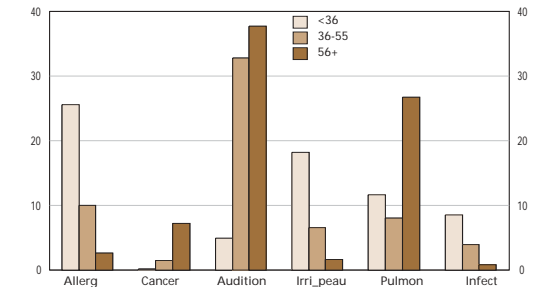
Les maladies professionnelles affectent surtout les travailleurs âgés: ceux de 56 ans et plus représentent 43 % des cas, mais 10 % seulement de la population active. Les travailleurs de moins de 36 ans ne constituent qu'un sixième des cas, mais composent près de la moitié de la population active. Le liste présentée ci-après reprend les principaux faits relatifs aux maladies professionnelles:

Graphe 26 Maladies professionnelles, EU-15 - 1995 Nombre de cas par groupe d'âge



Source: Eurostat

Graphe 27 Maladies professionnelles, EU-15 - 1995 Principaux cas par groupe d'âge (% dans chaque groupe)



Note: Allerg=effets allergiques; Cancer=Cancer; Audition=troubles auditifs; Irri_peau=effets irritants pour la peau ou les muqueuses; Pulmon=affections pulmonaires; Neurolog=troubles neurologiques; Infect=maladies infectieuses
Source: Eurostat

- Un petit nombre de causes est responsable d'une grande part des maladies professionnelles. Les causes externes expliquent plus de la moitié du total des maladies professionnelles et parmi celles-ci, le bruit en motive plus de

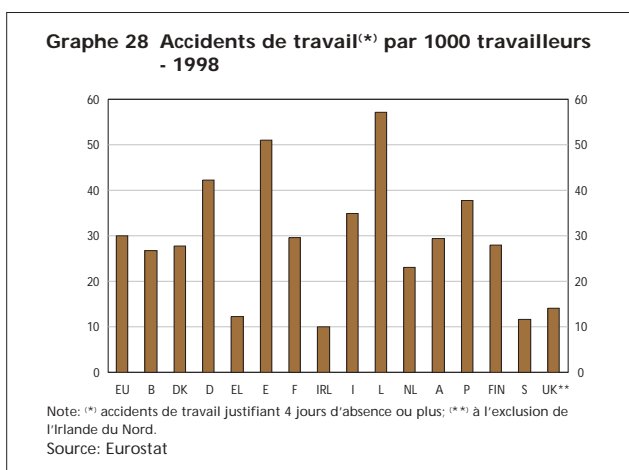
69 Pour une discussion plus détaillée, voir: Berkman L. & Kawachi I. (ed.): Social Epidemiology, Oxford University Press, 2000, chap. 5.

60 %. Les maladies respiratoires constituent 17 % de toutes les maladies professionnelles et parmi celles-ci, près d'un tiers sont dues à l'amiante et un quart à la silicose. Les allergies professionnelles représentent près de 10 % suivies des troubles musculosquelettiques (7 %). La prévalence de ces maladies varie avec l'âge. Ainsi, les affections allergiques, les maladies ayant des effets irritants pour la peau ou les muqueuses et les maladies infectieuses diminuent nettement avec l'âge et inversement, le cancer, les troubles auditifs et les affections pulmonaires sont positivement corrélées avec l'âge.

- Les maladies professionnelles se concentrent principalement dans les secteurs non tertiaires: 43 % de toutes les affections surviennent dans le secteur industriel et plus de 40 % d'entre elles sont dues au bruit. 12 % surviennent encore dans l'industrie minière, où la silicose en représente 40 %. Enfin, 13 % de tous les cas adviennent dans la construction.
- Bien que les femmes représentent 46 % de la population active, la proportion de leurs maladies professionnelles est nettement moindre: 18 % seulement en moyenne⁷⁰. Elle est même inférieure pour les maladies professionnelles telles que le cancer (4 %), les troubles auditifs (3 %) et les affections pulmonaires (4 %). Toutefois, les femmes sont surreprésentées dans les affections neurologiques (55 %) et surtout les maladies infectieuses (60 %).

Les accidents au travail se traduisent par la perte de nombreuses journées de travail...

Dans l'UE en 1998, près de 4,7 millions d'accidents du travail ont donné lieu à quatre jours d'absence ou plus, ce qui équivaut à 70 millions de journées de travail perdues. Plus de la moitié (53 %) de tous les accidents du travail⁷¹ entraînent plus de 30 jours d'absence. Des détails supplémentaires sur les accidents de travail sont donnés ci-après.



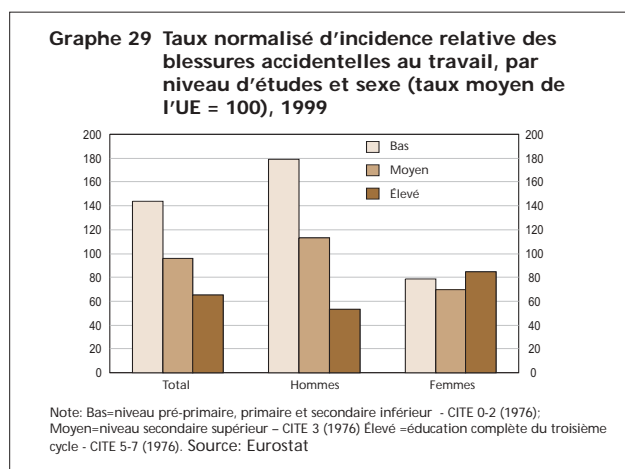
- Il y a de grandes disparités entre les États membres. Le nombre d'accidents de travail par 1 000 travailleurs était de 30 en moyenne en 1998 dans tous les États membres,

mais atteignait moins de la moitié en Irlande, en Suède, en Grèce et au Royaume-Uni et plus de 40 en Allemagne, en Espagne et au Luxembourg. Quelque 80 % des accidents de travail concernaient des hommes.

- Les accidents peuvent affecter différentes parties du corps: les extrémités supérieures sont touchées dans 41 % des cas, les extrémités inférieures dans 26 % et la tête dans 9 %. Il convient de signaler également que les accidents touchant la tête sont responsables de 28 % des accidents mortels.
- En 1998, le nombre moyen d'accidents de travail mortels dans l'Union (à l'exclusion des accidents de transport au cours du travail) était de 1,9 par 100 000 travailleurs⁷². Il varie dans l'UE, avec des taux inférieurs à l'unité en Suède et au Royaume-Uni, tandis que le Luxembourg, l'Autriche et le Portugal affichaient des taux de plus de 3,5. Par âge, les taux d'accidents mortels les plus élevés se trouvent parmi les travailleurs de 45-54 ans (2,2) et surtout dans le groupe des 55-64 ans (3).
- Enfin, les accidents sur le chemin du travail donnant lieu à quatre jours d'absence ou plus étaient au nombre de 420 000 en 1998, soit 2,8 par 1 000 salariés. Les jeunes travailleurs (moins de 25 ans) sont particulièrement surreprésentés: ils représentent 11 % de la population active, mais 22 % des accidents sur le chemin du travail et leur part est comparable dans les 2 000 accidents mortels sur le chemin du travail.

...tandis que l'incidence des dommages accidentels est affectée par une série de facteurs.

- Les travailleurs masculins sont impliqués dans un plus grand nombre de dommages accidentels que les femmes: si la moyenne générale de l'UE équivaut à l'indice 100, les taux d'incidence respectifs pour les hommes et les femmes se situent à 115 et 74. Cette prévalence masculine est largement due à la répartition des sexes par secteur et profession. Ainsi, dans l'industrie, les hommes et les femmes présentent des taux de 137 et 65 respectivement.



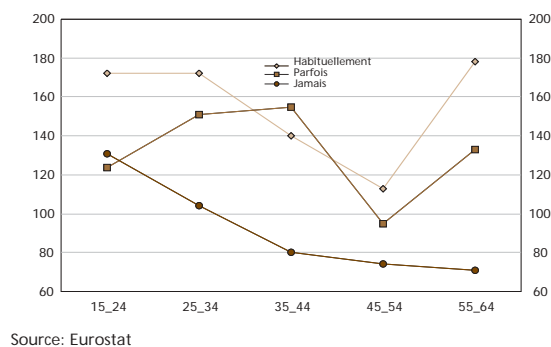
70 Veuillez noter que ces statistiques ne sont pas ajustées pour les heures prestées ni le secteur professionnel.

71 Quand la période d'absence est signalée.

72 Cela équivaut à près de 3 000 accidents mortels. Ce chiffre passe à 5 400 si l'on inclut les accidents de la route et les accidents en cas d'utilisation de transport dans le cadre du travail. Quelque 94 % de ces accidents impliquaient des travailleurs masculins.

- Le niveau d'études semble un des principaux déterminants, mais uniquement pour les travailleurs masculins. Les taux d'incidence se situent respectivement à 179, 113 et 53 pour ceux qui ont un niveau d'études bas, moyen et élevé. Chez les femmes, le taux d'incidence reste dans la plage nettement inférieure de 70 à 85.
- L'âge est un autre déterminant important: le taux d'incidence diminue de la tranche des 15-24 ans à celle des 45-54 ans, mais augmente à nouveau chez les 55-64 ans. Après une blessure accidentelle, les périodes de rétablissement sont nettement plus longues et la proportion d'incapacité de travail permanente est plus élevée pour les travailleurs âgés. Les jeunes travailleurs tendent à avoir plus de coupures et brûlures tandis que les travailleurs âgés sont plus exposés aux fractures.
- Les travailleurs dont la semaine de travail est plus courte connaissent des taux de blessures accidentelles plus élevés. Le taux d'incidence des hommes travaillant moins de dix heures par semaine est cinq fois supérieur à la moyenne masculine générale. Le chiffre correspondant pour les femmes travaillant moins de dix heures par semaine équivaut à près de deux fois la moyenne féminine. Il en va de même des travailleurs sous contrat à durée déterminée: les travailleurs temporaires présentent des taux d'incidence plus élevés et une plus grande gravité que les travailleurs permanents ou les apprentis.

Graphe 30 Taux d'incidence relatif des dommages accidentels au travail par fréquence du travail posté et par âge (Taux moyen de l'UE = 100), 1999



- Les dommages accidentels ont un taux d'incidence élevé dans le travail posté : ceux qui déclarent travailler "habituellement" par équipe connaissent des taux d'incidence plus élevés que ceux qui le font "parfois". Ceux qui ne travaillent "jamais" par équipe ont les taux les plus bas et ils diminuent avec l'âge. De même, quand le travail de nuit est plus fréquent, la fréquence des dommages accidentels au travail est plus élevée, surtout pour les jeunes travailleurs et ceux de 55 ans et plus. Le travail de nuit accroît aussi considérablement le risque de blessures plus graves chez les plus de 55 ans.

Les efforts pour améliorer la qualité des emplois et l'employabilité de la population en âge de travailler, par la formation ou une organisation du travail appropriée, conformément aux objectifs de Lisbonne, peuvent aussi avoir des effets positifs sur la santé publique. Le recul de l'absentéisme pour cause de problèmes de santé liés au travail améliorerait la productivité et les résultats tout en réduisant les dépenses en soins de santé à court terme ("approche préventive"). En outre, comme les soins de santé ont un impact positif sur la capacité des chômeurs ou inactifs à travailler ("approche curative"), l'accessibilité et l'efficacité des systèmes de soins de santé s'inscrivent dans le cadre de la stratégie d'inclusion et d'amélioration de l'emploi pratiquée par les États membres.

Les dépenses directes associées aux mesures préventives ou curatives doivent être comparées à la réduction des coûts socio-économiques et aux augmentations marginales des résultats et des revenus. Des informations européennes du début des années 1990 montrent que les coûts socio-économiques (perte de production et dommages à la propriété, coûts du traitement médical et administration) imputables aux accidents et maladies liés au travail représentent environ 2 % à 3 % du PIB⁷³. Les informations⁷⁴ concernant les États-Unis indiquent que les revenus annuels des travailleurs masculins à temps plein en bonne santé étaient de 10 % supérieurs à ceux des travailleurs en moins bonne santé.

2.2.2. Impact de l'éducation et de la formation tout au long de la vie

L'éducation est importante pour la santé au niveau macro et individuel...

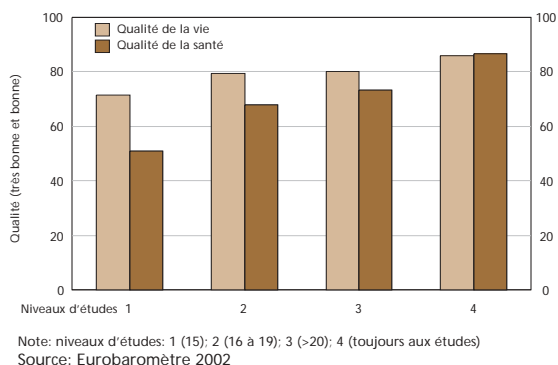
Le niveau d'études, une dimension importante du statut socio-économique, est associé au concept de capital humain. Au niveau macroéconomique, une main-d'œuvre plus qualifiée engendre des effets externes qui alimentent l'emploi, l'innovation technologique et la productivité. Au niveau individuel, l'éducation semble aussi améliorer les aptitudes sociales, élargir les perspectives individuelles, renforcer l'assurance, accroître les compétences et les capacités, et favoriser un mode de vie sain, en augmentant la conscience des risques. D'après un *Eurobaromètre*, 50 % seulement des personnes ayant un niveau d'études inférieur au secondaire supérieur, pour près de 75 % de ceux qui ont achevé le troisième cycle, s'estiment en "bonne" ou "très bonne" santé.

La profession est souvent fonction du niveau d'études et confirme dès lors le résultat attendu que les cadres et les travailleurs en col blanc, qui ont généralement fait des études supérieures, apprécient leur santé de façon plus positive que les travailleurs manuels.

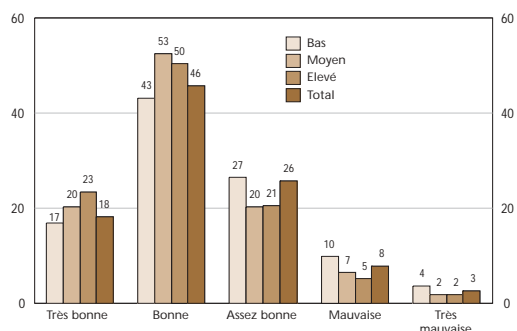
73 Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail: La prévention de l'absentéisme sur le lieu de travail, Dublin 1997. Chiffres comparables dans le rapport de l'OMS sur la santé en Europe, 2002.

74 The Kaiser Commission on Medic aid and the Uninsured: "Sicker and Poorer – The Consequences of being Uninsured", mai 2002.

Graphe 31 Niveau d'études et perception de la santé et de la qualité de la vie

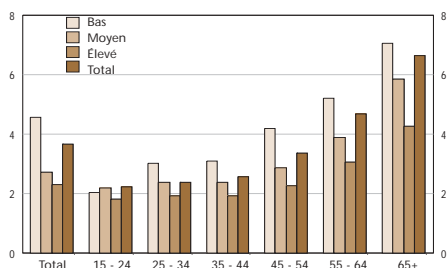


Graphe 32 Perception personnelle de la santé (1998)



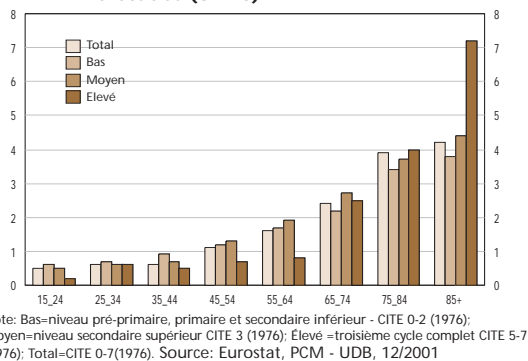
Le nombre de consultations des médecins généralistes au cours des 12 derniers mois est un autre indicateur de santé. Le graphique ci-dessous montre un rapport clair entre le niveau d'études et le nombre de consultations dans chaque tranche d'âge de plus de 24 ans. En moyenne, les personnes ayant un niveau d'études élevé tendent à consulter les généralistes 2,3 fois par an pour 4,6 parmi ceux qui ont un bas niveau d'études. L'écart se creuse avec l'âge.

Graphe 33 Nombre moyen de consultations de généralistes au cours des 12 derniers mois, suivant le niveau d'études et le groupe d'âge, 1998



Un tableau comparable se dessine si l'on examine le nombre de nuits passées à l'hôpital au cours des douze derniers mois. Les personnes qui ont un niveau d'études supérieur tendent à passer moins de nuits à l'hôpital quand elles sont en âge de travailler, mais ce nombre augmente rapidement une fois atteint l'âge de la retraite et dépasse alors celui des autres niveaux d'études⁷⁵.

Graphe 34 Nuits passées à l'hôpital au cours des 12 derniers mois par âge, suivant le niveau d'études (UE-15)



La formation tout au long de la vie.

L'apprentissage tout au long de la vie est un autre aspect de l'éducation. Plus de 8 % de la population active ont participé à des activités de formation en 2001⁷⁶, qui témoignent d'un engagement de la part de l'employeur et de l'employé. On peut s'attendre à ce que cet effort ait un impact positif sur l'organisation du travail et la productivité au niveau de l'entreprise. En cas de succès, il y a une relation multidimensionnelle avec une meilleure perception de la santé par les personnes concernées, bien que d'autres aspects liés au stress ou à la cadence de travail puissent atténuer l'effet immédiat.

2.2.3. Impact des facteurs liés à l'environnement.

Le développement durable est un objectif fondamental de l'Union européenne

Les questions de santé constituent l'un des domaines clés définis par le Conseil européen de Göteborg en juin 2001, lors du lancement de la stratégie européenne pour un développement durable. Il a souligné la nécessité de répondre aux préoccupations des citoyens concernant la sécurité et la qualité des aliments, l'utilisation de produits chimiques et les risques d'épidémies de maladies infectieuses et de la résistance aux antibiotiques.

L'environnement influence la santé humaine

La santé humaine dépend de la disponibilité d'un logement, d'eau, d'air et de nourriture de qualité. Les évolutions positives, depuis la Seconde Guerre mondiale, d'indicateurs clés de la santé comme l'espérance de vie et la mor-

75 Néanmoins, comme mentionné précédemment, d'autres dimensions liées au niveau d'études comme l'environnement de travail ou les relations sociales interviennent aussi dans l'impression de bonne ou mauvaise santé.

76 Source : Eurostat (statistique sur la participation à la formation des 25 à 64 ans).

talité sont largement dues à des changements du mode de vie et des progrès des soins médicaux, mais elles résultent aussi, en partie, des améliorations des conditions environnementales et de vie.

Il importe de noter aussi que beaucoup de facteurs environnementaux – dont la pollution atmosphérique, la pollution de l'eau, la contamination des aliments, les nuisances sonores ou les embarras de circulation – influencent négativement la santé de la population européenne. Certains de ces facteurs de risque peuvent être liés aux catastrophes naturelles (notamment les inondations, l'érosion, les incendies et les tremblements de terre), mais la majorité sont dus à l'homme et sont soit accidentels (Tchernobyl, par exemple, " Prestige" et ESB) ou résultent de notre mode de vie quotidien et de l'utilisation des ressources. Il est difficile néanmoins de quantifier la mesure dans laquelle l'exposition aux facteurs environnementaux influence la santé, en raison à la fois du manque de données fiables et de la difficulté d'identifier les relations de cause à effet entre la pollution environnementale et la santé humaine⁷⁷.

Les changements de notre mode de vie affectent notre environnement

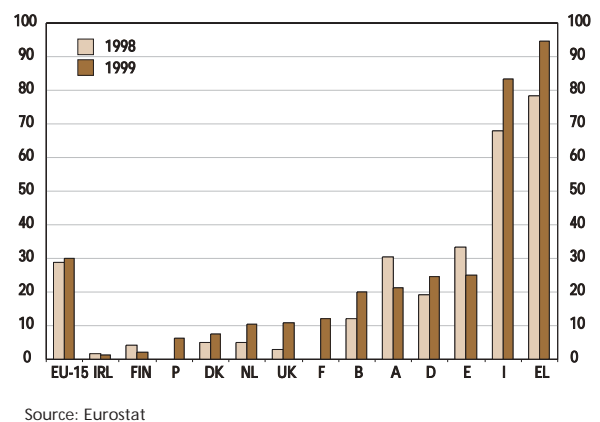
En Europe, plus de deux tiers de la population totale vivent maintenant dans des régions urbaines, en conséquence de la migration au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle. L'urbanisation rapide et le déclin urbain ont négativement influencé la qualité de la vie de la population citadine dans de nombreuses régions. Beaucoup de villes comptent de nombreux quartiers où sévissent des problèmes de pauvreté et d'exclusion sociale, souvent combinés à de mauvaises conditions de logement. Dans les années 80, face au déclin urbain, beaucoup de villes ont lancé des programmes de restructuration et de rénovation, afin d'améliorer la qualité de l'environnement urbain et de soutenir le redressement économique et social local. Dans la plupart des villes, les principales préoccupations quant à l'impact de l'environnement sur la santé sont: la qualité de l'air, les nuisances sonores, les accidents de la circulation et la qualité du logement.

Les principaux polluants atmosphériques dans les zones urbaines sont le dioxyde de soufre, les particules en suspension, les oxydes d'azote, le monoxyde de carbone, le plomb, d'autres métaux lourds et composés organiques provenant de diverses sources, comme le chauffage, la production d'électricité, les activités industrielles et le trafic routier. Des efforts ont été réalisés pour abaisser les niveaux de pollution atmosphérique. Depuis 1980, tous les pays de l'UE ont réduit leurs émissions d'oxydes de soufre de 70 % en moyenne ainsi que les émissions d'azote de 11 % mais les émissions de carbone sont restées constantes.

Dans la seconde moitié des années 80, les concentrations de plomb dans l'air ont considérablement baissé aussi à la suite de la réduction progressive des taux de plomb autorisés dans l'essence. Dans les zones urbaines d'Europe centrale et orientale, les concentrations en dioxyde de soufre ont diminué au cours de la dernière décennie, en conséquence des progrès techniques et du déclin de l'activité économique.

La "fumée noire" – c'est-à-dire les concentrations de particules en suspension – est une autre source de pollution qui a augmenté dans plusieurs villes, surtout en Europe centrale et orientale mais également en Europe méridionale. Les concentrations d'oxydes d'azote et de monoxydes de carbone sont en hausse dans toutes les villes européennes, principalement en raison du trafic urbain grandissant. Dans les villes d'Europe occidentale, le trafic routier contribue grandement aux émissions, à raison de 30 % à 50 % du total des émissions d'oxydes d'azote et 90 % de celles de monoxyde de carbone.

Graph 35 Qualité de l'air dans les villes - exposition à l'ozone au delà des valeurs limites - nombre de jours de pollution surpassant les standards de pollution de l'air dans les zones urbaines

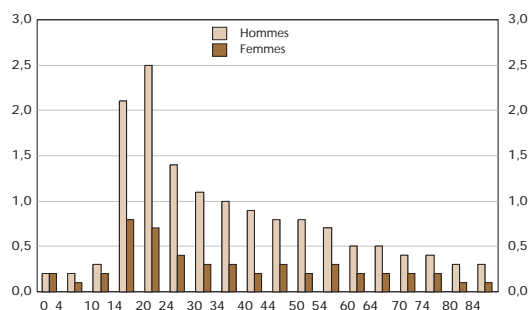


Source: Eurostat

- Le bruit pose problème dans les grandes villes, où la proportion de personnes exposées à des niveaux inacceptables est deux ou trois fois supérieure aux moyennes nationales. Outre l'aspect de qualité de la vie, le bruit a également un effet négatif sur la santé (troubles du sommeil et effets psychophysiologiques) et peut également influencer le comportement social (parole, communication et performances au travail) et le développement cognitif (le bruit entrave la capacité d'apprentissage des enfants). En moyenne, des niveaux supérieurs au maximum acceptable de 65 dB(A) affectent de 10 % à 20 % des habitants d'Europe occidentale et jusqu'à 50 % dans certains cas en Europe centrale et orientale.
- Les embarras de circulation sont parmi les principaux problèmes environnementaux auxquels les villes sont confrontées, puisque les voitures privées assurent une part de plus en plus appréciable du transport de la population qui habite de plus en plus loin de son lieu de travail. Le trafic grandissant des voitures influence la pollution atmosphérique, les niveaux de bruit et la fréquence des accidents. Les coûts sociaux des décès par accidents des jeunes sont considérables. Les coûts d'un nombre plus grand de blessures non fatales résultant des accidents de la route sont très élevés aussi puisqu'ils entraînent l'incapacité et des restrictions temporaires ou permanentes de l'activité humaine.

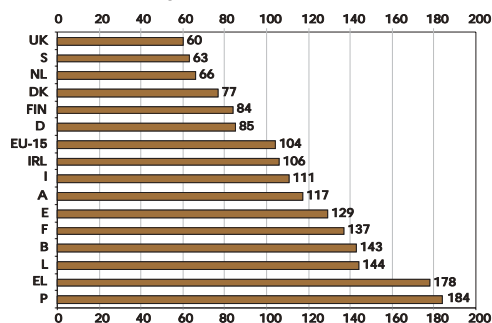
77 Cette section est basée sur: Agence européenne pour l'environnement: L'environnement de l'Europe – L'évaluation de Dobris., 2001 <http://www.eea.eu.int>

Graphe 36 Accidents de transport par âge, (taux de mortalité normalisé par 100 000), 1998



Source: Eurostat

Graphe 37 Nombre de décès dus à la circulation routière par million d'habitants, 2001



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

Conséquences pour la santé

- L'exposition aux niveaux excessifs de polluants atmosphériques extérieurs peut causer des affections respiratoires, diverses allergies ou accroître le risque de cancers. Elle affecte une grande part de la population européenne et les informations disponibles suggèrent que les polluants atmosphériques sont à l'origine de 40 000-150 000 décès d'adultes en Europe chaque année. La " fumée noire" est considérée comme le plus grand risque potentiel pour la santé et pourrait être responsable de 15 % des cas d'asthme en Europe. Même les faibles concentrations de particules en suspension peuvent avoir des effets néfastes sur la santé, notamment les maladies du cœur et des poumons.
- La pollution de l'air intérieur est un autre grand risque sanitaire. Les polluants atmosphériques intérieurs sont le monoxyde de carbone et le dioxyde d'azote produits par les sources de combustion intérieures, la fumée de tabac, les composés organiques volatils (peintures et produits de

nettoyage, par exemple) et les fibres d'amiante. Le risque de maladies de l'appareil respiratoire inférieur chez les enfants exposés à la fumée de tabac de leurs parents est de quelque 50 % à 100 % plus élevé. Les non-fumeurs mariés à des fumeurs et exposés à la fumée de tabac ont un risque de cancer du poumon 20 % à 30 % plus grand.

- La principale source d'exposition de la population au rayonnement ionisant est le radon naturellement présent et ses produits de désintégration. Les populations les plus exposées sont les mineurs et les habitants de certaines régions où le sol émet du radon naturellement. On estime qu'environ deux millions de personnes en Europe courent ainsi un risque élevé. Des études récentes en Finlande, en Norvège et en Suède indiquent que 10 % à 20 % de tous les cancers du poumon de ces pays peuvent être attribués à l'exposition résidentielle au radon. Dans l'Union, on estime que 10 000 décès par cancer chaque année – soit 1 % de tous les décès des suites d'un cancer – sont attribuables au radon.
- La contamination de l'eau et des aliments est source de nombreuses maladies contagieuses et gastro-intestinales, dont l'hépatite A et les salmonelloses. L'infrastructure a été développée pour atténuer le risque sanitaire et le volume des eaux usées non traitées a ainsi diminué dans toute l'Union, quoique de façon inégale: en 1970 il s'agissait de plus de 50 m³ dans certains États membres et ce niveau allait de zéro à 30 m³ à la fin de la dernière décennie. L'incidence élevée de l'hépatite B et de la tuberculose observée dans certains pays (Roumanie, Bulgarie, ex-URRS, Pologne) est en partie liée à l'absence de conditions environnementales de base, dont l'assainissement adéquat de l'eau. Ces facteurs peuvent avoir un impact très prononcé sur l'occurrence de maladies contagieuses chez les enfants et sur la mortalité infantile.

2.2.4. Impact du niveau de revenus et de la pauvreté

Un revenu plus élevé va souvent de pair avec une meilleure santé

C'est à travers les niveaux de revenus que le statut social influence l'état de santé. Les politiques de stabilité des revenus jouent un rôle important dans ce processus. Il y a une forte corrélation entre les revenus et la santé dans les pays, la santé s'améliorant à mesure que les revenus augmentent. Dans la plupart des cas, ce lien entre les revenus ou la richesse et la santé n'est cependant pas linéaire⁷⁸: l'amélioration de la santé due à une augmentation fixe du revenu est moindre au niveau des revenus supérieurs. La littérature révèle toutefois certains cas où la relation semble suivre une courbe plus linéaire, notamment dans les États membres nordiques, où la distribution des revenus peut être qualifiée de plus égalitaire – et la privation sociale relativement moindre⁷⁹.

78 Voir Benzeval M., Judge K., "Income and health: the time dimension", *Social Science & Medicine*, 2001(52) p. 1371-1390.

79 Martikainen et al. "Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women", *International journal of Epidemiology*, (30), p. 1397-1405, 2001. Osler et al. "Income inequality, individual income, and mortality in Danish Adults: analysis of pooled data from two cohort studies", *British Medical Journal*, (324), 2002, p. 1-4. Il convient de remarquer que ces deux études effectuées dans des sociétés relativement égalitaires rapportent de grandes différences de mortalité liées aux revenus particulièrement chez les hommes, voir Kooiker S. et Wildeboer Schut J. (Social and Cultural Planning Office, La Haye, Pays-Bas), "Income and health – A review of the literature and an empirical analysis", étude réalisée pour la Commission européenne, DG Emploi et Affaires sociales (E/1), 2003, p. 6-7.

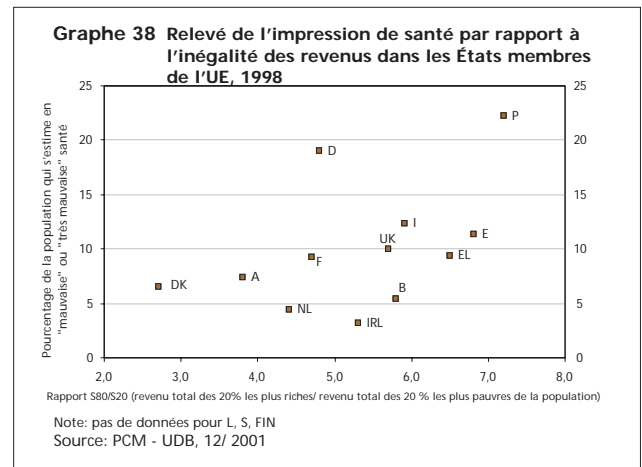
Une étude de 12 États membres s'est penchée sur la relation entre le revenu disponible du ménage normalisé d'une part et la santé et la maladie chronique telles que décrites personnellement d'autre part⁸⁰. Une étroite relation positive entre les revenus et la santé paraît avérée dans pratiquement tous les pays étudiés. Il est intéressant en outre de voir que, dans certains pays comme les Pays-Bas, le Portugal, la France, l'Italie et l'Espagne, la probabilité de se dire en mauvaise santé est nettement plus grande dans le quintile de revenus inférieur que dans le suivant. Il existe une relation identique entre les revenus et la maladie chronique, où la probabilité de signaler une maladie chronique est plus grande dans le quintile de revenus le plus bas que dans le quintile suivant dans des pays comme les Pays-Bas, l'Espagne et l'Italie. Une fois encore, en tout cas pour les pays cités, l'idée théorique "d'investir dans la santé à l'endroit le plus efficace" pourrait être réalisée en augmentant les revenus de la fraction la plus pauvre de la population, améliorant ainsi le plus efficacement l'état de santé général.

Malgré la croissance économique à long terme, des niveaux d'études supérieurs et une majoration du revenu moyen par habitant, les inégalités de santé d'origine socio-économique se sont aggravées dans certains pays. Il y a de nombreuses façons d'examiner l'origine possible de ce paradoxe apparent. On peut, par exemple, le lier à la privation économique relative (inégalité des revenus) ou absolue (pauvreté); ce qui est discuté ci-après.

Les différences de santé entre les groupes socio-économiques sont liées à l'inégalité des revenus

Le graphique fait le relevé du rapport S80/S20 (le rapport entre le total des revenus du quintile le plus riche et la somme des revenus du quintile le plus pauvre) par comparaison avec le pourcentage de la population qui se dit en "mauvaise" ou "très mauvaise" santé dans chaque État membre⁸¹.

La notion d'inégalité des revenus a parfois été remise en question. Il a été argué que la preuve d'une association entre l'inégalité des revenus et la santé est moins convaincante. Mais ce peut être dû à des problèmes de mesure – la nature ou la dimension de l'échantillon ou le choix du coefficient d'inégalité, par exemple. Néanmoins, le fait est qu'il y a des relations plausibles entre la privation sociale et économique, et la mortalité ou la mauvaise santé. En outre, une inégalité accrue implique qu'un plus grand segment de la population souffre de privation économique et sociale.



De plus, les inégalités en matière de santé, au niveau individuel et des sociétés, sont liées aussi à la mesure dans laquelle les personnes bénéficient de soutien social et où les sociétés développent leurs réseaux sociaux, points abordés en détail au chapitre 2.4.

Impact de la pauvreté sur la santé.

Il n'y a pas de définition universelle de la pauvreté ni de consensus général sur la façon de la mesurer⁸³. La majorité des chercheurs convient toutefois que la pauvreté peut être mesurée en tant que proportion de la population dont le revenu est inférieur à un seuil donné. La pauvreté peut se concevoir en général comme un manque de ressources matérielles suffisantes pour la vie quotidienne. On sait qu'elle crée un cercle vicieux de mauvaise santé liée à une mauvaise alimentation, à un logement de mauvaise qualité et à une hygiène et un système sanitaire insuffisants. Elle est aussi souvent associée à l'exposition à des risques sanitaires environnementaux et autres qui peuvent engendrer des problèmes de santé mentale et la toxicomanie. Il a été montré en outre que la pauvreté augmente la durée des troubles mentaux courants⁸⁴.

L'impact de la privation totale sur la santé fait l'objet de recherches depuis plus d'un siècle. Tout le monde s'accorde à dire qu'il existe une relation immuable entre la pauvreté et l'état de santé individuel: les inégalités de santé sont presque toujours au détriment des pauvres. Le graphique ci-dessus montre la relation entre la pauvreté⁸⁵ et l'impression de mauvaise santé⁸⁶.

80 Kooiker/Wildeboer Schut, p. 22-26.

81 Le coefficient de corrélation des deux variables équivaut à + 0,46.

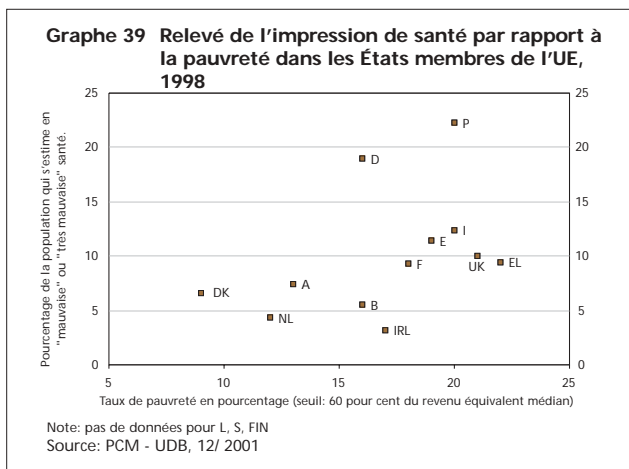
82 Il est vrai que si le rapport S80/S20 est remplacé par le coefficient GINI, le coefficient de corrélation descend à +0,26. Lynch e.a. ont démontré que des associations existantes entre l'inégalité des revenus et la santé sont largement limitées à la santé des enfants et au déclin avec l'âge. Voir Lynch, J. e.a., "Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations", *Lancet*, 2001 (358), p. 194-200.

83 Le seuil de pauvreté monétaire, par exemple, est fixé à 60 pour cent du revenu équivalent médian national. D'autres seuils ou concepts peuvent être choisis (prix abordable de certains paniers de biens pour satisfaire les besoins fondamentaux, dépendance de l'assistance sociale, absence de logement, etc.). Des définitions plus larges incluent dans la définition de la pauvreté les aspects non matériels comme les problèmes psychologiques, l'absence de relations sociales, le manque d'éducation.

84 Tiré de Weich et Lewis "Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study", publié dans le *British medical Journal*, Volume 317. L'étude basée sur les données du British Household Panel Survey deux années consécutives, a observé que la maladie mentale est plus susceptible de se prolonger pendant la deuxième année en cas de pauvreté et de chômage. De plus, la contrainte financière actuelle (un indicateur d'autoperception) permet de prévoir la morbidité psychiatrique future mieux que le chômage ou la pauvreté.

85 Mesuré en termes du seuil de 60 % du revenu équivalent médian national de l'OCDE.

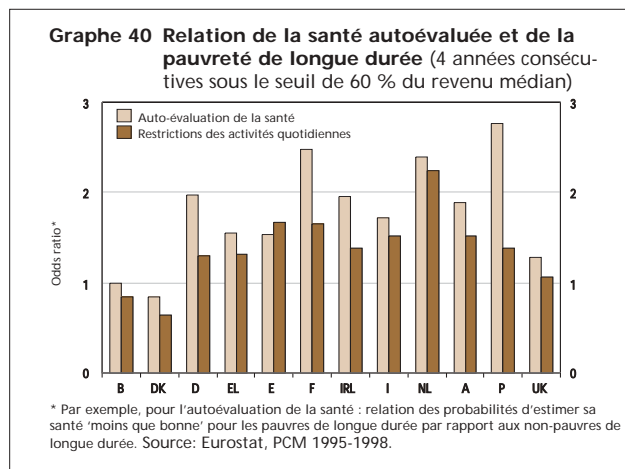
86 Le coefficient de corrélation de ces deux variables est de + 0,42.



En outre, la pauvreté est une grande source de stress et souvent un précurseur de graves ennuis de santé mentale. La compensation par abus de tabac d'alcool ou d'autres drogues est particulièrement répandue parmi les personnes en situation de pauvreté, aggravant encore leurs ennuis de santé. La lutte contre la pauvreté est dès lors une question capitale pour la santé publique.

Toutefois, les observations reprises dans les deux diagrammes précédents doivent être interprétées avec prudence. Comme ces graphiques l'indiquent, les relations s'affaiblissent considérablement si l'on exclut le Portugal et l'Allemagne. Indépendamment de leurs revenus, les Allemands et les Portugais tendent à apprécier leur santé de manière plus négative que les citoyens des autres États membres étudiés. En réalité, il appert que dans ces deux pays, la fraction de personnes qui estiment leur santé "moins que bonne" parmi les non-indigents est plus grande que la part correspondante même parmi les pauvres des autres États membres⁸⁷.

La preuve que la mauvaise santé est plus largement répandue parmi les indigents que les non-pauvres varie fortement entre les États membres, comme l'illustre le graphique suivant, qui présente la relation entre la **pauvreté de longue durée**⁸⁸ et la mauvaise santé (à l'aide de deux indicateurs: l'autoévaluation de la santé (utilisée ci-dessus) et les restrictions de l'activité. La hauteur des bâtonnets indique à quel point la probabilité de se sentir malade est plus élevée pour un pauvre qu'un non-pauvre. Dans la mesure où l'âge et le sexe interviennent également, tant en matière de santé que de pauvreté de longue durée, les coefficients du graphique ont été contrôlés pour ces deux variables.



Les chiffres d'auto-évaluation de la santé vont de moins de 1 au Danemark⁸⁹ à 2,8 au Portugal. Dans la plupart des pays étudiés, la preuve que les pauvres sont plus touchés par la mauvaise santé que les non-pauvres est moindre quand on examine les restrictions des activités quotidiennes. Les chiffres vont ici de moins de 1 au Danemark et en Belgique à 2,2 aux Pays-Bas.

Quand on mesure le rapport entre l'état de santé et la pauvreté, il importe d'accorder une attention particulière à la pauvreté de longue durée, dans la mesure où la dimension "durée de la pauvreté" semble être un déterminant particulièrement décisif. Une récente étude montre que la relation entre la maladie chronique et le fait d'estimer sa santé "moins que bonne" d'une part et la pauvreté d'autre part gagne en importance pour les périodes de pauvreté prolongées⁹⁰. Dans la plupart des États membres étudiés, un pauvre risque nettement plus d'être en mauvaise santé qu'un non-pauvre et cet écart de probabilité se creuse encore si la pauvreté existe depuis plus de quatre années consécutives. En d'autres termes, un état de santé moins bon est associé surtout à la pauvreté de longue durée.

Outre les considérations de pauvreté de longue durée, la dynamique des revenus et de la santé au fil du temps est une autre dimension temporelle importante. Si l'on analyse les deux variables "auto-évaluation de la santé" et "maladie chronique", il appert que sur une période de quatre années consécutives, les changements de l'état de santé n'étaient pas particulièrement liés à des baisses de revenus. Néanmoins, la prise en considération d'une période plus longue pourrait donner un autre résultat⁹¹. Cela illustre l'impact cumulatif des déterminants socio-économiques sur la santé, étudié précédemment dans ce chapitre.

87 Voir Kooiker S. et Wildeboer Schut J., p. 21

88 Est considéré comme en état de pauvreté de longue durée toute personne dont le revenu reste inférieur à 60 % du revenu équivalent médian national pendant au moins quatre années consécutives.

89 Les chiffres inférieurs à 1 en Belgique et au Danemark doivent être traités avec la plus grande prudence et examinés à la lumière du fait que ces coefficients ne sont pas significatifs au niveau de 5 %. C'est vrai aussi pour les restrictions des activités quotidiennes en Irlande, en Autriche et au Royaume-Uni.

90 Kooiker S. et Wildeboer Schut J., p 27-28.

2.2.5. Impact du logement

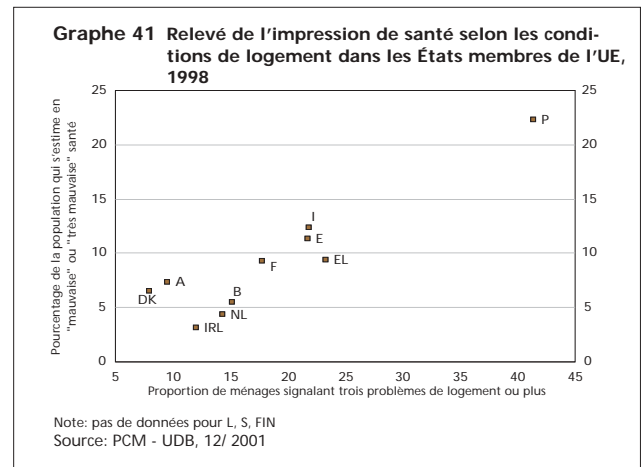
Les conditions de logement peuvent affecter la santé directement et indirectement

Les conditions de logement aussi peuvent être utilisées pour caractériser le niveau relatif de privation sociale, à l'aide d'indicateurs comme la propriété ou la location, la dimension et les installations sanitaires. Le logement devient dès lors un élément du statut socio-économique et est, bien sûr, étroitement lié aux revenus et à la richesse. Il est évident que les mauvaises conditions de logement vont souvent de pair avec la pauvreté et favorisent la mauvaise santé, puisqu'il y a des liens directs entre la qualité du logement d'une personne et son état de santé. Les conditions de logement inadéquates peuvent favoriser les maladies contagieuses, la sensibilité allergique et le malaise physique et psychologique. Il existe en outre des liens indirects: le manque de cohésion sociale créant des tensions entre les cohabitants peut mener à l'isolement et à l'exclusion sociale. On peut dès lors considérer que le logement misérable influence nettement la santé.

Pourcentage de la population qui s'estime en "mauvaise" ou "très mauvaise" santé

Il existe un large éventail d'indicateurs des conditions de logement. Le graphique suivant montre la mauvaise santé (fraction de la population qui s'estime en "mauvaise" ou "très mauvaise" santé) par rapport aux conditions de logement déplorables, mesurées par la part des ménages signalant trois problèmes de logement ou plus⁹³. Il convient d'interpréter ces données avec prudence: certaines difficultés de logement sont moins problématiques dans certains États membres, notamment l'absence de chauffage central, moins insupportable au Portugal qu'en Finlande⁹⁴.

Beaucoup d'études ont été consacrées au lien entre les conditions de logement et la santé⁹⁵. Néanmoins, il n'est pas aisé de trouver des preuves empiriques pour étayer la thèse selon laquelle les mauvaises conditions de logement sont à l'origine de la mauvaise santé, parce que d'autres facteurs influencent la santé. Cela signifie qu'il est assez difficile d'attribuer la cause profonde à un aspect spécifique du logement. Ainsi, les observations sur le fait de savoir si la surpopulation a un impact négatif sur l'état de santé sont ambiguës⁹⁶. L'association entre la santé et la surpopulation est faussée par des facteurs tels que le temps passé chez soi, d'autres conditions de vie et de logement, la diversité culturelle des cohabitants et, bien sûr, les revenus. Toutefois, malgré ces problèmes statistiques, certaines données lient des symptômes mentaux au surpeuplement,



notamment la dépression. Par ailleurs, des preuves empiriques claires permettent d'établir un rapport entre les conditions de logement déplorables et la mauvaise santé des enfants – par exemple les canalisations d'eau en plomb entravent le développement neurologique des enfants. Les résultats empiriques attribuent les plus hauts risques sanitaires aux conditions de logement froides, humides et moisissures où la relation la plus étroite semble s'établir entre la maladie signalée des enfants d'une part et l'humidité et la moisissure d'autre part. De plus, le froid contribue grandement à augmenter la mortalité en hiver.

2.2.6. Influence du mode de vie

La mauvaise alimentation est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité...

L'alimentation inadéquate – c.-à-d. un mauvais régime alimentaire général – a des conséquences socio-économiques importantes, contribuant aux carences de santé ou se traduisant par des coûts économiques et sociaux. Une analyse suédoise montre que dans l'UE, près de 10 % des années de vie ajustées sur l'incapacité sont perdues par suite d'une mauvaise alimentation (4,5 %), d'obésité (3,7 %) ou d'inactivité (1,4 %)⁹⁷. Les dernières décennies ont considérablement modifié le niveau des dépenses alimentaires: la part des budgets des ménages consacrée à l'alimentation a diminué de moitié et n'atteint plus que 25 %. En outre, plus d'aliments sont consommés en dehors du foyer, les traditions basées sur l'offre et la saison se sont mondialisées et la diversité des régimes alimentaires entre les régions d'Europe a diminué⁹⁸.

91 Kooiker S. et Wildeboer Schut J., p. 27-28.

92 Organisation mondiale de la santé (1998) "Housing is fundamental to physical, mental and social well-being and quality of life", Rapport mondial sur la santé 1998 - Life in the 21st century: A vision for all, Geneva: WHO.

93 Ces problèmes sont: l'ESPACE (manque de place), le BRUIT (bruit des voisins ou extérieur), l'OBSCURITÉ, le CHAUFFAGE (pas d'installation de chauffage adéquate), la POLLUTION (pollution causée par le trafic ou l'industrie), l'HUMIDITÉ (moisissure dans la maison, humidité ou fuite dans la toiture), la CRIMINALITÉ (vandalisme ou criminalité).

94 Comme prévu, il y a une corrélation positive très forte entre ces deux mesures (coefficient de corrélation: + 0,92). Néanmoins, en raison du manque de données, des pays importants pour cette analyse ne sont pas repris, notamment l'Allemagne et le Royaume-Uni.

95 Wilkinson D. (Housing Research Branch), "Poor Housing and Ill Health – A Summary of Research Evidence", The Scottish Office, Central Research Unit, 1999, donne un aperçu des résultats de cette étude. Le paragraphe suivant reprend des extraits de cet article (entre autres).

96 Voir aussi AHURI (Australian Housing and Urban Research Institute), "Do housing conditions impact on health inequalities between Australia's rich and poor ? ", avril 2001. Cette étude se termine par des résultats contraires aux prévisions.

97 Voir aussi Jackson A. et Roberts P., "Physical Housing Conditions and the Well-Being of Children", Conseil canadien de développement social, Ottawa, mars 2001.

98 "Determinants of the burden of disease in the European Union". Stockholm, National Institute of Public Health, 1997.

99 Mais le prochain élargissement inclura des pays dont les habitudes alimentaires se caractérisent par une absorption assez élevée de graisses.

Il y a deux types de malnutrition: la sous-alimentation et la suralimentation. La première résulte de l'ingestion insuffisante d'aliments riches en énergie/protéines comme c'est souvent le cas dans de nombreux pays en développement ou de l'absorption insuffisante d'éléments nutritifs (minéraux ou vitamines), ce qui est plus courant en Europe. La suralimentation, quant à elle, est la conséquence de l'absorption excessive d'aliments riches en énergie et souvent pauvres en éléments nutritifs¹⁰⁰. Les habitudes alimentaires particulièrement néfastes pour la santé se caractérisent par la consommation d'une quantité suffisante de nourriture de faible valeur nutritionnelle.

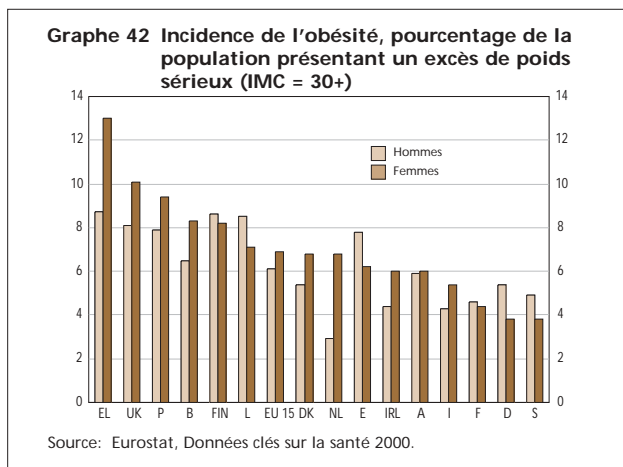
L'obésité

L'excès de poids ou l'obésité accroît le risque de certaines maladies chroniques. Ainsi, les affections cardiovasculaires (en particulier les maladies ischémiques et l'hypertension), certains cancers et les diabètes de type 2 augmentent nettement en cas d'indice de la masse corporelle (IMC)¹⁰¹ de 27 à 30 (excès de poids) et très rapidement avec un IMC de 30 ou plus (obésité grave). Une étude de l'IEFS (Institute for European Food Studies – Institut d'études alimentaires européennes) suggère que quelque 30 % des adultes de l'Union ont un excès pondéral (de 24 % à 35 % selon les pays) et environ 10 % sont obèses. Les données d'Eurostat révèlent des taux légèrement inférieurs: 17 % des citoyens européens ont un IMC compris entre 27 et 30, et 6,5 % ont un IMC de 30 ou plus.

Une étude récente¹⁰² basée sur des données américaines montre qu'en termes de longévité, l'IMC optimal est d'environ 23-25. Il semble y avoir une relation de courbe en J entre l'excès de poids et les années de vie perdues pour toute catégorie d'âge – moindre pour les adultes âgés que pour les jeunes – avec un maximum de 13 années de vie perdues pour les hommes très obèses de 20-30 ans (IMC>45) et de 8 pour les femmes.

L'obésité semble en progression dans tous les pays pour lesquels les chiffres sont disponibles, particulièrement chez les enfants. C'est préoccupant pour l'avenir et l'obésité est maintenant considérée comme une des épidémies qui se répand le plus vite. On estime que 30 % environ des maladies cardiovasculaires sont dues à une alimentation déséquilibrée et que l'obésité requiert quelque 7 % du budget total des soins de santé dans certains États membres. Le grand nombre de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires et aux cancers ainsi que le lien entre ces taux de mortalité élevés et le régime alimentaire sont examinés au chapitre 2.1 du présent rapport.

Il convient aussi de noter par ailleurs que les maladies d'origine alimentaire ou qui sont aggravées par une mauvaise alimentation, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, l'ostéoporose et l'arthrite, sont particulièrement fréquentes parmi les personnes âgées.



Avec le vieillissement de la population en Europe ces maladies sont susceptibles de dominer le tableau général de la santé. Dès lors, les actions préventives, favorisant les politiques d'alimentation adéquate, seront de plus en plus primordiales. Lors de sa réunion du début décembre 2002, le Conseil de l'Union européenne a dès lors souligné que "les efforts de prévention et les réponses apportées aux problèmes causés par l'obésité doivent suivre une approche plurisectorielle, englobant, entre autres, les secteurs de la santé, de l'alimentation, de l'éducation, de la culture et des transports". En outre, il a invité la Commission à imaginer des mesures novatrices en matière de nutrition et d'activité physique et à faire en sorte que la prévention de l'obésité soit prise en compte dans toutes les politiques communautaires pertinentes et, en particulier, dans le nouveau programme-cadre dans le domaine de la santé publique (2003-2008).

L'abus d'alcool, de tabac et de drogues illicites

Une fois encore, comme dit au chapitre 2.1, l'abus d'alcool, de tabac et de drogues comporte de graves risques sanitaires supplémentaires. Il est source d'accidents et de violence, qui peuvent avoir des issues fatales et sont exacerbés par des conditions sociales difficiles. La consommation d'alcool, de tabac et de drogues n'est cependant pas nécessairement liée au statut socio-économique mais, au même titre que l'insuffisance nutritionnelle, elle accentue les risques sanitaires existants. À long terme, elle peut provoquer des maladies cardiaques et certains cancers.

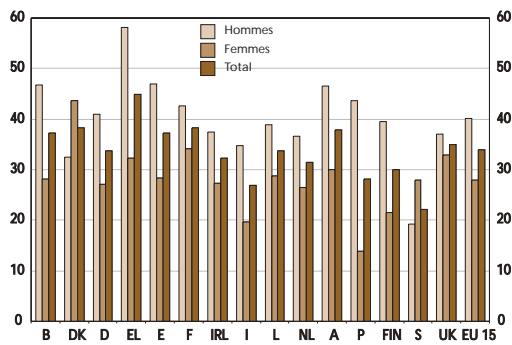
Le tabagisme est associé à quantité de maladies parfois fatales qui auraient été évitées autrement, telles que les cardiopathies et les maladies pulmonaires. L'analyse suédoise susmentionnée constate également que l'espérance de vie ajustée sur l'incapacité est réduite de 9 % dans l'UE en raison de la consommation de tabac. Le nombre de fumeuses, particulièrement parmi les jeunes, a augmenté depuis les années 80 tandis que le nombre de fumeurs masculins a diminué. Dans l'ensemble, un tiers de la population

100 L'ingestion alimentaire quotidienne recommandée dans la plupart des pays européens varie de 2 200 à 2 900 kcal par personne, dont les graisses ne doivent pas dépasser un tiers. En fait, l'absorption alimentaire moyenne par jour dépasse le seuil recommandé dans tous les États de l'Union (3 413 kcal en moyenne en 1997) et les graisses représentent près de 40 % avec des augmentations relatives plus fortes ces trente dernières années dans les pays "méditerranéens".

101 L'excès de poids et l'obésité se mesurent par un "indice de la masse corporelle" (IMC) calculé en divisant le poids du corps (kg) par la taille au carré (m).

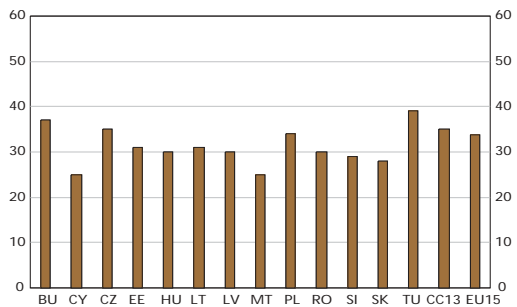
102 Journal of American Medical Association vol. 289 n° 2 du 8 janvier 2003.

Graphe 43 Proportion de la population qui déclare fumer régulièrement



Source: Eurobaromètre - juin 2000 (UE-15)

Graphe 44 Proportion de la population qui déclare fumer régulièrement



Source: Eurobaromètre - Août 2002 (PC 13)

de l'Europe (des Quinze) déclare fumer régulièrement, un chiffre comparable à celui rapporté dans les États adhérents et les pays candidats. La prévalence du tabagisme parmi les hommes reste supérieure à celle des femmes tant dans l'UE (15) (40 % des hommes et 28 % des femmes) que dans les États adhérents et les pays candidats (48 % des hommes et 23 % des femmes)¹⁰³.

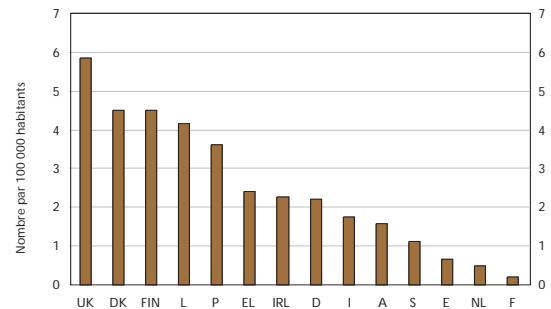
D'après les enquêtes, un Européen sur cinq de 15 à 64 ans a touché à une drogue illicite à un moment ou un autre¹⁰⁴. Les chiffres de consommation récente (au cours des 12 derniers mois) et actuelle (au cours du dernier mois) sont inférieurs, 7 % et 4 %, tandis que quelque 0,5 % de la population se compose de toxicomanes à problèmes. Les statistiques révèlent que beaucoup de ceux qui prennent des drogues illicites le font à titre d'expérience ou occasionnellement. Selon les indications, la première prise et la consommation irrégulière sont liées à la curiosité, à l'occasion et au comportement du groupe. Toutefois, si les conditions psychologiques et socio-économiques sont propices et si les drogues sont facilement accessibles, leur usage peut

se prolonger et s'intensifier. La consommation de substances illégales concerne surtout les jeunes adultes, principalement les hommes des zones urbaines. La prévalence relative parmi les jeunes adultes équivaut à environ deux fois celle de tous les adultes. Les études révèlent aussi que les jeunes sont plus susceptibles de se voir proposer de la drogue que les adultes plus âgés.

Dans l'ensemble de l'UE, le cannabis est la drogue illicite la plus courante. Dans la plupart des pays de l'Union, la consommation de cannabis a augmenté dans les années 1990, surtout parmi les jeunes. De 10 % à 30 % des adultes européens déclarent avoir goûté du cannabis au moins une fois et 1 % à 10 % signalent une consommation récente.

Quelque 1 % à 6 % de la population a essayé les amphétamines, 0,5 % à 4,5 % ont touché à la cocaïne et l'ecstasy, et moins de 1 % des Européens a touché à l'héroïne. Moins de 1 % des adultes, en moyenne, déclarent avoir pris récemment des amphétamines, de la cocaïne et de l'ecstasy.

Graphe 45 Nombre relatif de décès liés aux drogues dures enregistrés dans les pays de l'UE en 1999



Note: les données des différents pays ne sont pas directement comparables en raison des différences de définition des cas et de méthodes d'enregistrement.
Source: OEDT

La consommation de drogue pose problème dans tous les États membres en termes de politiques sociales, de santé et de justice criminelle. La toxicomanie problématique est associée à des indicateurs plus larges de désavantage social comme le chômage, la pauvreté, l'absence de logement et l'exclusion sociale. Elle est liée aussi à la délinquance et la criminalité. La toxicomanie affecte négativement la santé physique et mentale. Les troubles mentaux, particulièrement la dépression, sont fréquents parmi les toxicomanes ainsi que les jeunes expérimentateurs¹⁰⁵. Dans le cas des usagers de drogues par voie intraveineuse, les maladies contagieuses comme le VIH et l'hépatite C sont source de préoccupation. Les décès dus à la drogue, principalement à la suite d'accidents, de violence, de surdoses et de suicides, sont un autre problème. Près de 7 000 à 8 000 décès liés à l'usage de drogues sont signalés chaque année dans l'UE mais leur nombre réel est sans doute plus élevé¹⁰⁶.

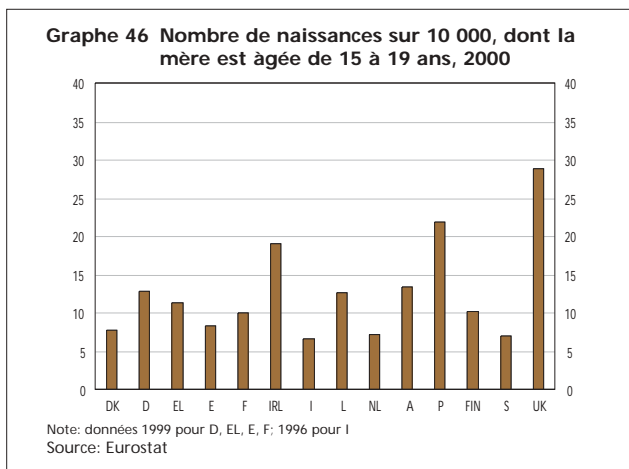
103 Eurobaromètre: (UE(15) juin 2000 ; PC(13) août 2002).

104 OEDT-Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2002 : Objectif drogues: Mesurer la prévalence et l'incidence de la consommation de drogues & Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège.

105 DG Santé et protection des consommateurs, 2002, Rapport sur l'état de santé des jeunes dans l'Union européenne.

106 OEDT, 2002, Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège.

Graph 46 Nombre de naissances sur 10 000, dont la mère est âgée de 15 à 19 ans, 2000



L'Union a élaboré un Plan d'action antidrogue (2000-2004) global, pluridisciplinaire et intégré pour lutter contre l'offre et la demande de drogue¹⁰⁷. Des stratégies ont été imaginées pour lutter contre le trafic et cibler le crime en rapport avec la drogue. Des mesures sont prises pour prévenir la consommation de drogue par le biais de l'éducation et s'attaquer à l'exclusion sociale plus générale. La diminution des atteintes à la santé dues à la drogue, par l'éducation, la prescription de drogues de substitution et la fourniture de seringues stériles, est devenue un nouvel objectif de la coopération entre les États membres.

Les problèmes spécifiques des jeunes

Les risques d'infection par les maladies sexuellement transmissibles (y compris le VIH et le SIDA), de grossesse involontaire et d'avortement sont des problèmes graves de la santé des jeunes. Au début de leur vie sexuelle, beaucoup d'entre eux manquent de connaissances ou de compétences pour se protéger et leur recours aux services et accessoires de santé (comme les préservatifs) est souvent inadéquat. En outre, les relations sexuelles des jeunes sont souvent sporadiques ou non planifiées, ce qui peut accroître l'exposition aux risques sanitaires. Le graphique figurant ci-dessus reprend, par État membre, le nombre de naissances sur 10 000, dont la mère est âgée de 15 à 19 ans.

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) sont un problème de santé majeur qui ont des conséquences sanitaires, sociales et économiques d'envergure. Les désagréments liés aux MST sont, entre autres, des complications graves (dont l'infécondité et des maladies de longue durée) ainsi que des traitements longs et coûteux. Le SIDA constitue une menace particulière en tant que maladie incurable et débilitante. La recherche européenne indique que le chlamydia est la MST la plus courante chez les jeunes, avec une prévalence relative de 5 % à 7 % dans ce groupe d'âge. Bien que moins fréquentes, des signes indiquent que les nouvelles infections par le VIH dans les tranches d'âge plus

jeunes continuent à augmenter alors que la proportion globale des personnes atteintes du VIH/SIDA diminue.

L'exercice physique régulier a un impact positif sur la santé

Les personnes physiquement inactives risquent nettement plus de contracter des maladies que les personnes modérément et très actives. Il a été établi que l'élimination de l'inactivité physique se traduirait par une réduction de 15 % à 39 % des maladies coronariennes, de 33 % des accidents vasculaires cérébraux, de 12 % de l'hypertension, de 12 % à 35 % de l'incidence du diabète, de 22 % à 33 % des cancers du colon, de 5 % à 12 % des cancers du sein et de 18 % des fractures dues à l'ostéoporose. Une estimation finlandaise de l'impact de l'exercice physique sur le recours aux services hospitaliers montre que les hommes les plus actifs passent 36 % de jours en moins à l'hôpital, et les femmes les plus actives 23 %, par rapport aux personnes les moins actives.

Des informations récentes montrent que l'activité quotidienne intermittente d'intensité modérée présente également des avantages pour la santé. L'activité physique bénéfique pour la santé comprend de nombreux exercices liés au mode de vie, non seulement durant les loisirs mais aussi au travail et à la maison.

Une étude de l'Institut national de santé publique de Finlande indique une augmentation constante du niveau d'activité physique pendant les loisirs au cours des 20 années, depuis le début de l'étude en 1978. En revanche, le déplacement à pied ou à vélo entre le domicile et le travail n'a cessé de diminuer.

L'étude paneuropéenne réalisée en 1999 sur l'attitude des consommateurs à l'égard de l'activité physique, de la masse corporelle et de la santé¹⁰⁸ révèle des schémas d'activité comparables dans les 15 États membres: cette enquête considère que l'exercice pendant au moins 3,5 heures par semaine est bénéfique pour la santé. En moyenne, 41 % de la population était insuffisamment active pour que leur santé en bénéficie, mais les pourcentages variaient fortement, de 14 % (Finlande) à 70 % (Portugal). Il est apparu qu'en moyenne, les femmes participent moins et pendant des périodes plus courtes que les hommes. En outre, la probabilité de pratiquer plus de 3,5 heures d'exercice diminue avec l'âge, tandis que les gens ayant un niveau d'études plus élevé sont plus actifs que ceux ayant un niveau inférieur.

L'activité physique a récemment gagné en force à l'ordre du jour de la santé. Dans la plupart des pays, l'exercice physique joue un rôle essentiel dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Cela se manifeste sous forme de projets locaux ou régionaux d'exercice physique ou d'autres mesures destinées à promouvoir les modes de vie actifs.

107 Commission européenne, 1999, Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen sur un plan d'action européen en matière de lutte contre la drogue (2000-2004).

108 <http://www.iefs.org/>

2.2.7. Rôle des déterminants socio-économiques

La prise en compte des déterminants de la santé ouvre la porte aux actions préventives.

Les présentations ci dessus montrent dans quelle mesure l'état de santé¹⁰⁹ est largement déterminé non seulement par l'environnement physique mais aussi par l'environnement social. La capacité d'un individu à gérer ces contraintes environnementales dépend de son statut socio-économique, qui peut être évalué par son niveau d'éducation, ses qualifications professionnelles, son niveau d'autorité sur le lieu de travail et son niveau de revenu et de richesse. Tous ces éléments influencent la distribution de ressources sociales et matérielles des personnes, leurs niveaux respectifs d'exposition aux risques pour leur santé, et expliquent en partie l'existence des inégalités en terme de santé dans la population. La prise de conscience et la capacité personnelle d'action sont des facteurs importants pour la santé humaine et la longévité.

La santé n'est pas seulement affectée par l'impact combiné des facteurs socio-économiques à un moment donné mais reflète également la charge du stress accumulé tout au long de la vie, particulièrement parmi ceux dont l'accès aux ressources sociales et environnementales est insuffisant. Dès lors, la combinaison des variations du revenu et du statut professionnel peut être source de difficultés économiques, surtout au niveau de revenus inférieurs, qui influencent graduellement la santé physique et mentale et

contribuent à des troubles de santé ultérieurs, déclenchés par d'autres déterminants (Diagramme 4¹¹⁰). De même, les conditions de travail stressantes pendant la vie adulte peuvent influencer notre comportement et susciter des carences de santé, des accidents de travail ou des maladies professionnelles. Il est important dès lors de transformer notre idée de l'interaction entre les facteurs socio-économiques et la santé, d'une approche statique à une autre dynamique et de tenir compte des impacts tardifs à l'échelle individuelle et sur les générations futures.

S'attaquer aux déterminants de la santé représente un potentiel important dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Il a été démontré¹¹¹ que les politiques publiques qui, pour de longues périodes, ont eu pour objectif l'amélioration de la distribution dans le domaine des soins de santé, de l'éducation et des ressources de sécurité sociale, tout en créant de l'emploi et en favorisant l'intégration des femmes sur le marché du travail, ont eu un impact positif sur le niveau de santé de la population dans son ensemble. Ces objectifs sociaux sont aussi au centre de l'Agenda social européen¹¹², adopté en 2000 à Nice, dans le but de promouvoir la qualité comme élément moteur d'une économie dynamique et d'une société inclusive avec davantage de travail de qualité. Il s'agit de domaines qui contribuent aussi à la promotion de la santé. Ceci met en avant l'importance d'une approche politique préventive afin d'améliorer la soutenabilité à long terme des systèmes de santé.

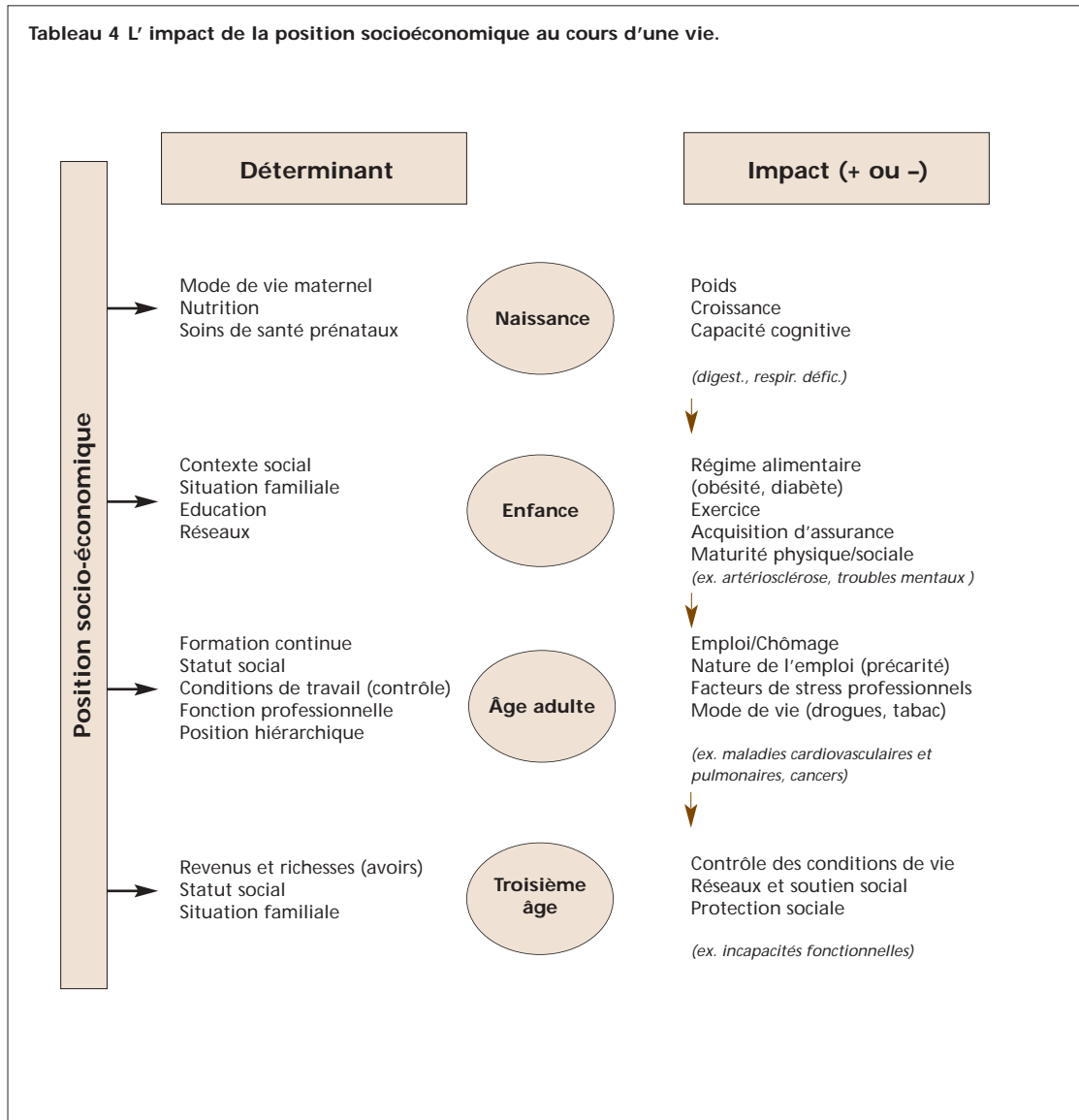
109 "La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé est une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques." (OMS)

110 Le diagramme est développé sur la base de Lynch J. & Kaplan G. "Socioeconomic position" au chapitre 2 de Berkman L. & Kawachi I. (ed) : Social Epidemiology. Il montre l'action de la position socio-économique pendant toute la vie et son influence séquentielle et cumulative – positive ou négative – sur la santé au niveau individuel.

111 Prof. Navarro V. e.a.: Social capital, Income inequalities and health, Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales, 2003. Les corrélations présentées dans cette étude démontrent l'impact des politiques de redistribution des ressources en termes d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble – en particulier pour la diminution de la mortalité infantile. Cette étude suggère que, pour améliorer l'état de santé de la population, il est plus efficace de développer des programmes universels de réduction des inégalités que de développer des programmes spécifiques de réduction de la pauvreté.

112 COM(2000) 379.

Tableau 4 L' impact de la position socioéconomique au cours d'une vie.



2.3. Systèmes de soins de santé

- La manière spécifique dont un système de soins de santé est organisé, financé et utilisé est bien sûr très pertinente pour les résultats de santé. Il est important de prendre en compte à la fois la qualité des systèmes de santé et leur accessibilité pour ceux qui doivent y recourir. Les droits universels ou quasi-universels aux soins de santé qui existent maintenant dans tous les États membres n'entraînent pas automatiquement l'accès universel. Dès lors, bien que l'accès aux soins de santé se soit considérablement étendu au cours des dernières décennies, grâce aux efforts des États membres, il subsiste des différences de couverture entre eux. En réalité, des problèmes d'accès sont associés à divers écarts de couverture. Ils se posent pour deux raisons: à la suite de l'exclusion de certains traitements de la couverture d'assurance maladie légale ou en conséquence du recours croissant aux paiements à charge de l'utilisateur.
- Pour ce qui est des aspects qualitatifs, les États membres ont consenti des efforts remarquables pour améliorer la qualité des structures, du processus et des résultats dans le domaine des soins de santé. La plupart d'entre eux ont fait des progrès considérables et fixé des normes pour assurer des soins de santé de haute qualité. Cela s'est cependant avéré difficile dans certains domaines, notamment pour les soins ambulatoires et l'adoption de normes liées aux résultats. Les pressions pour améliorer la qualité des soins aux patients n'ont cessé de se renforcer, de même que les pressions pour comprimer les coûts. La prise de conscience croissante que les dépenses en technologies inefficaces imposent des coûts d'opportunité aux autres patients a contribué à accroître la demande de preuve de l'impact budgétaire et du rapport coût/efficacité des interventions dans le cadre de l'évaluation des technologies médicales. Tous les pays européens pratiquent une forme ou une autre d'évaluation qualitative de la prestation des soins de santé.
- Les difficultés de recrutement et de rétention du personnel médical, que l'on ressent déjà dans certains États membres, risquent d'être accentuées par la tendance générale au vieillissement et à la diminution des forces de travail. La concurrence pour la main-d'œuvre sera plus rude et le personnel médical vieillira aussi. Les deux tendances pourraient accroître les coûts. Le secteur de la santé devra donc s'adapter à l'impact du vieillissement sur son personnel et sa clientèle. La pénurie de personnel sanitaire en raison du vieillissement confrontera le secteur à un défi difficile. C'est particulièrement vrai pour les infirmiers. Dans cinq États membres, près de la moitié des infirmiers ont plus de 45 ans et dans sept autres, 40 % d'entre eux ont atteint cet âge. Deux autres facteurs contribuent grandement au risque de pénurie d'infirmiers: les politiques de recrutement intermittent et, plus important, des conditions de travail exigeantes avec des salaires modérés entraînant une grande rotation du personnel.
- Les dirigeants devront aussi faire face à la nouvelle tendance structurelle des attentes croissantes de la part des consommateurs de soins de santé. Le bouleversement du mode de vie, des cadences de travail, des revenus, du niveau d'études et de la structure familiale modifie les attitudes à l'égard des soins de santé. Ces changements d'attitude se manifestent notamment par une plus grande conscience des droits et responsabilités des patients, une moindre tolérance de la discrimination et une déférence moins grande à l'égard des professionnels des soins de santé. De nombreux signes témoignent d'un désir de plus grand choix, de services plus personnalisés et d'accès à un plus large éventail de traitements médicaux – notamment ceux qui sortent des limites traditionnelles des systèmes de soins de santé.
- Les dépenses totales de santé en tant que proportion du produit intérieur brut sont actuellement les plus élevées en Allemagne, suivie de la France et de la Belgique. Dans le cas de l'Allemagne, c'est dû à une grande prépondérance de l'hospitalisation et de loin la plus grande propension de l'UE à consulter les médecins, généralistes et spécialistes. Dans beaucoup d'États membres, le traitement par un spécialiste se fait sur renvoi du généraliste, ce qui contribue à une disposition inférieure à la moyenne à consulter des spécialistes dans ces pays. Dans la plupart des États membres, une fraction considérable des dépenses totales en soins de santé doit être payée directement par les utilisateurs en raison des lacunes de couverture d'assurance pour certains produits et services. C'est particulièrement vrai dans les États membres méridionaux où la part des paiements directs dans les dépenses totales de santé est la plus élevée.
- Les soins de longue durée sont souvent répartis entre plusieurs structures et budgets publics – normalement entre le budget de la santé et celui des services sociaux. Néanmoins, les coûts des soins de longue durée au sein du système de soins de santé sont souvent difficiles à distinguer des coûts d'interventions plus classiques, tandis que les services sociaux sont généralement fournis au niveau local. Il est dès lors parfois difficile de déterminer à la fois les coûts et les tendances nationales dans ce domaine.

- Le poids du secteur de la santé dans l'économie est considérable. Dans l'Europe des Quinze, l'emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux équivaut en moyenne à près de 10 % du total. De plus, la santé est un secteur économique très dynamique, avec de grandes possibilités pour continuer à contribuer à la croissance économique et à l'emploi.
- Tous les États adhérents et pays candidats, à l'exception de Malte, dépensent en soins de santé une fraction de leur produit intérieur brut inférieure à la moyenne de l'Union. Il semble y avoir une propension relativement grande à hospitaliser dans les États adhérents et les pays candidats, principalement en raison du sous-développement des soins primaires. Dans nombre de ces pays, cependant, il y a moins de personnel médical par habitant et l'infrastructure hospitalière ainsi que les autres installations de soins de santé sont relativement médiocres. La libre circulation qui accompagnera l'adhésion de ces pays impose de nouveaux défis à la prestation de services et au traitement dans la mesure où le personnel médical peut être attiré par des salaires plus élevés dans les pays actuels de l'UE. Les limitations du temps de travail dues à l'extension de la directive européenne sur le temps de travail aux États adhérents et aux pays candidats peuvent avoir des effets comparables. On observe une tendance à la privatisation dans l'organisation des soins pour certains de ces pays. Cette tendance est accompagnée d'une augmentation des ressources privées directement dépensées pour les soins de santé par le biais de paiements directs, formels ou informels.

Introduction

Quand on analyse les facteurs de lutte contre la mauvaise santé, le système de soins de santé devient le déterminant clé des résultats dans le domaine de la santé. Beaucoup de maladies, fatales dans le passé, sont maintenant traitées avec succès à l'aide de nouvelles méthodes et de nouveaux médicaments. Dans ce sens, les systèmes de soins de santé ont directement contribué à la récente augmentation de la longévité¹¹³. Comme la morbidité tend à augmenter avec l'âge, l'accès à des soins de santé de qualité est susceptible de revêtir une plus grande importance pour les résultats sanitaires chez les personnes âgées que chez les jeunes¹¹⁴. Avec le vieillissement des sociétés européennes, il faut s'attendre à une augmentation de l'importance relative des soins dans la santé générale de la population.

2.3.1. Les questions clés de l'accessibilité, de la qualité et de la durabilité

En Europe, les systèmes de soins de santé sont organisés, financés et utilisés de différentes façons. Les problèmes qu'ils doivent résoudre présentent toutefois de nombreuses similitudes, le vieillissement de la population étant un exemple particulièrement pertinent. La Commission européenne a défini l'accessibilité, la qualité et la durabilité comme trois points clés de l'avenir des systèmes de soins de santé.

Tous les États membres offrent un accès égal aux soins de santé publics aux personnes qui résident sur leur territoire,

mais il peut y avoir des disparités quant à leur capacité individuelle à bénéficier pleinement des services, qui sont liées à la situation socio-économique, à l'âge, au sexe et à l'ethnicité. Des mesures spéciales peuvent être nécessaires pour sauvegarder le plein accès pour tous, dans la mesure où le vieillissement de la population renforcera la demande de services de santé et de soins de longue durée.

La qualité des soins de santé n'est pas seulement fonction du niveau de financement mais dépend aussi de l'organisation du secteur. L'accentuation relative des soins primaires, secondaires et tertiaires, et l'intégration de ces services peuvent être décisives pour la situation sanitaire. La possibilité d'intervention précoce et de suivi minutieux des traitements peut avoir un impact aussi. La sensibilité à la façon dont les différences de mode de vie et les conditions de vie et de travail peuvent influencer le besoin de traitement médical est un élément primordial. Dans la mesure où les circonstances sont sujettes au changement, l'adaptabilité est également une caractéristique de qualité. L'évolution démographique, les nouveaux schémas épidémiologiques, le progrès médical et une demande accrue de traitements médicaux sont susceptibles d'influencer le mode de prestation des soins de santé.

Les évolutions démographiques futures constitueront un défi majeur pour la durabilité financière des systèmes de soins de santé. Des modifications de leur organisation et de leur financement seront indispensables afin de comprimer les hausses de coûts tout en maintenant un accès universel à des services de grande qualité.

113 Des estimations suggèrent que la transition politique en Allemagne de l'Est et en Pologne, qui a modifié les systèmes de soins de santé, s'est accompagnée d'une amélioration de l'espérance de vie. Voir Nolte, E. e.a., "The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland". *Social Science and Medicine*, 2002 (55) p. 1905-1921.

114 L'impact des systèmes de soins de santé sur les résultats sanitaires peut cependant être facilement éclipsé par d'autres facteurs, même aux âges plus avancés. L'espérance de vie et la perception de la qualité de la santé diffèrent entre les États membres, indépendamment des montants dépensés en soins de santé. Ainsi, les dépenses de santé en Allemagne représentaient 10,3 % du produit intérieur brut (PIB) en 1999 pour 7,0 % en Espagne, alors que l'espérance de vie moyenne en Allemagne était plus courte qu'en Espagne, d'une année pour les hommes et de deux ans pour les femmes.

2.3.2. Parvenir à l'accès universel et à une grande qualité dans les États membres de l'UE

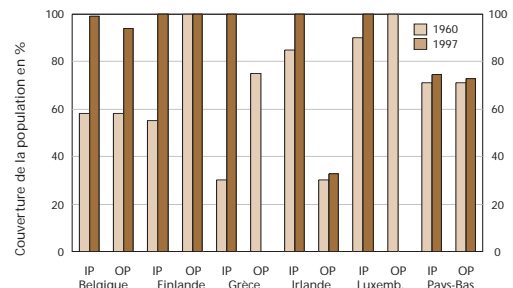
Les droits universels ou quasi universels aux soins de santé existent dans tous les États membres mais ils n'assurent pas automatiquement l'accès universel. Reconnaisant les entraves à l'accès qui existent dans les systèmes de soins de santé de nombreux États membres et pour soutenir l'action à l'échelle européenne visant à supprimer ces obstacles, la Commission européenne a récemment proposé la réalisation de **l'accès universel aux soins de santé comme objectif des systèmes de soins de santé de l'UE** et une priorité de la coopération européenne en matière de protection sociale¹¹⁵. La proposition de la Commission a officialisé les efforts déjà consentis par certains États membres dans ce sens.

Les obstacles à l'accès sont issus à la fois de l'offre et de la demande de services de santé. Pour ce qui est de l'offre, des facteurs comme la disponibilité et la distribution de services, leur situation géographique et l'existence de délais d'attente avant le traitement affectent l'accès. Quant à la demande, le revenu, l'âge, les connaissances, les convictions, les informations, les préférences d'une personne et les coûts d'opportunité sont susceptibles d'influencer le recours aux services de santé. En ce qui concerne la demande, l'atténuation ou le renforcement de ces inégalités d'accès par le système de santé dépend de l'organisation et du financement de la prestation des soins. Certaines initiatives prises pour tenter de maîtriser les coûts et améliorer la qualité peuvent avoir des effets moins heureux sur la réalisation des objectifs d'accès.

Afin de réaliser l'objectif d'un accès raisonnablement immédiat pour tous, beaucoup d'États membres ont pris, ces dix dernières années, des initiatives visant à réduire les temps d'attente. Plusieurs d'entre eux ont inscrit les droits des patients dans la loi (Finlande, Grèce, Danemark et Pays-Bas) ou ont utilisé des outils pour promouvoir les droits des patients (France, Irlande, Portugal et Royaume-Uni). L'adoption de cette législation crée un cadre pour protéger les besoins de groupes sociaux précédemment exclus, mais ne garantit pas en soi l'égalité d'accès intégrale. L'introduction d'une couverture universelle en France est peut-être la tentative récente la plus caractéristique pour accroître l'accès aux soins de santé dans l'UE. La France rejoint désormais le Danemark, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal, la Suède et le Royaume-Uni et fournit une couverture maladie universelle en application de la loi¹¹⁶. En Autriche (99 %), en Belgique (99 %) et en Espagne (99,8 %), la couverture est quasi universelle. Les graphiques 47 et 48 montrent la progression de la couverture dans tous les États membres depuis 1960.

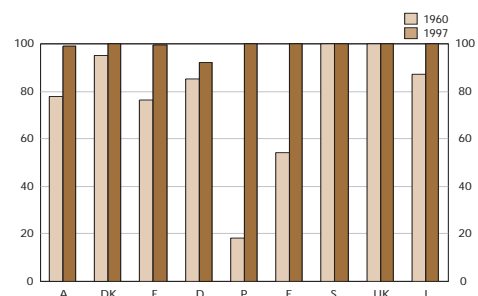
Malgré la mise en place officielle de l'assurance maladie universelle ou quasi universelle en application de la loi, des problèmes d'accès subsistent dans certains domaines. C'est particulièrement vrai pour les traitements dentaires et

Graph 47 Pourcentage de la population couverte par le système de santé légal dans l'UE - 1960 et 1997
Pays faisant une différence entre la couverture hospitalière (IP) et ambulatoire (OP)



Source: OCDE, 2001

Graph 48 Pourcentage de la population couverte par le système de santé légal dans l'UE - 1960 et 1997
Pays ayant des statistiques sur la couverture de l'ensemble de la population



Source: OECD, 2001

pharmaceutiques, qui sont entièrement ou partiellement exclus de la couverture. Dans presque tous les États membres, les patients doivent payer ces services directement ou acheter une assurance maladie volontaire complémentaire (AMV) pour en couvrir les coûts¹¹⁷.

Il convient de tenir compte ici des liens et des compromis occasionnels entre les considérations d'accès et de qualité. Quand la qualité progresse, il faut parfois un certain délai avant de pouvoir assurer l'accès de tous aux services de plus grande qualité. Les insuffisances et les inégalités d'accès aux services de santé sont aussi des indices de la qualité du système et il est essentiel de tenir compte des facteurs d'accès et d'équité lors de l'élaboration des normes de qualité. Pour parvenir à un équilibre optimal entre les questions d'accès et de qualité, l'action devra sans doute porter sur plusieurs domaines politiques et impliquer un certain nombre d'acteurs. Dans beaucoup d'États membres, le gouvernement central se contente de créer un cadre législatif et laisse au niveau régional ou local, la conception plus détaillée et la mise en œuvre des services.

115 Commission européenne 1999 ; Commission européenne 2001.

116 OCDE 2001

117 Mossialos E. et Thompson S. Voluntary Health Insurance in the European Union. Rapport préparé pour la, DG Emploi et affaires sociales, 2002. Bruxelles: Commission européenne.

La qualité des soins de santé concerne évidemment les structures et les processus au même titre que les résultats. Les critères de qualité des structures portent sur des aspects tels que la formation et l'expérience du personnel ainsi que l'utilisation et l'état de l'équipement et des bâtiments auxquels s'appliquent souvent des normes contraignantes fixées par des organismes publics. Les critères de qualité des processus ont trait au traitement même et à la manière dont les prestations sont réalisées. Beaucoup d'États membres élaborent des lignes directrices explicites qui sont cependant moins fréquentes actuellement que celles relatives aux structures. La mesure de la qualité des résultats finaux est très exigeante. Les critères de qualité peuvent alors se concentrer sur des indicateurs positifs tels que les taux de guérison et de survie ou négatifs comme les complications lors d'un traitement donné. Jusqu'ici, seuls quelques États membres appliquent cette approche pour évaluer la qualité.

L'intérêt grandissant pour les questions de qualité a conduit les États membres à créer des institutions ou organes spécifiques chargés de promouvoir le travail de qualité, de procéder à des évaluations et d'élaborer des lignes directrices ou des systèmes d'agrément. Ces organes centraux existent désormais dans pratiquement tous les États membres.

Il convient de remarquer, dans les réponses des États membres, la tendance à se concentrer sur le rôle des patients. Pratiquement tous les pays ont fait des efforts pour introduire des mesures destinées à défendre les droits des patients, en particulier dans le secteur hospitalier. Habilitier les patients à prendre des décisions en connaissance de cause, donner des informations adéquates et directes, et assurer la transparence concernant les services de santé, les possibilités de traitement et l'accès au dossier médical sont des éléments importants dans ce contexte. Ainsi, l'Autriche, la Finlande et le Danemark ont désormais des lois spécifiques sur les droits des patients.

L'accès et la qualité ont des implications en matière de coûts, bien sûr, et ces objectifs doivent être atteints dans le cadre général de la durabilité financière qui, à son tour, dépend en grande partie du financement et de l'organisation des systèmes de soins de santé. La garantie d'un bon rapport qualité/prix et la maîtrise des coûts sont des objectifs importants aussi en matière de soins de santé. Il faut parfois envisager des arbitrages entre l'accès et la qualité d'une part et la maîtrise des coûts de l'autre. Ces objectifs peuvent toutefois être poursuivis en même temps et se renforcer mutuellement. Si l'on considère le coût sociétal au niveau de la société, il peut être moins onéreux d'étendre la couverture santé à tous, par exemple, que de subir les conséquences d'une couverture fragmentée en termes de pertes de capital humain et de coût plus élevé d'interventions tardives¹¹⁸. En outre, beaucoup d'études montrent que les politiques d'amélioration de la qualité, particulièrement dans le secteur hospitalier, permettent de réduire les

dépenses de santé et le coût sociétal plus large des soins de mauvaise qualité.

Le coût des soins de santé donne toutefois une nouvelle dimension à cette exigence de qualité. Vu la limitation des ressources, il semble difficile d'assurer une qualité élevée des médicaments et du traitement. C'est particulièrement vrai à la lumière du large éventail de modes de prestations des services de santé décrit plus loin dans cette section et de la diversité du traitement médical.

Les coûts et la qualité sont dès lors inexorablement liés et fixent l'objectif d'une approche plus vaste de l'amélioration de la qualité. Beaucoup d'études montrent que les politiques d'amélioration de la qualité, particulièrement dans le secteur secondaire, permettent de réduire les coûts résultant des soins de mauvaise qualité.

2.3.3. Mobilité transfrontalière des services de santé¹¹⁹

Bien que la part totale des dépenses de santé dues aux demandes de remboursement des soins de santé transfrontaliers soit encore très faible¹²⁰, on prévoit une hausse de la mobilité transfrontalière des patients après l'élargissement de l'Union vers l'Est. En outre, la question de l'accès universel aux systèmes nationaux de soins de santé est étroitement liée à celle de la libre circulation des services de santé par-dessus les frontières intérieures de l'Union.

Dans le domaine des soins de santé, le principe de la libre circulation des services stipulé dans le traité d'Amsterdam est associé à un grand dilemme portant sur l'éventuel compromis coût/qualité évoqué dans la section précédente et la relation entre le principe de base du traité et la nature particulière de l'assurance maladie et de soins de santé: les conventions tarifaires avec les prestataires nationaux, le rationnement et les listes d'attente sont des outils importants pour appuyer la maîtrise des dépenses de santé dans certains États membres. Dès lors, le fait d'accorder aux citoyens le droit à des services fréquents d'une plus grande capacité et de meilleure qualité, mais aussi plus coûteux, dans un État membre voisin constitue un nouveau grand vecteur de dépenses pour le premier pays.

L'intérêt collectif des citoyens et de l'État pour que les soins de santé restent abordables et contrôlables pourrait donc être en contradiction avec l'intérêt évident de tout citoyen malade de bénéficier du meilleur traitement dès que possible.

D'autre part, l'affectation optimale des ressources peut nécessiter d'autoriser des prestataires commerciaux à vendre leurs services au-delà des frontières et donc à concurrencer les prestataires d'autres États membres. En fonction de cet argument, il est logique d'utiliser la capacité excédentaire et de permettre aux citoyens de choisir le meilleur.

118 The US Kaiser Commission on Medicaid et the Uninsured: "Sicker et Poorer: The Consequences of Being Uninsured", mai 2002. Voir aussi Mossialos E. et McKee M. "EU law and the social character of health care systems" Bruxelles : Peter Lang, 2003.

119 Les commentaires suivants sont en partie basés sur Vandenbroucke, Frank, "The EU et Social Protection: What should the European Convention Propose ? ", Exposé présenté au Max Planck Institute for the Study of Societies, Cologne, 17 juin 2002.

120 Elle va de 0,1 à 0,2 pour cent de l'ensemble des dépenses publiques en soins de santé, voir Busse, R., "Border-crossing patients in the EU", in: Eurohealth, Vol. 8, n° 4, N° Spécial Automne 2002, p. 19.

L'effet général de la mobilité croissante des services de santé sur la qualité de l'état de santé est loin d'être clair :

- le renforcement de la concurrence internationale qui en résulte entre les prestataires de services peut contribuer à améliorer la qualité des services. Par exemple, la capacité excédentaire d'un État membre peut aider à atténuer les problèmes de longues listes d'attente dans un autre. De plus, la qualité peut être influencée en bien par la possibilité de créer des centres d'excellence internationaux pour des traitements spécifiques. Les coopérations transfrontalières seront facilitées.
- Une pression supplémentaire sur les prix des services, en raison d'une concurrence accrue, peut affecter la qualité en sens contraire. Il faudra des efforts soutenus pour surveiller les services de santé au-delà des frontières en raison de la distribution asymétrique de l'information entre l'institution d'assurance du pays d'origine et le prestataire de soins de santé d'un autre pays. Ainsi, il sera très difficile pour l'institut national d'assurance du pays d'origine de contrôler les factures émises à l'étranger pour des traitements spécifiques.

Le principe fondamental du traité concernant la libre circulation transfrontalière des services pose problème aussi du point de vue juridique dans la mesure où il est lié principalement aux activités économiques. On peut se demander si les services de santé doivent être considérés dans une optique "de solidarité" plus que dans une perspective "économique" et être donc largement exempts du principe de libre circulation. En effet, beaucoup de litiges juridiques et d'arrêts de la Cour de justice européenne (CJEU) ont trait à cette distinction.

Actuellement, le règlement CEE n° 1408/71 de 1971¹²¹ fournit le mécanisme pour coordonner la législation de sécurité sociale nationale en vue de protéger les droits à la sécurité sociale des personnes qui se déplacent à l'intérieur de l'Union européenne. Dans le cas des services de santé, cela signifie qu'il protège les patients bénéficiant de services ou traitements médicaux dans un autre État membre tant qu'ils ont l'autorisation de leur assureur maladie national.

Cependant certaines analyses tendent à considérer que les services de santé doivent être soumis à la libre circulation des services aux termes du traité. Outre la prestation publique sans but lucratif, plusieurs prestataires de services de santé et institutions d'assurance maladie de nature commerciale opèrent dans un cadre de marché soumis à la concurrence.

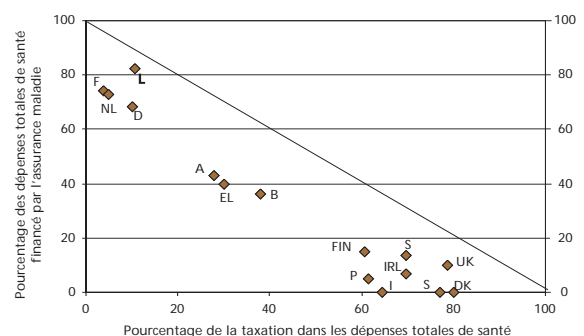
En outre, un récent arrêt de la Cour de justice européenne, qui contraint les assureurs nationaux de soins de santé à rembourser aux citoyens les dépenses de santé encourues en dehors des frontières nationales sans autorisation préalable, indique que les soins de santé peuvent ne pas être considérés comme exemptés de la règle de la libre circulation¹²².

Récemment, les efforts visant à accroître la mobilité des patients par un meilleur accès aux systèmes de soins de santé dans toute l'Union se sont accélérés. Cela se vérifie aussi au niveau local: plusieurs régions divisées par des frontières entre les États membres ont conclu des accords de services de santé, entre autres pour alléger la charge administrative pour les patients qui traversent la frontière dans ces régions¹²³. À l'échelle de l'UE, le sommet de Barcelone de mars 2002 a donné le feu vert au Plan d'action en matière de mobilité pour éliminer les obstacles dans les marchés européens du travail pour 2005. Dès lors, la Commission européenne a suggéré qu'une carte d'assurance maladie européenne soit délivrée à tous les citoyens de l'Union pour remplacer les formulaires que les assurés doivent emporter actuellement quand ils séjournent temporairement dans un autre pays de l'Union. L'idée n'est pas d'ouvrir de nouveaux droits aux soins mais de faciliter le remboursement par le pays d'origine aux personnes qui tombent malades dans un autre État membre.

2.3.4. La diversité des systèmes de soins de santé dans l'UE

L'organisation, la réglementation, le financement, la prestation et l'utilisation des systèmes de soins de santé sont très divers d'un État membre à l'autre. Il est difficile, dès lors, de modéliser les disparités selon une typologie unique. En d'autres termes, le regroupement de pays suivant le mode de financement de leur système ne coïncide pas avec celui obtenu sur base de l'organisation, de la réglementation ou de la prestation. De plus, les caractéristiques distinctives de la prestation des soins de santé peuvent différer considérablement du mode d'organisation de la protection sociale dans d'autres domaines tels que les pensions. Ainsi, la présence des soins de santé universels financés par les impôts au Royaume-Uni et au Danemark contraste nettement avec celle des prestations privées et professionnelles du système de pension.

Graphe 49 Relevé des sources de financement (fiscalité contre assurance sociale), par État membre



Source: OCDE données de santé 2001

121 Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

122 Il faut mentionner ici les arrêts Kohll et Decker (CJEU, Kohll, C-158/96, (1998) ECR I-1931 et CJEU, Decker, C-120/95, (1998) ECR I-1831).

123 Busse, R., 2002, p. 20-21.

Le graphique figurant ci-dessus illustre le regroupement des États membres selon le rôle relatif de la fiscalité générale et de l'affectation des contributions de l'assurance maladie dans le financement général des dépenses de santé.

Les proportions des dépenses totales de santé issue de l'assurance sociale maladie et de la fiscalité sont indiquées respectivement sur l'axe y et l'axe x, tandis que la distance par rapport à la diagonale indique la part de financement privé.

Certaines autres grandes disparités entre les États membres, notamment en matière d'organisation, de prestations et d'utilisation des soins de santé, sont mises en évidence quand on examine en détail les distributions plus larges entre les secteurs de soins primaire, secondaire et tertiaire et au sein de chacun.

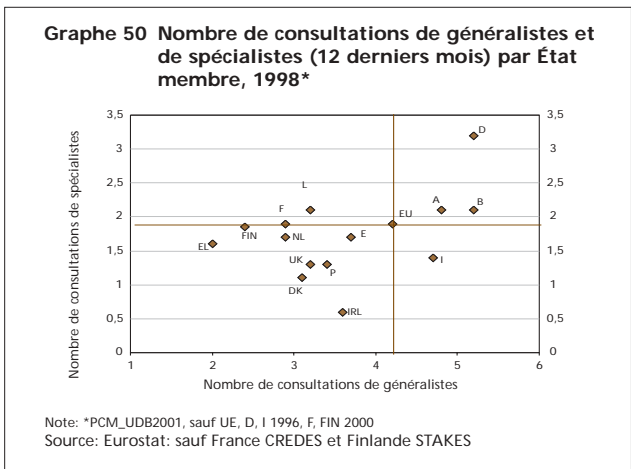
Le système de soins primaires

Les dissemblances entre les systèmes de soins primaires apparaissent clairement quand on examine les facteurs de production, dont le nombre de médecins et les modalités d'utilisation indiquées par le nombre de consultations des médecins généralistes et spécialistes dans les États membres.

Le nombre de médecins par 100 000 habitants varie entre les États membres dans une proportion de presque un à trois: l'Italie compte près de 600 praticiens par 100 000 habitants, tandis que l'Irlande et le Royaume-Uni recensent près de 200 médecins par 100 000 habitants.

En Belgique, en France, en Autriche et en Finlande, près de la moitié de tous les médecins sont des généralistes, tandis qu'en Espagne, en Irlande, en Italie, aux Pays-Bas, au Portugal et en Suède, plus de 80 % sont des spécialistes. Les chiffres concernant la proportion de médecins qui travaillent dans les hôpitaux sont disponibles pour neuf États membres. En France et en Italie, il s'agit de moins d'un tiers, indiquant une prédominance de la prestation du secteur des soins primaires. En revanche, plus de deux tiers des médecins travaillent dans le secteur hospitalier au Danemark, au Portugal et au Royaume-Uni.

Le nombre de consultations des médecins généralistes et spécialistes dans le système de soins primaires varie fortement. D'une part, l'Allemagne compte le nombre le plus élevé de consultations, tant des généralistes que des spécialistes avec une moyenne de 8,4 consultations par personne et par an. L'Autriche et la Belgique se situent dans cette zone aussi, principalement en raison du nombre élevé de consultations des médecins généralistes. En revanche, les chiffres du Royaume-Uni, de l'Irlande, du Danemark, du Portugal et de la Grèce s'élèvent à la moitié environ de l'Allemagne. La Finlande, la France, les Pays-Bas et le Luxembourg sont proches de la moyenne de l'Union pour les consultations de spécialistes (moyenne EU-15 de 1.9 par an), mais en dessous de cette moyenne pour les consultations de généralistes (moyenne EU-15 de 4,2 par an).



Le nombre élevé de consultations de spécialistes en Allemagne, en Belgique et au Luxembourg peut s'expliquer en partie par le fait que les médecins généralistes de ces pays ne contrôlent pas l'accès au traitement spécialisé. En d'autres termes, la possibilité de consulter un spécialiste directement y accroît certainement la demande de services de spécialistes. De plus, la distinction entre les médecins de soins primaires et les spécialistes est imprécise, de sorte que beaucoup de spécialistes assurent aussi des services de soins primaires. En Allemagne par exemple – le pays qui totalise le plus grand nombre de consultations des médecins généralistes et spécialistes – quelque 60 % des médecins qui travaillent en cabinet sont des spécialistes¹²⁴, qui fournissent souvent des services de soins primaires de même que des services spécialisés.

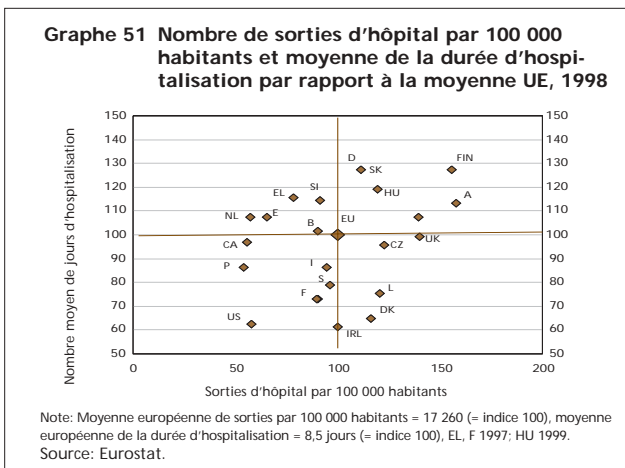
Dans la plupart des pays ayant une propension inférieure à la moyenne à consulter des spécialistes (Danemark, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Espagne et Royaume-Uni), le renvoi par les médecins généralistes est requis pour accéder au spécialiste, ce qui limite certainement le nombre de consultations de ces derniers. Dans ces pays, les consultations de spécialistes et de généralistes se complètent sans s'exclure mutuellement. À l'exception de l'Italie, les pays mentionnés connaissent aussi une propension inférieure à la moyenne à consulter les médecins généralistes. Cela indique que la disposition relativement faible à consulter les médecins généralistes se reflète aussi, dans ces pays, dans la faible propension à consulter les spécialistes.

Pour les pays du quart supérieur droit du graphique précédent (Allemagne, Belgique et Autriche), où le nombre de consultations de généralistes et de spécialistes est supérieur à la moyenne, cette "explication complémentaire" s'applique uniquement à l'Autriche où les médecins généralistes contrôlent également l'accès aux consultations des spécialistes. En Belgique et en Allemagne, en revanche, il est possible de consulter les spécialistes directement sans passer par un généraliste. Il n'y a donc pas nécessairement de relation complémentaire entre le nombre de consultations des généralistes et des spécialistes dans ces pays.

124 U.S. GAO, 1993

Le système de soins secondaires

Dans le secteur secondaire – le système de soins hospitaliers – les disparités entre les États membres sont encore plus grandes. La propension à hospitaliser est illustrée par le nombre de sortie des patients hospitalisés. Le rapport entre le nombre autrichien élevé et le petit nombre portugais est de trois à un. La tendance à garder les patients hospitalisés dans le système de soins est illustrée par la "durée moyenne d'hospitalisation", où le rapport entre le niveau allemand et l'irlandais est de deux pour un. Ces deux indicateurs sont repris dans le graphique figurant ci-après.



La multiplication des deux indicateurs examinés ("nombre de sorties de l'hôpital" et "durée moyenne d'hospitalisation") donne le nombre de jours d'hospitalisation par 100 000 habitants. Le rapport entre les extrêmes est ici de quatre pour un. À un extrême, la Finlande allie une propension très forte à hospitaliser et à prolonger l'hospitalisation, ce qui se traduit par une moyenne "de jours d'hospitalisation" deux fois supérieure à celle de l'Union. De même, on peut dire que l'Allemagne, l'Autriche et le Royaume-Uni ont des systèmes d'hospitalisation intensive, avec un nombre total de jours d'hospitalisation d'un tiers supérieur à la moyenne de l'Union. Dans ces cas, les politiques de maîtrise des coûts semblent avoir échoué. À l'autre extrême, le Portugal, l'Irlande, la France, les Pays-Bas et, dans une moindre mesure, l'Espagne, le Danemark et la Suède présentent de faibles propensions à hospitaliser et/ou à prolonger le séjour des patients. Ces systèmes sont plus comparables aux modèles américain et canadien, où le nombre de journées d'hospitalisation est nettement inférieur à la moyenne de l'Union.

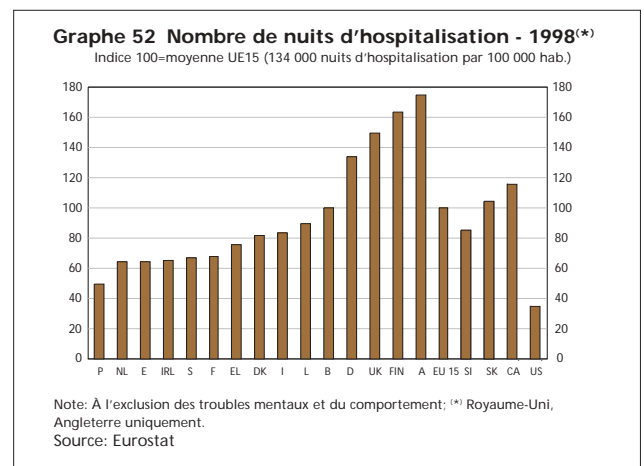
Pour ce qui est des soins hospitaliers par suite de troubles mentaux et du comportement, la disparité est particulièrement grande entre les États membres. Le nombre de sorties par 100 000 habitants de patients ayant des troubles mentaux et du comportement varie dans une proportion d'un à quinze, avec 116 sorties par 100 000 habitants au Portugal et 1 787 en Finlande. L'Allemagne et l'Autriche, de même que la Suède et le Luxembourg affichent une large propension à hospitaliser les personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement. La durée moyenne d'hospitalisation pour ces troubles dans l'UE était de 24 jours en

1998, mais elle est en baisse. Une fois encore, il y a des variations entre les États membres, dans un rapport d'un à quinze: au Royaume-Uni, la durée moyenne est de 6 jours, pour 96 en Grèce.

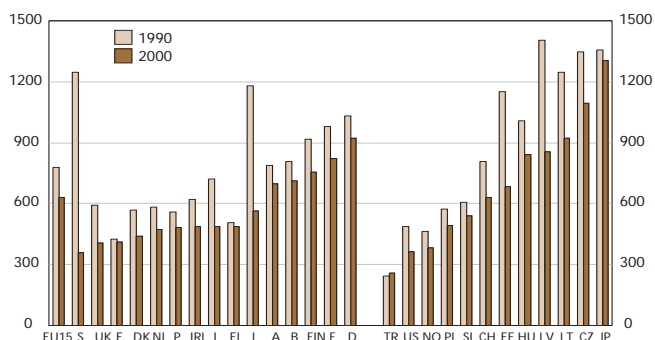
Quant au nombre de jours d'hospitalisation pour troubles mentaux et du comportement par 100 000 habitants, la moyenne de l'Union est de 13 000, mais elle varie considérablement d'un État membre à l'autre. Certains privilégient toujours l'hospitalisation, mais d'autres s'efforcent depuis longtemps de traiter les cas légers en dehors du système d'institutions médicales, pour éviter leur exclusion hors de la société.

Les troubles mentaux et du comportement justifient encore un dixième du nombre moyen de jours d'hospitalisation dans l'Union. La possibilité de compression des coûts dans le recours à l'hospitalisation est faible au Danemark et au Royaume-Uni, où les troubles mentaux ne représentent qu'une journée d'hospitalisation sur 67. Elle est considérable en revanche dans d'autres États membres dont la Grèce, la Suède et l'Espagne, où les troubles mentaux justifient respectivement une journée d'hospitalisation sur quatre, une sur cinq et une sur sept.

Si l'on exclut les hospitalisations d'un jour et les troubles mentaux et du comportement, le contraste général entre les systèmes d'hospitalisation fréquente et limitée se confirme. L'Autriche a le taux d'hospitalisation le plus élevé, suivie par la Finlande, le Royaume-Uni et l'Allemagne, avec des chiffres supérieurs d'au moins un tiers à la moyenne européenne. Un deuxième groupe, comprenant la Belgique, le Luxembourg, l'Italie, le Danemark et la Grèce, affiche des valeurs allant de près de la moyenne de l'Union à 75 % de celle-ci. Un troisième groupe, composé de tous les États membres restants affiche des chiffres d'environ deux tiers de la moyenne de l'Union. Il convient de noter que les pays où l'hospitalisation d'un jour est plus fréquente n'appartiennent pas au groupe à forte hospitalisation. Aux Pays-Bas, 60 % de toutes les sorties d'hôpital étaient des patients d'un jour en 2000, alors qu'ils représentaient 35 % en 1993. Grâce à l'application de politiques de compression des coûts dans ce domaine à partir de 1991, le Danemark et la Suède ont également des chiffres élevés d'hospitalisation d'un jour. À l'autre extrémité, le taux de l'Allemagne n'était que de 5 % en 1999.



Graph 53 Lits d'hôpital par 100 000 habitants, 1990-2000(*)



Note: (*) sauf 1990-1999 pour EU-15, DK, D, EL, IRL, I, L, P, CH, JP et 1992-2000 pour S; (Chiffres de la Suède examinés seulement après le changement de la codification en 1991-1992)
Source: Eurostat.

La pression de la demande est la plus forte dans les systèmes de soins secondaires, même quand les médecins généralistes y contrôlent l'accès, comme c'est le cas dans beaucoup d'États membres. Dans certains États membres (Espagne, Portugal et Irlande) les services d'urgence des hôpitaux autorisent aussi l'accès direct au système de soins secondaires ou permettent aux patients d'éviter les listes d'attente.

Le nombre de lits d'hôpitaux est un autre indicateur de l'offre. Leur nombre par 100 000 habitants varie considérablement d'un État membre à l'autre. En Allemagne et en Autriche, il y a une nette corrélation entre le nombre de lits et celui des nuits d'hospitalisation. La France compte une proportion élevée aussi mais le taux d'occupation des lits d'hôpitaux y est le plus bas de l'UE, avec une moyenne de moins de quatre mois par an, pour une moyenne européenne de huit mois. Inversement, le Royaume-Uni a un petit nombre de lits, mais ils sont occupés presque en permanence, comme en Finlande et en Autriche. La tendance du nombre de lits est nettement à la baisse, avec une diminution moyenne de 20 % dans les années 1990 dans presque tous les pays étudiés. Cette tendance est illustrée dans le graphique figurant ci-dessus.

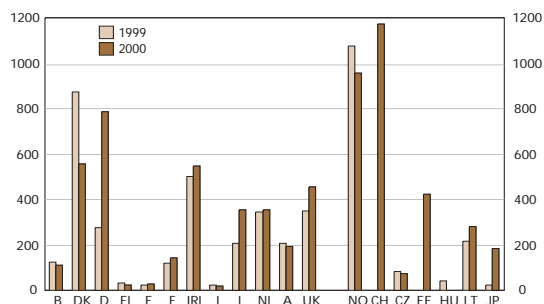
Le système de soins tertiaires

Dans le système de soins tertiaires, la quantité relative de ressources consacrées à l'institutionnalisation varie considérablement entre les États membres. Paradoxalement, le Danemark qui donne explicitement la priorité à la prestation de services et de soins aux personnes âgées à domicile consacre un plus grand nombre de lits aux soins infirmiers de longue durée (725 par 100 000 habitants, à l'exclusion des soins psychiatriques) qu'aux soins hospitaliers normaux (494 par 100 000 habitants).

L'Irlande, le Royaume-Uni et l'Allemagne disposent de 350 à 550 lits par 100 000 habitants et l'Allemagne a triplé son nombre de lits de longue durée au cours des dix dernières années. Après des réformes au début des années 1990, la Suède a sorti la plupart de ces lits du système de soins de santé pour les faire passer dans les services sociaux. La Belgique et la France présentent des chiffres inférieurs à la moyenne de l'Union (entre 135 et 75 lits par 100 000 habitants). La moyenne des États membres méditerranéens

aussi est nettement inférieure à celle de l'Union (avec 23 et 30 lits par 100 000 habitants respectivement en Italie et en Espagne). Cela s'explique soit par le fait qu'il est courant de vivre avec des membres de la famille, comme en Espagne, ou parce que l'institutionnalisation des personnes âgées est moins acceptable.

Graph 54 Nombre de lits de soins de longue durée par 100 000 habitants, 1990-2000(*)



Note: (*) Sauf L 1993; NL, A 1994; UK 1996; EL 1997; IRL 1998; DK, I 1999.
Source: Eurostat.

Le scénario Eurostat 1995 basé sur la structure des ménages prévoit que la proportion de la population de plus de 80 ans "vivant en institutions" atteindra 10 % en 2010, avec quelque 24 % aux Pays-Bas, 19 % en Irlande et 4 % seulement en Espagne, au Portugal et en Suède. Le pourcentage de "personnes vivant seules" dans cette tranche d'âge devrait se situer à une moyenne de 45 % dans l'Union, avec des chiffres inférieurs à 32 % en Espagne et au Portugal, et supérieurs à 60 % en Suède et au Danemark.

Le rapport sur la santé en Europe 2002 de l'OMS (p. 116) souligne que les anciennes démarcations rigides entre les soins primaires et les autres formes de soins s'estompent progressivement. Cette évolution donne lieu à la définition d'objectifs communs à tous les secteurs de santé. Elle débouche aussi sur la nécessité d'une meilleure gestion et d'une plus grande coordination du service afin d'éviter ou de remplacer l'hospitalisation et les soins hospitaliers.

2.3.5. Dépenses de santé

Attentes du public et dépenses de santé

La modification de la structure d'âge de la population et les progrès de la technologie et des traitements médicaux sont largement reconnus comme vecteurs potentiels de dépenses de santé. Les dirigeants qui se préoccupent de maîtriser les coûts devront toutefois tenir compte également de la nouvelle tendance structurelle que sont les attentes croissantes de la population. La modification du mode de vie, des cadences de travail, des revenus, du niveau d'études et de la structure familiale bouleverse les attitudes à l'égard des soins de santé. Le consumérisme, les voyages mondiaux et l'internet ont accru et facilité l'accès à un large éventail d'informations sur la santé. Les progrès technologiques en soins de santé influencent aussi les attitudes concernant les services attendus des institutions de soins.

Parmi ces changements d'attitude, on relève notamment une plus grande conscience des droits et responsabilités des patients, une moindre tolérance de la discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la religion ou l'origine ethnique et une déférence moins grande à l'égard des professionnels des soins de santé (particulièrement les médecins). De nombreux signes témoignent d'un désir de plus grand choix et de services plus personnalisés, d'une accessibilité et d'une commodité plus grandes en matière de nombre d'heures et d'accès à un plus large éventail de traitements médicaux – notamment ceux qui dépassent les limites traditionnelles des systèmes de soins de santé.

Nouvelle technologie et dépenses de santé

Actuellement, l'impact global des progrès scientifiques et technologiques sur les dépenses de santé n'est pas clair. Bien que les constantes augmentations des dépenses en soins de santé dans le passé soient souvent attribuées à la "technologie" – surtout parce que la pression démographique n'était pas encore un facteur – nous ne savons guère comment celle-ci affecte les dépenses de santé.

En théorie, les nouvelles technologies doivent réduire le coût de la prestation des soins de santé, soit en abrégant la durée d'hospitalisation ou en économisant les frais de spécialistes. Le progrès technologique peut néanmoins contribuer à augmenter les dépenses de santé, en raison de l'intensité du recours à la technologie existante, de l'introduction ou de l'application étendue des nouvelles technologies. Celles-ci peuvent aussi nécessiter de nombreuses ressources et augmenter les coûts si elles requièrent des compétences supplémentaires ou des changements organisationnels, ou si elles élargissent l'éventail des traitements disponibles en assurant seulement des améliorations mineures de l'efficacité. Il est souvent dit en outre que le progrès technologique dans le secteur de la santé augmente les dépenses en suscitant sa propre demande. Une fois les technologies médicales et les traitements novateurs développés, il peut y avoir, d'une part, une obligation

éthique d'utiliser ces ressources, particulièrement pour les personnes souffrant d'affections graves. D'autre part, si le coût individuel de traitements spécifiques diminue grâce à la technologie moderne, cela ouvre – et doit ouvrir – un accès accru à ces traitements, ce qui peut amplifier la demande et le coût global.

Il est difficile de trouver des exemples de nouvelles technologies qui ont réduit les dépenses dans l'ensemble du système de soins de santé, plutôt qu'au niveau individuel des patients, parce qu'il y a eu relativement peu de recherche jusqu'à présent sur les effets globaux de l'introduction de nouvelles technologies pour les systèmes de soins de santé. Des études indiquent que l'impact de la technologie varie selon les procédures ou les maladies spécifiques.

Évaluation des technologies médicales

Dans la mesure où de nouvelles technologies, notamment des produits pharmaceutiques, des appareillages médicaux, des procédures de diagnostic et des mécanismes de prestation, sont constamment adoptées, les autorités sanitaires s'intéressent beaucoup à l'évaluation de la rentabilité et des conséquences plus larges des progrès technologiques dans le secteur de la santé.

Dans toute l'Union européenne, il y a eu, ces dix dernières années, une augmentation importante, quoique inégale, des activités d'évaluation des technologies médicales (HTA)¹²⁵. Outre l'agence suédoise SBU créée en 1987, plus de 20 organisations européennes sont membres aujourd'hui du réseau international des organes d'évaluation des technologies médicales (INAHTA), qui produit plus de 150 rapports par an. La plupart de ces organes HTA ont un rôle consultatif, mais certains interviennent dans les décisions de couverture et de remboursement. L'évaluation peut se faire de nombreuses façons: elle peut tenir compte uniquement de l'efficacité clinique ou d'autres dimensions plus vastes comme l'impact socio-économique.

Plusieurs États membres, dont la Finlande, l'Irlande, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède et le Royaume-Uni (Angleterre & Pays de Galles), imposent maintenant des exigences contraignantes d'évaluation économique ou sont en train de les élaborer. Ailleurs, la présentation de preuves économiques dans le cadre d'une évaluation est une exigence de plus en plus importante mais volontaire, notamment au Danemark, en France, en Allemagne, en Italie et en Espagne¹²⁶.

L'intensification de l'évaluation des soins de santé reflète des forces sociales et économiques communes. Les pressions n'ont pas cessé de se renforcer pour améliorer la "qualité" des soins aux patients. Par ailleurs, les efforts pour comprimer les coûts totaux ainsi que la conscience accrue que les dépenses en technologies inefficaces imposent des coûts d'opportunité aux autres patients entraînent une augmentation de la demande de preuves de l'impact budgétaire et de la rentabilité des interventions.

125 McDaid D., Cookson R. Evaluating health care interventions in the European Union. Health Policy. 2002. Banta D., Oortwijn W. (eds) Special section on health technology assessment in the European Union. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2000; 16(2) : 299-638.

126 Cookson R., Maynard A., McDaid D., Sassi F., Sheldon T., eds. Analysis of the Scientific and Technical Evaluation of Health Care Interventions in the European Union. Rapport à la Commission européenne, juillet 2000. p. 1- 251. Mis à jour en mai 2001. Londres. London School of Economics and Political Science. Disponible sur http://www.lse.ac.uk/Depts/lsehsc/astec_report.htm.

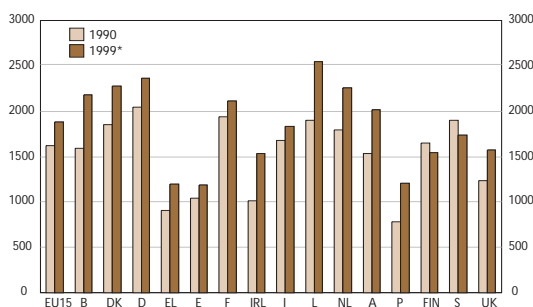
Dans beaucoup d'États membres, des structures sont aujourd'hui en place pour réaliser une HTA de qualité. Néanmoins, la traduction des preuves dans la pratique dépendra du développement de structures pour encourager la diffusion des résultats, de mesures incitatives pour promouvoir l'utilisation de lignes directrices basées sur les preuves et de systèmes de surveillance pour en encourager le respect. Le défi consiste à créer et à perfectionner ces systèmes.

Tendances des dépenses de santé

Dans les années 60 et au début des années 70, les dépenses sociales ont rapidement progressé dans les plus grands pays de l'OCDE. Au milieu et à la fin des années 70, la combinaison de la récession économique et de la charge croissante du chômage a remis en question l'idée que l'augmentation des dépenses sociales était durable. En fait, les dépenses générales de l'État providence se sont stabilisées dans beaucoup d'États membres, mais les dépenses de santé ont continué à croître en termes réels.

La comparaison internationale des données relatives aux dépenses de santé pose plusieurs problèmes méthodologiques, notamment à cause des différences en termes d'organisation des systèmes de santé et d'aide sociale, de normalisation des définitions entre les États membres et de méthodes de collecte des données. Les données relatives aux dépenses de santé doivent donc être interprétées avec une certaine prudence. Elles montrent néanmoins que les dépenses de santé par personne ont continué à augmenter dans la plupart des États membres de l'Union dans les années 80 et 90, mais pas au rythme des années 70. Les dépenses publiques de santé ont continué à croître aussi, surtout en Allemagne, en Irlande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, où les dépenses publiques de santé ont progressé plus vite que les dépenses totales.

Graph 55 Dépenses de santé par personne (PPA), 1990-1999(*)

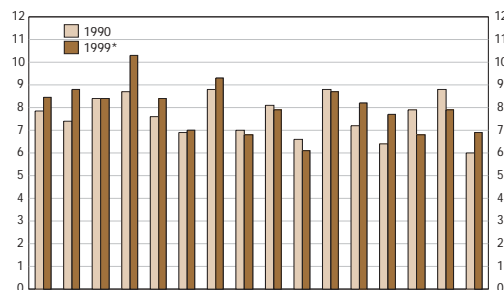


Note: (*) 1999 sauf EL, E, D, IRL, P, S 1998.
Source: OCDE données de santé 2001.

Dans les années 90, la moyenne des dépenses totales de santé en tant que pourcentage du produit intérieur brut (PIB) s'est stabilisée dans la plupart des États membres de l'UE. Seuls l'Allemagne, la Grèce et le Luxembourg ont atteint leur maximum dans la deuxième moitié des années 90. De 1995 à 1998, le PIB a cependant augmenté plus vite que les dépenses de santé dans huit des quinze États membres de l'Union et dans quatre autres, ces dernières ont aug-

menté à peine plus que le PIB. Dès lors, la stabilisation des dépenses de santé en tant que pourcentage du PIB peut, dans certains États membres, ne pas refléter la réussite de la maîtrise de l'augmentation des dépenses de santé, mais plutôt la croissance économique. Ainsi, les dépenses de santé en Irlande ont progressé de 3,4 % entre 1995 et 1998 et l'économie, de 8,8 %. En Finlande et en Suède, les dépenses de santé ont diminué en termes réels. En Suède, la baisse est due à l'effet conjugué des politiques draconiennes de compression des coûts et du transfert des dépenses des budgets de soins de santé à ceux des services sociaux. Une forte récession économique en Finlande a donné lieu à des coupes sombres dans les dépenses, surtout publiques. Dans l'ensemble, en 1999, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé variait de 10,3 % en Allemagne à 6,1 % au Luxembourg, avec une moyenne pondérée de 8,4 %.

Graph 56 Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 1990-1999



Note: * 1999 sauf EL, E, D, IRL, P 1998.
Source: OCDE données de santé 2001.

Dépenses par secteur

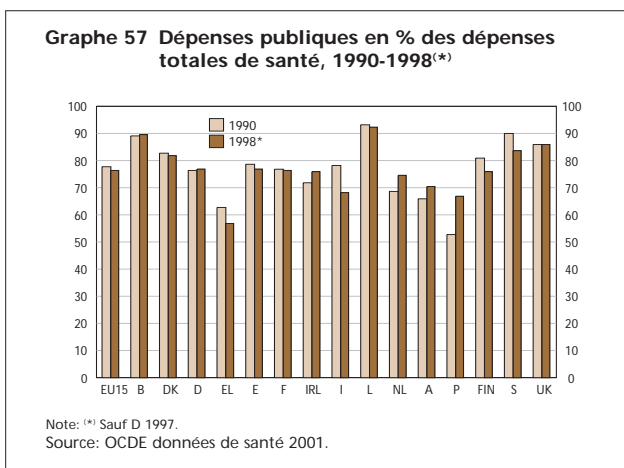
Les dépenses de santé peuvent être réparties en fonction des domaines de soins auxquels l'argent est dépensé. Les frais d'hôpitaux sont un poste clé des dépenses de santé et bénéficient d'une grande attention en matière de maîtrise des dépenses. Depuis les années 1980, les frais hospitaliers, en pourcentage des dépenses totales de santé, sont restés assez stables dans l'Union. Les chiffres montrent que le secteur hospitalier représente plus de 40 % des dépenses totales de santé dans douze des quinze États membres, mais leur part varie de 31 % à 61 % du total. Malgré les efforts de beaucoup d'États membres pour développer le rôle des soins primaires, les coûts relatifs des soins hospitaliers secondaires et tertiaires restent prépondérants.

Les dépenses pharmaceutiques ont également augmenté en pourcentage des dépenses totales, mais sont toujours inférieures à 20 % des dépenses totales de santé, sauf en France, au Portugal, en Espagne et en Italie. Les différents indicateurs révèlent une surconsommation de médicaments en France, en termes de nombre d'emballages par personne. Pour l'indicateur des médicaments achetés dans les pharmacies de détail, la France présente des chiffres par personne supérieurs d'un tiers à la moyenne de l'Allemagne, de l'Italie, du Royaume-Uni et de l'Espagne, mais équivalents à trois quarts seulement du niveau des États-Unis. Les indicateurs des dépenses pharmaceutiques

totales par personne en termes de parité du pouvoir d'achat (PPA) présentent les mêmes variations, bien que la proportion de la population française qui consomme des vitamines ou des médicaments sans prescription soit légèrement inférieure à la moyenne de l'Union. Cela donne à penser que la grande consommation de médicaments pourrait être due principalement au système de soins de santé lui-même.

Sources de financement

Les systèmes de soins de santé en Europe font appel à diverses sources de financement (voir Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. "Funding health care : Options for Europe". Buckingham: Open University Press). Dans tous les États membres, l'essentiel des fonds est public et vient de la fiscalité et des contributions de l'assurance sociale maladie. Sauf en Grèce, en Italie et au Portugal, les dépenses privées (par le biais des assurances privées et des paiements directs) représentent moins de 30 % des dépenses totales de santé. Le graphique montre le pourcentage des dépenses totales de santé provenant de sources publiques en 1990 et 1998, le complément provenant de sources privées. Les paiements directs ou les frais à charge des usagers constituent un type de financement supplémentaire, éventuellement ajouté aux trois principaux types de financement.



La combinaison publique/privée du financement des soins de santé a des conséquences sur les performances en terme de répartition. Les comparaisons internationales confirment régulièrement que les effets redistributifs des systèmes de soins de santé qui dépendent fortement du financement privé sont plus régressifs que ceux dont le financement est essentiellement public.

Taxation

La taxation intervient dans le financement des services de santé dans pratiquement tous les pays d'Europe. C'est la principale source de revenu en Finlande, au Danemark, en Irlande, en Italie, au Portugal, en Espagne, en Suède et au Royaume-Uni. Les impôts régionaux et/ou locaux sont la principale source de revenus pour les soins de santé au Danemark, en Finlande et en Suède, ainsi qu'en Italie, depuis 2000. Les impôts nationaux sont la principale source

de revenus en Grèce, au Portugal, en Espagne et au Royaume-Uni. Les impôts sur le revenu spéciaux ou affectés à la santé contribuent aux revenus des soins de santé en France et en Italie. Au moins une partie des recettes fiscales de la vente de cigarettes est affectée aux soins de santé en Belgique et au Royaume-Uni.

Les recettes fiscales servent aussi à subventionner ou faire des transferts aux fonds d'assurance sociale. Des fonds fiscaux peuvent être transférés aux fonds d'assurance pour payer les contributions de la population sans emploi, évitant ainsi la fragmentation de la couverture. Les chômeurs bénéficient ainsi du même droit que la population active, accèdent aux mêmes prestataires et la solidarité est donc maintenue pour toute la population. Cela évite aussi la duplication des fonctions administratives et d'achat. La fiscalité peut en outre servir à combler les déficits des caisses d'assurance, évitant l'augmentation annuelle des contributions et donc l'alourdissement de la charge salariale des travailleurs qui cotisent. D'autre part, si les assureurs n'assument pas le risque de déficit, ils ne sont pas incités à compresser les coûts ou à opérer de manière efficace. Certains États membres ne déclarent pas les transferts fiscaux à l'assurance sociale maladie tandis que d'autres le font explicitement dans les comptes nationaux.

Assurance sociale maladie

Une des caractéristiques déterminantes de l'assurance sociale maladie est l'exigence d'un système indépendant de collecte de revenus distinct du gouvernement – sinon, elle pourrait être considérée comme un précompte professionnel spécialisé. La collecte peut être confiée à une caisse d'assurance sociale unique (Belgique) ou dévolue à des caisses indépendantes (France), à différentes caisses d'assurance maladie à répartition professionnelle ou géographique (Autriche, Allemagne) ou à une association de caisses d'assurance (Luxembourg). Les cotisations à l'assurance sociale maladie sont la principale source de financement en France, en Allemagne, au Luxembourg et aux Pays-Bas. L'Autriche, la Belgique et la Grèce ont des systèmes doubles financés à part à peu près égales par l'impôt et l'assurance sociale maladie.

Certaines propositions de réforme à la fin des années 80 et 90 cherchaient à introduire la concurrence entre les assureurs maladie. En théorie, un système d'assureurs publics concurrents offre un meilleur choix, peut réduire les contributions et améliorer la qualité. Il peut toutefois poser un problème "d'écroulement" ou de sélection négative, qui pourrait concentrer les risques dans certaines caisses et différencier les taux de cotisation. Les tentatives d'introduire la concurrence entre les assureurs en Allemagne et aux Pays-Bas étaient spécifiquement basées sur des motivations financières et visaient à accroître l'efficacité des assureurs, à réduire les écarts de cotisation et le niveau des contributions ou au moins à réduire les augmentations, au lieu d'élargir le choix des affiliés. Dans la mesure où les assureurs légaux sont tenus d'accepter pratiquement tous les demandeurs d'assurance, la concurrence entre les caisses requiert un mécanisme correctif du risque pour empêcher certains assureurs d'assumer une part disproportionnée du risque ou de pratiquer des formes masquées "d'écroulement".

Assurance maladie privée

La constitution précoce d'associations mutuelles et volontaires de prestation en Europe et leur transformation ultérieure en caisses nationales d'assurance maladie n'ont généralement laissé qu'un rôle résiduel à l'assurance maladie privée. Dans l'UE, le rôle de l'assurance maladie volontaire peut être qualifié de substitutif, supplémentaire ou complémentaire. Dans quelques États membres, l'assurance privée remplace la couverture publique pour certains segments de la population. L'assurance maladie complémentaire ouvre l'accès à des services non disponibles aux termes des systèmes d'assurance publics (appoint) ou couvre les frais de l'utilisateur, tandis que l'assurance supplémentaire offre un choix plus large au consommateur et l'accès à des services de meilleure qualité ou un accès plus rapide aux services normalisés. Il est généralement admis que l'assurance maladie privée contribue à augmenter les inégalités en matière d'accès aux soins de santé.

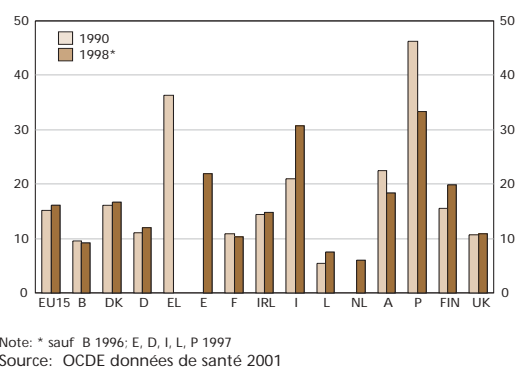
Dans les États membres, l'assurance maladie volontaire (AMV) se distingue aussi suivant la façon dont les primes sont calculées (risque, groupe ou communauté), celle dont les prestations sont déterminées et le statut des assureurs (commercial ou sans but lucratif). Quand l'assurance maladie privée remplace l'assurance légale ou publique, comme en Allemagne et aux Pays-Bas, elle couvre les personnes aux revenus élevés. Dans la mesure où les revenus sont liés au risque de mauvaise santé, la séparation de l'assurance publique et privée en fonction des revenus confine les personnes à haut risque de mauvaise santé dans le système public. Cela dénature l'effet de redistribution des modalités de financement. Les agents qui collectent les primes d'assurance maladie privée peuvent être des organes privés indépendants, notamment des compagnies d'assurance privées commerciales (dans la plupart des pays qui ont un marché privé de l'assurance maladie), des caisses ou compagnies d'assurance privées sans but lucratif.

L'assurance maladie privée peut être subventionnée par des crédits d'impôt ou des allègements fiscaux, comme en Autriche, en Irlande et au Portugal. L'Allemagne et les Pays-Bas accordent un allègement fiscal limité, qui n'incite pas particulièrement à acheter des polices aux prestataires privés puisque les cotisations de sécurité sociale bénéficient du même abattement. La Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni n'offrent pas d'abattement fiscal sur l'assurance maladie privée, dont les coûts de transaction tendent à être plus élevés en raison des frais administratifs de facturation, de contractant, d'examen de l'utilisation et de marketing¹²⁷. Il faut un travail administratif considérable pour évaluer le risque, fixer les primes, concevoir des ensembles complexes de prestations, examiner et payer ou refuser les demandes. La définition des prestations et la fixation des primes comportent également des problèmes d'information des consommateurs.

Paiements directs

La part des paiements directs dans l'ensemble des dépenses de santé de l'UE a légèrement augmenté dans les

Graph 58 Paiements directs en % des dépenses totales de santé, 1990-1998*



années 1990 et en 1998, la moyenne européenne était de 16 %. Dans la plupart des États membres, les paiements directs constituent une fraction plus importante des dépenses de santé que les prestations de l'assurance maladie privée. Comme illustré dans le graphique figurant ci-dessus, la proportion des paiements directs est plus élevée dans les États membres méditerranéens et avoisine ou reste inférieure à 10 % dans six États membres.

Si les paiements directs peuvent être une source financière complémentaire incontestable, leur fonction première consiste généralement à freiner la demande. Les droits d'usage (participation aux frais plutôt que paiement direct) existent dans tous les États membres pour maîtriser les dépenses pharmaceutiques. La plupart des soins de santé font l'objet d'un financement public dans l'UE, mais ce n'est pas le cas du secteur pharmaceutique, où les dépenses privées atteignent un niveau considérable dans beaucoup d'États membres. Le financement des dépenses pharmaceutiques est essentiellement privé en Belgique, en Finlande, en Grèce et en Italie. Au Danemark, il est réparti à égalité entre les fonds privés et publics. De plus, ces dernières années, la part du financement public a diminué dans plusieurs États membres, principalement pour tenter de comprimer les dépenses de santé. De 1980 à 1997, la part publique des dépenses totales en produits pharmaceutiques a reculé dans neuf des quinze États membres. La baisse était faible en Suède, aux Pays-Bas, au Portugal et au Royaume-Uni, mais forte en Italie et en Belgique. En revanche, quelques États membres ont enregistré une légère hausse du financement public des produits pharmaceutiques, notamment l'Irlande où elle a été sensible.

Outre les produits pharmaceutiques, tous les États membres ont recours à la participation aux frais pour maîtriser les dépenses dentaires. Certains ont aussi introduit des honoraires pour comprimer les coûts des services ambulatoires et hospitaliers (notamment l'Autriche, la Belgique, la Finlande, la France, l'Irlande, le Luxembourg et la Suède), en augmentant les frais facturés ou en faisant payer des services précédemment gratuits.

127 Il a été dit que les coûts de transaction "cachés" pour le patient, comme les longs délais d'attente, peuvent être plus élevés dans les systèmes à financement public (Danzon & American Enterprise Institute for Public Policy Research 1994).

Les États membres recourent généralement à trois types de participation aux frais: les paiements forfaitaires d'un montant fixe par service, la coassurance basée sur un pourcentage du coût total et les déductibles, où l'utilisateur doit assumer une partie déterminée du coût. Ces derniers peuvent diminuer au fil du temps.

La participation aux frais ou ticket modérateur varie suivant les groupes de médicaments, comme en France, en Grèce, en Italie et au Portugal ou la dimension de l'emballage, comme en Allemagne. Un montant forfaitaire s'applique à tous les médicaments au Royaume-Uni et en Autriche. En Belgique, en Grèce, en France, au Luxembourg, au Portugal et en Espagne, le patient paie un pourcentage du prix. Les déductibles sont pratiqués au Danemark, en Finlande et en Suède.

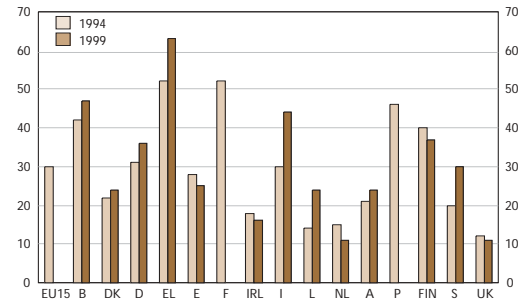
D'importants groupes de la population sont exemptés de ticket modérateur dans beaucoup d'États membres, ce qui limite l'impact de la participation aux frais pour maîtriser les dépenses de santé ou engendrer des recettes. Les exemptions peuvent diminuer la nature régressive de la participation aux frais si elles sont accordées sous condition de ressources. Mais si elles sont fonction d'autres facteurs, comme l'âge ou la maladie, elles peuvent créer une inégalité horizontale. L'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Finlande, l'Allemagne, l'Irlande et la Suède ont adopté des programmes de protection des revenus en fixant un plafond annuel à la participation aux frais pour certains services. Tous les États membres n'exemptent pas les enfants de la participation aux frais pour les soins dentaires préventifs. Le Danemark, l'Irlande et l'Espagne dispensent les malades chroniques des tickets modérateurs pharmaceutiques.

Si les tickets modérateurs ou paiements directs peuvent être des instruments efficaces des stratégies de compression des coûts et/ou pour générer les fonds supplémentaires nécessaires pour améliorer la qualité des services, ils peuvent avoir des conséquences négatives pour l'accès intégral et égal pour tous. Selon leur importance et leur application, ils peuvent accroître les inégalités sociales en matière d'accès et, donc, renforcer les modèles existants d'inégalité en matière de santé.

La courbe des paiements directs en tant que pourcentage des dépenses totales dans les années 90 n'est que partiellement reflétée par la part des dépenses de consommation consacrée à la santé, d'après l'enquête européenne sur le budget des ménages¹²⁸, comme le montre le graphique suivant.

Le diagramme indique qu'en Belgique et en France, la part des dépenses de santé dans la consommation est nettement supérieure à la moyenne de l'Union. Cela ne peut toutefois pas s'expliquer par les paiements directs relativement élevés dans ces deux pays, puisque la part de cette composante dans les dépenses totales de santé est inférieure à la

Graph 59 Part des dépenses de santé dans les dépenses de consommation individuelles par milliers



Source: Enquête d'Eurostat sur le budget des ménages

moyenne de l'Union. Si l'on examine la tendance dans les années 90, l'évolution des paiements directs en Autriche (baisse) et en Finlande (hausse) n'est pas reflétée non plus par l'évolution de la part de la santé dans la consommation totale entre 1994 et 1999. Toutefois, le graphique montre aussi que, parmi les pays dont les données de 1999 sont reprises également, seuls la Grèce, l'Italie, le Luxembourg et la Suède ont connu des changements (hausse) des dépenses de santé relatives au cours des cinq années étudiées.

Les deux graphiques précédents montrent aussi qu'il faut consacrer, proportionnellement, plus de ressources privées aux soins de santé dans les pays dont les niveaux de revenus sont inférieurs à la moyenne de l'Union, comme la Grèce, l'Italie et le Portugal. Cela peut s'expliquer entre autres par une faible élasticité des performances dans le domaine de la santé par rapport aux revenus. Cela signifie que les citoyens de ces pays doivent dépenser une plus grande part de leurs revenus pour avoir un niveau donné de service ou de traitement.

Une part de financement relativement grande par les paiements directs peut être associée également aux faibles niveaux des prestations de l'assurance maladie et/ou aux médiocres rémunérations officielles du personnel de santé. En fait, cela peut conduire à l'émergence d'un système non officiel, un marché gris ou noir, de droits supplémentaires à payer pour bénéficier de services de qualité normalisée.

2.3.6. Financement des soins de longue durée¹²⁹

En 2000, pour les dix pays dont les chiffres sont disponibles, le total des dépenses publiques en soins de longue durée en tant que part du PIB allait de 0,7 % (France, Irlande et Autriche) à environ 3 % (Suède et Danemark). Il faut s'attendre à des accroissements considérables jusqu'en 2050: aux Pays-Bas, en Suède et au Danemark, on prévoit que les hausses des dépenses en soins de longue durée en tant que

128 L'enquête d'Eurostat sur le budget des ménages présente la structure générale des dépenses de consommation par niveau détaillé de COICOP (Classification of Individual Consumption by Purpose – Classification de la consommation individuelle par fonction). La classification du premier niveau COICOP des dépenses de santé est (1) produits médicaux, appareils et matériel thérapeutiques, (2) services de consultation externe et (3) services hospitaliers.

129 Les informations de cette section proviennent de: a) Wittenberg, R., Becky, S. et Knapp, M., "Funding long-term care: the public and private options", in: Mossialos e.a., "Funding health care: options for Europe, Buckingham and Philadelphia, 2002 b) MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA), la protection sociale dans les États membres de l'Union européenne et de l'EEE, situation au 1^{er} janvier 2001 et évolution.

pourcentage du PIB dépasseront deux pour cent par personne au cours des cinq prochaines décennies tandis que la France et l'Italie connaîtront des augmentations d'environ un demi-point de pourcentage¹³⁰.

Outre les progrès technologiques et l'évolution des structures familiales, le vieillissement est une autre gageure pour le financement des systèmes de soins de longue durée dans les États membres de l'Union. Les défis de la demande peuvent être exacerbés par ceux de l'offre en raison de la diminution des forces de travail et de la concurrence connexe entre divers secteurs pour attirer une main-d'œuvre rare. Il peut dès lors s'avérer de plus en plus difficile de baser le fonctionnement des services de soins de longue durée sur un personnel à bas salaire et faibles qualifications. Afin de maintenir une offre adéquate de travailleurs, il faudra sans doute revoir à la hausse la rémunération, la formation et le statut du personnel, ce qui pourrait devenir une source de dépense. Quand on analyse l'organisation et le financement des soins de longue durée, il faut prendre en compte simultanément les défis du côté de l'offre et de la demande.

Dans toute l'Europe, les conjoints et des membres de la famille non rémunérés dispensent l'essentiel des soins de longue durée. En dehors de ces soins informels, le financement des services de soins de longue durée varie beaucoup dans l'Union. Ces services sont souvent répartis entre différentes structures et budgets publics, notamment ceux de la santé et des services sociaux. Dès lors, beaucoup d'États membres n'ont pas de programmes distincts pour les soins de longue durée: c'est le cas de la Belgique, de la Grèce, de l'Espagne, de la France, de l'Italie, de la Finlande et du Royaume-Uni. Dans certains États membres, les soins de longue durée sont couverts par un système d'assurance, notamment en Belgique, en Allemagne, en Grèce, en Espagne, en France, en Irlande, au Luxembourg, aux Pays-Bas et au Portugal. Dans certains pays, la principale source de financement est la fiscalité générale (Danemark, Finlande, Suède, Royaume-Uni et Autriche).

En France, le système d'assurance maladie couvre l'élément infirmier des soins dans les sections de séjour prolongé des hôpitaux et dans les maisons de retraites financées par les cotisations sociales. Les Pays-Bas, où les services de santé sont financés par l'assurance sociale maladie pour la majeure partie de la population, ont une approche comparable. Toutefois, un élément "coût exceptionnel" du système d'assurance maladie couvre les maisons de soins ainsi que l'action sanitaire et sociale (mais pas les soins résidentiels ni à domicile). Cette caisse néerlandaise spéciale pour les services de soins de longue durée est financée par des contributions de type fiscal complétées de fonds du gouvernement central.

Les services sociaux de soins de longue durée sont souvent fournis au niveau local. La Suède, par exemple, a transféré la responsabilité des soins de longue durée aux personnes âgées et handicapées aux municipalités en 1992. Le Danemark a adopté un changement identique au même moment. Il offre un système universel et finance les services sociaux et de santé par la fiscalité générale: les impôts locaux paient la plupart des services de soins de longue

durée. En Finlande aussi, ils sont pris en charge par les autorités locales, dans le cadre des services sociaux et de soins de santé. L'Autriche pratique un système de prestations de soins de longue durée du gouvernement fédéral et des Länder, financé par l'impôt.

Au Royaume-Uni, il existe un système non contributif, financé par l'État, qui verse des prestations en espèces et en nature aux personnes âgées ou handicapées et à leurs soignants. La fiscalité générale est la principale source de financement des services de santé. Les impôts centraux et locaux financent les services sociaux, qui supposent généralement une participation aux frais. Le financement des soins de longue durée du Royaume-Uni a été réformé en 1993 pour en accroître la décentralisation: les organes locaux sont désormais responsables d'évaluer les besoins et d'organiser les soins.

La plupart des États membres ont mis en place un système d'assurance sociale obligatoire contributif. Certains prévoient un système d'assistance sociale complémentaire financé par l'impôt pour les personnes dans le besoin et qui ne sont pas couvertes par les caisses d'assurance. C'est le cas en Belgique, en Espagne et en Allemagne. L'Allemagne a introduit en 1995 une assurance spécifique Soins de longue durée. Depuis, les travailleurs et les retraités sont soumis à cette assurance Soins de longue durée contributive obligatoire. Avant son introduction, le système de sécurité sociale ne couvrait pas les soins de longue durée en Allemagne – les citoyens payaient les frais en fonction d'un plafond d'assistance sociale sous condition de ressources.

2.3.7. Attribution de ressources et systèmes de paiement

Attribution de ressources

Dans la majorité des États membres, la responsabilité de l'administration des soins de santé a été, dans une certaine mesure, attribuée au niveau local. Comme cela s'est fait à différents degrés entre les États membres, la capacité de chaque gouvernement à influencer le système d'attribution des ressources n'est pas identique dans toute l'Union. Dans certains pays, le gouvernement central a gardé une grande capacité à imposer des compromis et réglementations, comme c'était le cas officiellement pour les systèmes nationaux de soins de santé. Mais la délégation régionale de la collecte de fonds ou de l'attribution de ressources peut réduire l'ampleur du contrôle de l'État. D'autre part, la dépendance des subventions d'État peut affaiblir l'autonomie du niveau local. Le paysage européen se caractérise une fois encore par une grande diversité des institutions réglementaires et des réformes sont envisagées dans certains États membres pour assurer une plus grande autonomie régionale ou locale.

Les plans ou clients décentralisés peuvent être un gouvernement local (en Suède), une administration locale (au Portugal) ou une caisse maladie (en Allemagne, en Belgique et aux Pays-Bas). Les fonctions de collecte de fonds et d'acquisition sont habituellement séparées et il y a des mécanismes pour affecter des fonds du niveau national

130 Comité de politique économique (2001): "Les défis budgétaires posés par le vieillissement des populations".

aux clients décentralisés. Même quand des caisses décentralisées sont chargées de collecter les fonds (comme en Allemagne), elles n'y ont pas directement accès mais doivent les regrouper au niveau national. Il existe des plans d'autofinancement de l'assurance sociale en Autriche uniquement.

L'attribution des ressources aux clients décentralisés se fait selon trois grandes méthodes: le remboursement rétrospectif complet de toutes les dépenses, le remboursement de toute activité en fonction d'une liste fixe d'honoraires et le financement prospectif sur la base des dépenses futures. Beaucoup de systèmes de soins de santé européens cherchent à passer du premier mode au troisième et à adopter des budgets prévisionnels. Il existe plusieurs possibilités pour les calculer, notamment les soumissions des acquéreurs, les antécédents, la négociation politique et la mesure objective des besoins. Les trois premières comportent un risque d'inégalité et n'incitent pas suffisamment à l'efficacité. Beaucoup d'États membres adoptent dès lors des approches plus scientifiques pour fixer le budget. La Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède et le Royaume-Uni appliquent la capitation à risques pondérés, tandis que l'Espagne pratique un système de capitation sans pondération. Ces méthodes sont utilisées pour un certain nombre de raisons. Le but de la capitation à risques pondérés est d'assurer que les acquéreurs bénéficient du même niveau de financement pour les personnes ayant des besoins identiques de soins de santé indépendamment de facteurs externes comme le lieu de résidence et la catégorie de revenus. Le choix de la pondération est important mais dépend souvent de la disponibilité de données.

Certains États membres allient la capitation à risques pondérés à d'autres formes d'attribution de ressources, comme la budgétisation historique, en vue de protéger les plans des risques financiers complets. D'autres adaptations rétrospectives se font parfois sur la base des dépenses réelles encourues. Elles protègent les petits systèmes ou les acquéreurs qui couvrent seulement une petite population des fluctuations aléatoires de la demande.

Système de paiement

Dans le secteur des soins primaires

Le développement du paiement des médecins basé sur la sécurité sociale s'est fait par trois grands procédés: honoraires privés, capitation et salaire, qui ont chacun leurs implications pour la maîtrise des coûts.

Appliqués sans restriction, les honoraires privés laissent au médecin la liberté de faire tout ce qu'il/elle considère approprié pour le bien du patient et sont payés en fonction du tarif de ces actes (interventions correctives, par exemple, analyses médicales et diagnostic avec support technique). Il est souvent dit que cette liberté gonfle la liste des actes, ce qui a pour effet d'augmenter les coûts. Le système des honoraires privés prédomine encore, mais des corrections ont été introduites graduellement, notamment des profils de "bonne pratique" en matière de diagnostic ou la restriction des actes à base de technologie – en limitant le nombre de séances d'ultrasons pour les femmes enceintes, par exemple. En outre, les technologies de l'information et de la

communication permettent une meilleure surveillance des pratiques par rapport aux normes. Le système reste prédominant en Belgique, en Allemagne, en France et au Luxembourg.

Les systèmes de capitation sont basés sur le paiement d'un forfait pour chaque patient pour une période donnée, quelle que soit son utilisation. Il assure une bonne prédictibilité et, en théorie, il incite à une utilisation efficace des ressources disponibles. Le risque de ce système est double. D'une part, pour économiser les ressources, les médecins peuvent effectuer moins d'exams et de procédures que ce dont le patient a réellement besoin, surtout s'ils peuvent garder le surplus. D'autre part, les médecins peuvent faire de "l'écémage" ou sélectionner le risque préféré. Par souci d'équité, il faut donc des procédures d'adaptation du risque. La plupart des pays demandent aux médecins de pratiquer une politique d'inscription ouverte à hauteur d'une liste maximale. Si cette liste n'était pas limitée, les médecins seraient incités à se charger d'un grand nombre de patients, mais ils auraient peu de temps à consacrer à chacun. Le système basé sur la capitation est de plus en plus répandu. Il prédomine en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Il est associé aux honoraires privés au Danemark, en Autriche, en Suède et en Irlande, selon le statut du patient.

Le paiement en fonction du salaire était traditionnellement prédominant au Portugal, jusqu'à l'introduction récente d'une certaine capitation. Il assure aussi la moitié environ du paiement des médecins généralistes en Finlande (60 %) et en Espagne (40 %), en combinaison avec la capitation et/ou les honoraires privés. Les paiements en fonction du salaire concernent aussi les médecins des centres de santé, comme en Grèce, et les médecins hospitaliers dans une majorité d'États membres. Les systèmes purs de paiement en fonction du salaire risquent d'être inefficaces pour fournir le traitement optimal aux patients: dans la mesure où les médecins perçoivent un salaire fixe, leur motivation à consacrer des ressources personnelles aux patients risque d'être limitée. Une certaine capitation peut être introduite pour corriger l'absence de mesures incitatives d'un système purement basé sur le salaire, en termes de revenus et d'efficacité de l'utilisation des ressources.

Dans le secteur des soins secondaires

Il y a deux grands groupes de modes de paiement des hôpitaux: les paiements prospectifs et rétrospectifs. En général, les systèmes de paiement passif rétrospectif, aux termes desquels le payeur supporte les risques, ont été abandonnés au profit des paiements prospectifs, aux termes desquels le prestataire assume le risque.

Le recours aux modes de paiement rétrospectif avec *per diem* ou honoraires privés était très répandu dans l'UE. Il est cependant largement remplacé par les paiements à l'acte, sensibles au *case-mix*, comme les groupes homogènes de malades (GHM). Bien qu'administrativement simples, les paiements *per diem* incitent à garder les patients à l'hôpital plus longtemps que nécessaire, puisque les premiers jours de soins, au cours desquels ont lieu la plupart des exams et des interventions, coûtent plus cher. D'autre part, le remboursement des hôpitaux pour chaque poste de service peut inciter à la surconsommation.

Beaucoup de districts hospitaliers en Finlande continuent à être payés en fonction des prix localement négociés par les municipalités. Dans la plupart des pays de l'Union qui appliquent les honoraires à l'acte, cependant, des barèmes sont convenus et fixent les prix de tous les prestataires et de toutes les procédures.

Les **groupes homogènes de malades** (GHM) sont calculés sur la base de catégories de diagnostic. Les procédures similaires sont regroupées et les prix fixés pour chaque catégorie. Pour toute admission, le paiement est fonction du diagnostic et de la gravité du cas. Les GHM sont utilisés dans la plupart des pays de l'Union pour surveiller les activités ou adapter les budgets, mais rarement pour le remboursement rétrospectif. Le Portugal a été le premier pays à les utiliser pour préparer le budget. L'Italie recourt aux GHM pour financer les flux de patients transfrontaliers. Le principal inconvénient de ce modèle est l'incitation à laisser sortir les patients trop tôt. Comme le système est basé sur l'admission, il est tentant d'hospitaliser à nouveau des patients pour bénéficier d'un remboursement supérieur ou de classer incorrectement le diagnostic pour avoir un taux de remboursement plus élevé. Ce procédé est qualifié de "DRG creep" ou manipulation GHM.

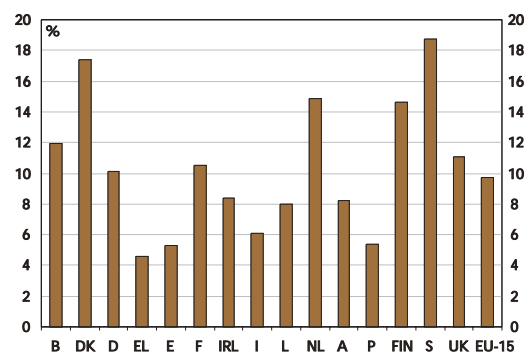
Les modes de **paiement prospectifs** s'efforcent de compresser les coûts en fixant à l'avance des limites aux dépenses. Ces méthodes se concentrent sur la maîtrise des coûts. Les deux principales sont la budgétisation globale et la capitation. Cette dernière n'est cependant pas fréquemment utilisée pour payer les hôpitaux dans l'UE. Beaucoup de pays européens développent des méthodes hybrides, qui associent la budgétisation globale et l'adaptation sur la base du *case-mix*.

L'Autriche, la Belgique, le Danemark, la France, l'Allemagne, la Grèce, l'Irlande, le Luxembourg, le Portugal, les Pays-Bas et l'Espagne utilisent les paiements prospectifs pour la totalité ou une partie du budget des hôpitaux. En principe, la budgétisation globale est la façon la plus simple de maîtriser les dépenses hospitalières. Elle délègue la responsabilité de gérer le budget aux administrateurs de l'hôpital qui s'efforcent de faire un usage efficace des fonds. Il existe plusieurs méthodes pour établir les budgets des hôpitaux, notamment les antécédents historiques, la négociation ou en fonction de l'activité de l'année précédente ou de la prévision des activités de l'année. Si les données historiques permettent de prédire correctement les résultats futurs, elles ne sont pas parfaites et peuvent renforcer les inégalités existantes. L'utilisation de groupes homogènes de malades pour établir ou réviser les budgets se répand de plus en plus en Europe et se pratique en Belgique, en France, en Irlande, en Italie, au Portugal et en Espagne.

2.3.8. Personnel de santé

Le secteur européen de la santé et de l'aide sociale a fait preuve d'un dynamisme considérable ces dernières années. La création nette d'emplois entre 1995 et 2001 totalise plus de deux millions de postes, ce qui correspond à un taux de

Graph 60 Part du secteur de la santé et de l'aide sociale dans l'emploi total (15-64 ans)

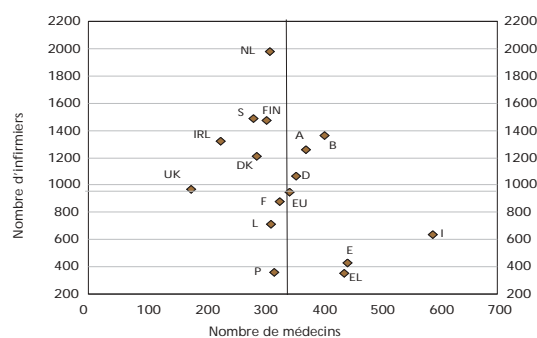


Source: Emploi en Europe 2002, p. 32

croissance annuel moyen de 2,4 % et une part de 18 % de la création d'emplois nette totale. En 2001, 9,7 % de l'emploi total de l'UE des 15 à 64 ans se situaient dans le secteur de la santé et de l'aide sociale.

Le diagramme montre toutefois que la part de l'emploi dans ces secteurs varie largement d'un État membre à l'autre, la Suède se réservant la plus grande part (18,7 %), suivie des autres pays scandinaves et des Pays-Bas. La Grèce est l'État membre où la part du personnel engagé dans le secteur de la santé et de l'aide sociale est la plus petite (4,6 %). Les chiffres de l'Espagne, de l'Italie et du Portugal sont à peine plus élevés. On prévoit que la demande de personnel continuera à croître, particulièrement dans le secteur des soins, où plusieurs États membres connaissent actuellement une pénurie d'effectifs. Il y aura dès lors de nouvelles possibilités d'augmentation de l'emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Graph 61 Nombre de médecins et d'infirmiers par 100 000 habitants



Source: Eurostat

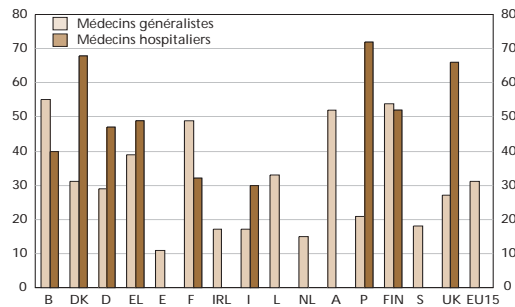
Médecins

L'UE compte **350 médecins par 100 000 habitants**, ce qui est nettement plus qu'aux États-Unis (250), au Japon (200) et dans les pays d'Europe centrale et orientale (300). Mais comme le montre le graphique, il y a des divergences entre

131 Voir "L'emploi en Europe 2002", p. 28 - 32; données: Eurostat, EFT.
132 COM(2002) 774 p.13,19.

les États membres, avec un rapport d'un à trois. À un extrême, le Royaume-Uni avec 175 médecins par 100 000 habitants (NHS uniquement), à l'autre, l'Italie avec 590 médecins par 100 000 habitants. La plupart des États membres comptent entre 300 et 450 médecins par 100 000 habitants.

Graphe 62 Part des généralistes et des médecins hospitaliers dans le nombre total de médecins - 2000



Note: DK, UK 1999; B, D, IRL, I, P 1998; EL 1197.
Source: Eurostat et OMS

Le nombre de médecins a augmenté au cours de la dernière décennie, d'une moyenne annuelle de 2,2 %. L'évolution a été nettement plus rapide en Irlande (plus de 4,9 % par an) et trois États membres seulement (la France, le Danemark et la Suède) ont enregistré une hausse de moins de 1 % par an. La croissance lente est un signe de pénurie, ainsi le Danemark doit faire venir 600 médecins d'Allemagne.

Sur le total de tous les médecins, la proportion moyenne de généralistes est de 31 %, allant de 11 % en Espagne à près de la moitié en Belgique, en France, en Autriche et en Finlande. La part des médecins essentiellement hospitaliers semble plus ou moins inversement proportionnelle au nombre de généralistes, avec une proportion inférieure à un tiers en France et en Italie, et supérieure à deux tiers au Portugal.

Tous les États membres requièrent un minimum de six années de formation médicale de base, mais la durée de la **spécialisation** varie et requiert généralement de trois à cinq ans de formation complémentaire. Depuis 1995, au titre de la directive "médecins" (93/16 CEE), un minimum de deux années de formation spécialisée est obligatoire pour les médecins généralistes de l'UE, dont six mois doivent être passés dans un cadre de médecine générale. À partir de 2006, une nouvelle recommandation européenne conseille un minimum de trois années de formation pour les médecins généralistes. Beaucoup d'États membres exigent maintenant des médecins de suivre une formation médicale continue. Mais la recertification des médecins n'est pas encore obligatoire dans tous les États membres.

On observe un **vieillessement** considérable **des médecins**. Entre 1995 et 2000, le nombre de médecins de 44 ans ou moins a baissé de 20 %, tandis que le nombre

de plus de 45 ans augmentait de 57 % (moyenne des États membres). Le vieillissement des médecins a diminué avec l'arrivée massive des femmes, qui constituent la majorité des médecins de moins de 36 ans mais 16 % seulement du groupe des 55-64 ans. Une raison des effectifs réduits est l'accès limité aux études de médecine pour plusieurs raisons. Si les tendances se poursuivent, la France, par exemple, enregistrera une baisse de 24 % du pourcentage de médecins par habitants entre 2000 et 2020¹³³. Une pénurie de médecins risque de se produire dans d'autres États membres dans les années 2010. De plus, ces estimations ne tiennent pas compte de l'impact sur la disponibilité de médecins de la récente directive sur le temps de travail.

Infirmiers

Les quinze États membres comptent en moyenne 950 infirmiers par 100 000 habitants. Leur nombre varie de 2000 aux Pays-Bas à 350 en Grèce et au Portugal. Quelque 56 % des infirmiers ont une formation post-secondaire et cette proportion dépasse 85 % dans six États membres. On constate un vieillissement progressif des infirmiers dans l'Union: 40 % d'entre eux sont âgés de plus de 45 ans dans sept États membres et près d'un infirmier sur deux a atteint cet âge dans cinq autres.

Deux grands facteurs sont à l'origine du **vieillessement généralisé des infirmiers**:

1. **Le recrutement intermittent.** En Suède, par exemple, à la suite d'un recrutement proche de zéro dans les années 90, 59 % du personnel infirmier avait plus de 45 ans en 2001, créant des besoins de remplacement considérables dans un avenir proche.
2. **Le modèle de faible professionnalisation.** La rotation élevée du personnel requiert l'arrivée massive de jeunes dans la population en âge de travailler pour assurer le remplacement. L'Italie en est le meilleur exemple, où le déclin démographique est à l'origine de la pénurie d'infirmiers. L'Espagne en est l'exemple opposé: elle compte toujours un excédent d'infirmiers hautement qualifiés et leur nombre augmente régulièrement.

Alors que les exigences dues au vieillissement général de la population augmentent, une façon d'éviter que le déclin démographique entraîne de nouvelles pénuries de personnel infirmier consiste certainement à combiner une grande professionnalisation avec un recrutement régulier.

Dentistes

La moyenne européenne du nombre de **dentistes** en exercice par 100 000 habitants était de 62 en 1996, allant de 37 en Espagne à plus de 100 au Danemark et en Grèce. Neuf-dixièmes des dentistes travaillent dans des cabinets privés, mais leur proportion est inférieure à deux tiers dans les États membres nordiques et en Irlande.

133 Voir Drees, Études et résultats, n° 161, mars 2002.

Analyse comparative de l'enseignement professionnel et de la formation des infirmiers dans les États membres de l'Union européenne

Les soins infirmiers sont un secteur professionnel en pleine croissance en Europe. Le nombre d'infirmiers a plus que doublé entre 1980 et 2000 (de 1,2 million en 1980 à 2,6 millions à la fin des années 1990)¹³⁴. C'est une caractéristique commune à tous les États membres, à l'exception de la Suède qui a connu une légère régression et du Royaume-Uni où le nombre d'infirmiers est resté stable¹³⁵. Quelque 90 % du personnel infirmier sont des femmes et de 82 % à 98 % des étudiants en soins infirmiers de l'UE/EEE sont des femmes¹³⁶.

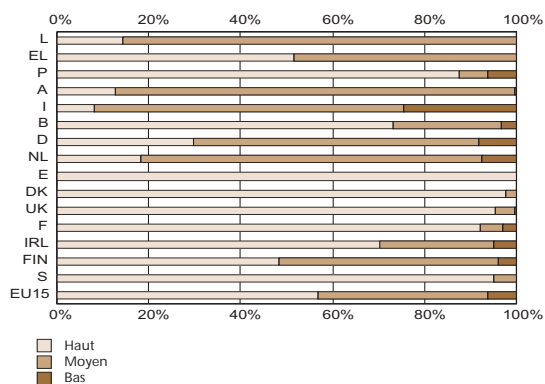
La formation des infirmiers a considérablement évolué dans tous les États membres depuis les années 1970. Bien qu'il subsiste des différences, la situation générale est la suivante:

- a) les infirmiers ayant une formation de niveau secondaire sont des "assistants infirmiers" dont la responsabilité est limitée.
- b) Un infirmier en soins généraux ou un infirmier diplômé a une formation post-secondaire, d'une école supérieure de formation professionnelle ou de niveau universitaire. Dans ce secteur, il existe un système européen de qualifications, organisé depuis 1977¹³⁷.
- c) La spécialisation post-fondamentale est la façon dont la plupart des infirmiers de l'Union poursuivent leurs études et leur formation après avoir acquis la qualification d'infirmier en soins généraux.

Ces dernières années, la convergence européenne s'est manifestée dans la profession infirmière. Dans toute l'UE, les infirmiers améliorent leur niveau d'études, avec une tendance à la formation et aux études au niveau supérieur (de type universitaire).

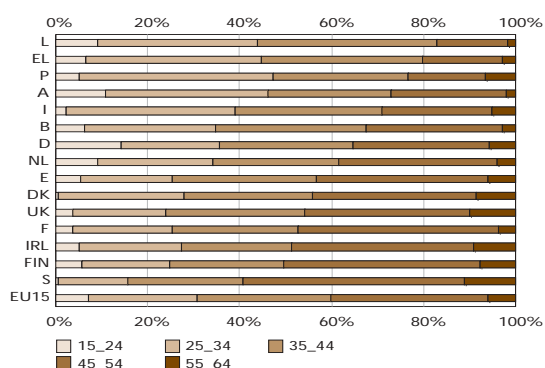
CEDEFOP - 2003

Graphe 63 Distribution des infirmiers et sages-femmes(*) - 2001. Par niveau d'études



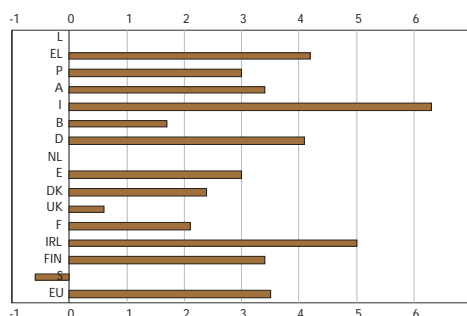
Note: (*) professionnels soins infirmiers et accouchement (CITP 223) + professionnels associés (CITP 323). Source : Eurostat EFT 2001.

Graphe 64 Distribution des infirmiers et sages-femmes(*) - 2001. Par tranche d'âge



Note: (*) professionnels soins infirmiers et accouchement (CITP 223) + professionnels associés (CITP 323). Source : Eurostat EFT 2001.

Graphe 65 Distribution des infirmiers et sages-femmes(*) - 2001. Augmentation p.a. 1980-98*



Note: (*) sauf DK 1995, B, F 1996, EL, I 1997; Irl 1990-1999, S 1990-96, UK 1995-1998; UE comme moyenne pondérée de B, DK, D, EL, F, I, FIN, A, S. Source : Eurostat.

134 ESTAT – Chiffres clés sur la santé.

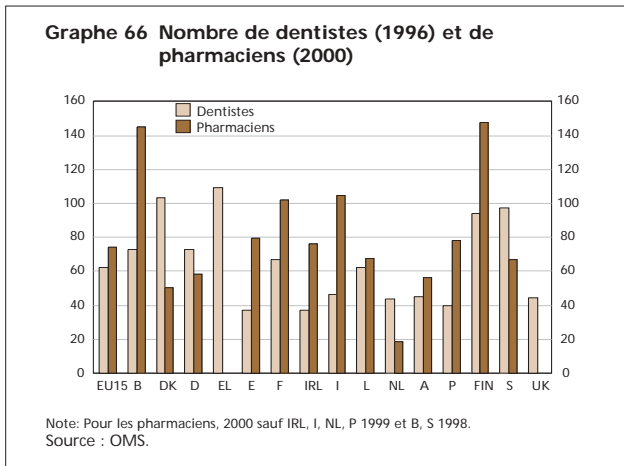
135 Emploi en Europe, 2002

136 D'après les données des membres du réseau Refer.

137 Directive 77/452/CEE du Conseil du 27 juin 1977, infirmiers responsables des soins généraux; voir également proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles directive 19/2001/CE section 3, article 29.

Pharmaciens

Le nombre de pharmaciens par 100 000 habitants varie plus encore. La moyenne européenne est de 74 pharmaciens par 100 000 habitants, 19 par 100 000 aux Pays-Bas et plus de 100 par 100 000 en Belgique, en France, en Italie et en Finlande. Une fois encore, cela témoigne de la grande diversité des systèmes de prestation de soins de santé, des méthodes de paiement et des réglementations relatives à la fourniture de produits pharmaceutiques.

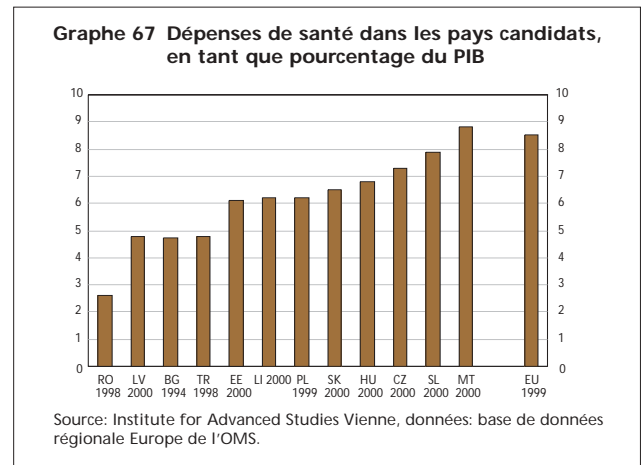


2.3.9. Systèmes de soins de santé dans les pays candidats: aperçu général

Les États adhérents et pays candidats d'Europe centrale et orientale mettent en place des économies de marché basées sur le modèle de l'Europe occidentale. Pour la plupart des pays concernés, la période de transition a commencé avec l'effondrement de l'Union soviétique et le démantèlement connexe des marchés planifiés de biens et services. Depuis le milieu des années 1990, on assiste cependant à un certain redressement économique et la plupart des États adhérents et des pays candidats d'Europe centrale et orientale ont connu, en moyenne, une croissance réelle du produit intérieur brut (PIB) supérieure à celle des États membres, seules la Roumanie et la Bulgarie accusant un retard très prononcé.

Les processus de réforme qui se sont déroulés dans les États adhérents et les pays candidats ont également touché les systèmes de soins de santé. Malgré des restructurations de grande envergure, les services de santé de ces pays se caractérisent toujours par des manques chroniques de financement, avec les conséquences qui s'ensuivent pour la santé. Les dépenses de santé en tant que pourcentage du PIB – reprises dans le graphique – sont toujours faibles par rapport aux normes d'Europe occidentale. On peut en conclure que les soins de santé ne bénéficient pas encore de la plus haute priorité. C'est particulièrement vrai en Roumanie où les dépenses de santé relatives s'élèvent à moins d'un tiers de la moyenne de l'Union européenne.

Toutefois, le graphique montre aussi que la Slovaquie et Malte consacrent des parts relativement élevées de leur PIB à la santé. Malte dépasse même la moyenne européenne des dépenses relatives pour la santé.



Les mesures prises par les gouvernements en vue de réformer les systèmes de soins de santé sont nombreuses et reflètent la grande diversité des situations dans lesquelles ils se trouvaient avant les réformes. Les principaux efforts de réforme ont consisté à séparer le financement de la santé du budget général de l'État et à déléguer la santé aux régions et aux autorités locales. Il y a eu en outre une certaine **privatisation**, permettant aux institutions privées de gérer les systèmes d'assurance maladie. Parallèlement, les ressources privées consacrées à la santé (paiements directs et assurance privée) ont considérablement augmenté¹³⁸. À la fin des années 90, cependant, le financement public intégral de l'ensemble des dépenses de santé existe toujours en Roumanie et peut-être en Bulgarie (où les chiffres de 1994 sont les derniers dont nous disposons). En République tchèque et en Slovaquie, la part du financement public dépasse 90 pour cent. Dans huit des treize États adhérents et pays candidats, la part du financement public atteint environ trois quarts de la moyenne européenne actuelle.

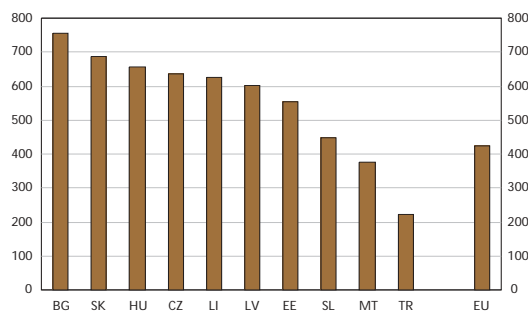
Lors de l'examen de la structure du système de soins de santé dans les États adhérents et les pays candidats, il est important de faire les deux observations suivantes:

- En moyenne, la propension à l'hospitalisation est assez forte. Par exemple, le nombre de lits de soins intensifs, en tant que pourcentage de la population, tend à être plus élevé dans la plupart des États adhérents et pays candidats que dans l'Union.

Au total, le nombre relatif d'admissions de patients hospitalisés est supérieur dans les États adhérents et les pays candidats que dans l'Union européenne actuelle – seules la Turquie, la Pologne, la Bulgarie et la Slovaquie enregistrent des chiffres inférieurs. La durée moyenne d'hospitalisation est supérieure à la moyenne de l'Union dans cinq pays: la

138 Health and Health Care Systems in the Applicant Countries, Institute for Advanced Studies, Vienne, août 2002.

Graph 68 Lits de soins intensifs par 100 000 habitants



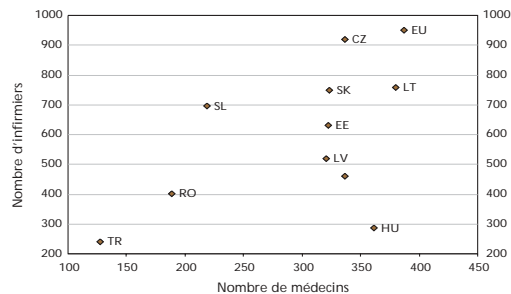
Note: les données concernent l'an 2000 sauf BG: 1996 et UE: 1999
Source: Institute for Advanced Studies Vienne, données base de données régionale Europe de l'OMS.

République tchèque, la Bulgarie, la Lettonie, la Lituanie et la Slovaquie. Au bas de l'échelle, on trouve une nouvelle fois la Turquie avec une durée moyenne d'hospitalisation équivalant à la moitié de celle de l'Union.

- D'autre part, la quantité de personnel médical est inférieure à la moyenne de l'Union dans les États adhérents et les pays candidats, comme l'illustre le graphique suivant (qui ne reprend pas Malte, Chypre, ni la Lettonie). Tous les États adhérents et pays candidats étudiés présentent des chiffres inférieurs à la moyenne de l'Union pour les deux professions médicales. Le nombre relatif de médecins dans les États adhérents et les pays candidats varie d'un (Turquie) à trois (Lituanie), tandis que le nombre d'infirmiers varie d'un (Turquie) à quatre (République tchèque).

Les réserves limitées de personnel de santé dans les États adhérents et les pays candidats peuvent poser un problème plus grave au moment de l'application de la directive européenne sur le temps de travail de 1993¹³⁹. Cette directive a pour objectif général de protéger la santé et la sécurité des travailleurs dans toute l'Union européenne. Les points d'attention sont les effets néfastes pour la santé et la sécurité, d'une durée de travail trop longue, d'un repos inadéquat ou de rythmes de travail perturbateurs. Les limitations du temps de travail dans les États adhérents et les pays candidats pourraient entraîner une diminution des services fournis et des traitements médicaux proposés en raison d'un

Graph 69 Nombre de médecins et d'infirmiers par 100 000 habitants dans les pays candidats



Note: les données concernent l'an 2000 sauf HU (médecins): 1999, * sauf UE pour les infirmiers: Eurostat EFT 2001. Source: Institute for Advanced Studies Vienne *, données: base de données régionale Europe de l'OMS.

manque de personnel à moins que des effectifs supplémentaires ne soient recrutés.

Cette pénurie de personnel risque de s'aggraver lorsque la libre circulation s'étendra aux États adhérents et pays candidats actuels. En d'autres termes, une fois que les obstacles à la libre circulation auront disparu, le personnel médical pourrait être attiré par les salaires plus élevés dans les États membres actuels.

Les défis lancés aux systèmes de soins de santé des États adhérents et des pays candidats sont énormes, non seulement en raison des bouleversements démographiques à venir auxquels ces pays devront faire face, mais aussi du fait que les indicateurs de santé montrent que les conditions sanitaires dans la plupart de ces pays sont encore nettement inférieures à la moyenne de l'Union, malgré de récentes améliorations (voir chapitre 2.1). Ceci est vrai alors que les niveaux de service disponibles dans certains pays ne sont guère inférieurs à la moyenne de l'Union, voire supérieurs, par exemple en ce qui concerne les lits de soins intensifs. Dès lors, il y a lieu de penser que les services sont utilisés de façon inefficaces dans certains cas¹⁴⁰. Par exemple, le grand nombre de lits ne témoigne pas nécessairement d'une infrastructure hospitalière plus vaste. Souvent, une plus grande disponibilité de lits s'accompagne de la présence dérisoire d'autres équipements, notamment le matériel de diagnostic, les médicaments ou même le chauffage et la nourriture¹⁴¹.

139 Directive 93/104/CE du 23 novembre 1993.

140 Santé et systèmes de soins de santé.

141 Voir OMS: Rapport sur la santé en Europe 2002, p. 122.

2.4. Société et santé

- Le soutien social est important pour la santé et particulièrement crucial pour la bonne santé au début et à la fin de la vie. Les réseaux sociaux associant des parents et des amis contribuent à protéger et à améliorer la santé des individus, à réfréner le comportement déviant et à contrôler la plupart des facteurs liés au mode de vie. Ils peuvent faciliter l'accès à la santé et aux services, assurer une grande partie de l'aide nécessaires et des services de proximité et atténuer l'impact des événements négatifs de la vie. Pour les gens de plus de 55 ans, l'avancée en âge va de pair avec une diminution de la taille des réseaux sociaux. Ceux qui vivent en état de pauvreté sont plus susceptibles de se déclarer plus isolés socialement dans la plupart des États membres.
- La famille continue à assurer la base des soins et du soutien aux enfants et aux adultes dans tous les États membres. Le rôle de la famille en matière de prestation de soins est perçu comme primordial et positif. Au total, 6 % de tous les Européens dispensent des soins à des adultes malades ou handicapés et des personnes âgées. Dans l'ensemble, 55 % des Européens considèrent comme une bonne chose que les adultes qui travaillent doivent davantage soutenir leurs parents à l'avenir. Dans les États adhérents et les pays candidats, ce nombre atteint 76 % en moyenne.
- Tous les États membres seront confrontés à une diminution de la dimension du ménage – la moyenne de 1999 (2,4) était inférieure à celle de 1981 (2,8). Les scénarios pour l'Europe des Quinze en 2020 montrent que, dans une très grande mesure, les femmes âgées vivront seules à l'avenir. Les extrapolations montrent que 46 % des plus de 85 ans vivront seuls, et 80 % d'entre eux seront des femmes. Cela doit être mis en parallèle avec le fait que le risque d'infirmité augmente avec l'âge. Les études actuelles révèlent que près de 40 % des personnes âgées se disent gravement entravées dans leurs activités quotidiennes et tandis que 30% déclarent souffrir d'une certaine incapacité. À l'avenir, une grande fraction de personnes âgées vivra seule et peut avoir besoin d'aide externe pour les activités quotidiennes.
- La capacité des familles à fournir des soins à l'avenir sera affectée par l'évolution du taux d'activité des femmes, les taux de mariage, de divorce et de fécondité. En Europe, on observe une nette préférence (80 % dans les États membres et 85 % dans les États adhérents et les pays candidats) pour que les services sociaux aident les personnes âgées chez elles plutôt qu'en soins résidentiels.
- L'organisation des soins de longue durée pour les personnes âgées varie considérablement entre les États membres. De nouvelles initiatives dans ce domaine prévoient la prestation de soins professionnels à domicile, dans des centres de jour ou des institutions spéciales de soins de longue durée. Des organisations du troisième secteur s'efforcent de répondre à la demande croissante de services d'aide et de protection sociale en étendant leurs activités dans ces domaines. Le pourcentage de personnes qui se disent en mauvaise ou en très mauvaise santé est nettement plus grand dans le groupe des bas revenus que chez les non-démunis (13 % et 9 % respectivement) et encore plus élevé dans le groupe en état de pauvreté persistante (15 % de ceux qui souffrent de pauvreté monétaire pendant trois ans). De plus, les pauvres s'estiment plus isolés socialement dans tous les pays. La disponibilité d'aide de proximité est habituellement moindre pour le groupe de revenus le plus bas dans tous les pays sauf au Danemark, en France et en Italie.
- Les droits universels ou quasi universels aux soins de santé existent dans tous les États membres, ce qui est un grand progrès pour protéger les droits de groupes sociaux précédemment exclus. Néanmoins, l'augmentation de la proportion des dépenses privées sur l'ensemble du financement des soins de santé impose directement une charge financière plus lourde aux pauvres et à ceux qui sont en mauvaise santé.
- Le niveau des revenus influence le recours au système de santé ainsi que le lien entre les besoins et le traitement. Les personnes qui bénéficient de revenus supérieurs sont plus susceptibles de recevoir des services de spécialistes tandis que ceux dont les revenus sont inférieurs tendent à faire appel aux soins des généralistes.
- Les problèmes de santé mentale gagnent en importance. Dans l'Union, environ un quart des nouvelles prestations d'invalidité sont attribuées pour cause de mauvaise santé mentale. Les ennuis de santé mentale sont à l'origine d'une grande part des dépenses totales de santé et des consultations des généralistes. Beaucoup de causes externes de décès, notamment les homicides, peuvent être associées aux troubles mentaux dus à l'abus problématique d'alcool et de drogues. Les problèmes de santé mentale sont également liés au chômage et particulièrement au chômage de longue durée des jeunes.

- Les suicides en tant qu'issue fatale varient considérablement d'un pays à l'autre (taux d'incidence communiqués nettement moindres dans les régions méridionales que dans les pays du Nord), en fonction de l'âge (culminant entre 40 et 55 ans chez les hommes et augmentant à nouveau parmi les hommes âgés) et du sexe (chiffres nettement inférieurs pour les femmes).
- L'Europe compte plus de 50 millions de personnes handicapées. En moyenne, 14,5 % de la population en âge de travailler déclare souffrir d'une incapacité (10 %) ou d'une incapacité grave (4,5 %) dans les actes ordinaires de la vie. Les jeunes constituent 5 % des handicapés, tandis que les personnes en âge de travailler en représentent 46 %. Environ la moitié de ceux qui se déclarent handicapés ont plus de 60 ans.
- Le taux d'emploi des personnes gravement handicapées équivaut à un tiers seulement du taux d'emploi des personnes en bonne santé. Il atteint deux tiers parmi ceux qui souffrent d'un handicap modéré. L'effet de l'âge est très prononcé pour les trois groupes et les taux d'emploi diminuent fortement après 45 ans.
- Les prestations d'invalidité sont la troisième catégorie par ordre d'importance des dépenses de protection sociale dans l'Union européenne. Les chiffres vont de 0,7 % du PIB en Irlande à 2,8 % en Finlande. D'après une enquête auprès des handicapés de sept États membres, près de 93 % des personnes interrogées estiment que les prestations perçues sont inadéquates et la majorité des handicapés s'estime en situation de pauvreté ou de grande pauvreté.

Introduction

Le présent chapitre analyse l'importance des réseaux sociaux pour assurer la qualité de la vie, les contributions qu'y font les organisations du troisième secteur ainsi que les problèmes de l'exclusion sociale en relation avec la santé et les besoins de soins. Il présente aussi des données concernant les personnes handicapées ou qui souffrent d'ennuis de santé chroniques et les types d'obstacles à la participation sociale qu'elles rencontrent. Dans la mesure où la qualité de la santé mentale est particulièrement affectée par les facteurs économiques et sociaux, ce chapitre se penche plus en détail sur l'analyse de la prévalence et de l'impact des troubles mentaux.

2.4.1. Cohésion sociale et santé

La cohésion sociale fait référence à l'étendue des réseaux et de la solidarité entre les groupes de la société. Une grande cohésion sociale témoigne de la présence de liens sociaux forts, d'excellents niveaux de confiance et de normes de réciprocité élevées.

La cohésion sociale est un déterminant clé de la santé...

Les réseaux sociaux protègent et améliorent directement et indirectement la santé. Le lien entre les relations sociales et la santé fait l'objet d'études depuis plus de 100 ans: " les personnes socialement isolées sont plus susceptibles de se suicider", observait Durkheim dans son ouvrage précurseur de 1895 comparant les différences des statistiques de suicide dans les pays européens au fil du temps. Les réseaux sociaux sont l'expression collective de **relations individuelles**, qui se basent sur la totalité des ressources sociales pour étayer et résoudre différents problèmes de la vie. Les réseaux sociaux **intégrés à l'échelle de la communauté** reflètent l'existence de liens sociaux, de réciprocité et de gestion institutionnalisée du conflit, qui créent un certain degré de cohésion sociale (absence de conflit social et valeurs sociales convergentes). Certaines théories considè-

rent que les membres des sociétés plus égalitaires sont moins exposés aux déficiences de santé que les personnes vivant dans une infrastructure plus hiérarchique. Dans une société hiérarchisée, la culture d'inégalité engendre généralement un comportement plus agressif, violent et discriminatoire, qui est source de stress, d'humiliation et de peur avec des effets négatifs pour la santé. Il est démontré que les inégalités de revenus sont effectivement associées à la violence et au crime.

On peut identifier certains mécanismes par lesquels les fonctions de soutien social peuvent influencer la santé.

1. Le soutien social peut être instrumental: il facilite ou restreint l'accès aux soins, aux services et aux équipements médicaux.
2. Les réseaux sociaux assurent un soutien émotionnel, ils atténuent l'impact sur la santé des événements négatifs de la vie (notamment la perte d'emploi, un divorce ou le décès d'un proche) et aident à s'adapter aux difficultés à long terme. Ils constituent un soutien efficace, accroissent l'estime de soi et contribuent à limiter le stress et le sentiment d'insécurité.
3. Le contexte social affecte également le comportement personnel et les facteurs associés au mode de vie par la tolérance aux risques manifestée au sein du réseau de la personne: cela s'observe particulièrement pour l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie, mais aussi pour la qualité du régime alimentaire et la quantité d'exercices physiques. Les réseaux contrôlent la diffusion des informations liées à la santé et exercent un contrôle social du comportement déviant.
4. Les aspects cognitifs liés au contexte social, comme la confiance et les valeurs partagées, accroissent également le sentiment de sécurité ainsi que le respect de soi, aussi bien au sein des communautés qu'entre celles-ci. Le soutien social favorise aussi l'efficacité personnelle et inversement, ce qui renforce la capacité d'action.

...particulièrement par les réseaux sociaux...

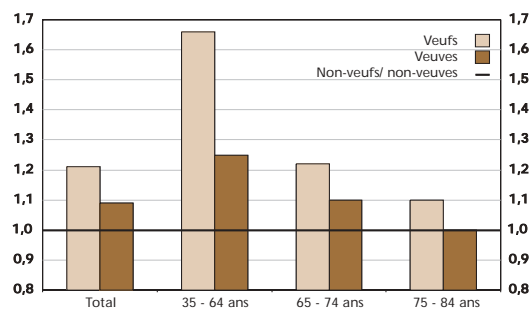
Les réseaux sociaux sont un ensemble de ressources auxquelles une personne peut faire appel en cas de tension et face à différents problèmes de la vie, dont les pertes personnelles, les incapacités physiques ou émotionnelles, les maladies et le stress professionnel. Il semble que le soutien social affecte la réaction au stress et le niveau de sensibilité. L'impact augmente avec l'âge et le rétablissement après un événement angoissant est plus lent chez les personnes âgées. L'isolement social aussi influence la régulation des mécanismes protecteurs et les réactions immunitaires aux infections¹⁴². Le type et la quantité de soutien dont jouit une personne dépendent de sa compétence et de sa capacité à mobiliser le réseau social: l'éducation (y compris la formation permanente) et l'emploi sont des déterminants de premier plan, de même que les conditions de vie (avec un partenaire, des enfants, etc.). L'isolement social est décrit comme le deuxième facteur par ordre d'importance (après les difficultés financières) qui affecte la détresse psychologique¹⁴³.

Mortalité et mariage

Une des principales études sur la mortalité excessive après le décès d'un conjoint a été réalisée en 1986-1991 pour 1,58 million de Finlandais mariés, hommes et femmes, de 35 à 84 ans (Martikainen et Valkonen 1996).

Après le décès de leur épouses, les veufs courent en moyenne un risque 21 % plus grand de mourir que les hommes mariés du même âge. Les femmes ont un risque de mortalité de 9 % supérieur après le décès de leur mari.

Graphe 70 Mortalité excessive après le décès du conjoint (Finlande 1986-1991)



Source: Martikainen et Valkonen 1996

Les risques sanitaires accrus à la suite du décès du conjoint sont nettement plus élevés avant l'âge de 65 ans: 66 % pour les hommes et 25 % pour les femmes. La différence relative est visible parce que la mortalité de la population mariée de cette tranche d'âge est assez basse. Le risque relatif est nettement plus grand pour certaines causes de décès. Chez les hommes qui ont perdu leur épouse, le taux

de suicide et de décès dû aux maladies liées à l'alcool sont trois fois plus élevés que chez les hommes mariés. Le décès par maladie cardiaque ischémique chronique et d'autres maladies circulatoires est deux fois plus fréquent et même le cancer du poumon, de l'estomac et les accidents de la route sont 50 % plus nombreux.

Une étude suédoise a analysé la mortalité et la morbidité de 400 000 mères entre 1992 et 1994 et les résultats témoignent de la vulnérabilité des mères célibataires, même en Suède¹⁴⁴. Leur risque de mortalité est de 1,53 au lieu de 1 pour les mères en couple. Les risques sont particulièrement grands pour le cancer du poumon (2,31¹⁴⁵), le suicide et les tentatives de suicide (2,53), les maladies psychiatriques (2,49), l'addiction (4,17) et la violence (6,38).

L'ampleur et les structures des réseaux sociaux sont très difficiles à mesurer. Les données du panel communautaire des ménages (PCM) contiennent néanmoins des informations utiles sur le niveau de contact avec des amis ou la famille au cours d'une période donnée. Dans les États membres méridionaux et en Irlande, les relations sociales tendent à être plus informelles et basées sur les interactions avec le voisinage et la collectivité, tandis que dans le nord de l'Europe, la participation aux associations et clubs organisés est plus fréquente. Pour ce qui est des relations de proximité, quatre Européens sur cinq en moyenne parlent à un voisin au moins une fois par semaine. C'est particulièrement vrai en Grèce, en Espagne, en Irlande et au Portugal. Les Pays-Bas, le Danemark et le Luxembourg affichent les plus grands nombres de personnes n'ayant jamais ce type de contact avec des amis ou moins d'une fois par mois.

Le réseau familial est l'un des déterminants les plus précoces et les plus importants de la santé. En outre, les membres de la famille, les parents, amis et autres relations donnent généralement un soutien social informel, tandis que les services sociaux, les églises, les groupements ou autres institutions fournissent une assistance plus structurée.

Il convient de noter que le soutien social ne doit pas être considéré comme statique. Les réseaux sociaux sont un phénomène dynamique, influencé par la phase du cycle de vie que traverse la personne. Ils sont particulièrement affectés par les changements des rôles sociaux. Les échanges d'aide doivent être replacés dans le contexte d'une vie entière parce qu'ils sont basés sur les liens et les souvenirs communs. C'est particulièrement décisif aux deux extrémités de la vie:

- l'importance des relations avec les parents ou autres responsables des soins pendant l'enfance est bien documentée. Des soins affectueux, attentifs et stables permettent aux nourrissons et aux enfants de développer normalement des fonctions comme le langage, l'intellect et le contrôle émotionnel. Les enfants privés de cette sollicitude sont plus susceptibles de développer des troubles mentaux et du comportement pendant leur enfance ou plus tard dans la vie adulte.

142 Berckman L. et Kawachi I. (ed.), Social epidemiology, 2000.

143 Précarité et intégration sociale - Rapport pour la Commission européenne basé sur l'Eurobaromètre 56.1 - Gallie D. et Paugam S., 2002.

144 In: Income and health: a review of the literature and an empirical analysis, par le Social and Cultural Planning Office, NL, pour la Commission européenne, 2002.

145 OR Odd ratio - cité dans Income and Health: a review of the literature and an empirical analysis - par le Social and Cultural Planning Office, NL, pour la Commission européenne, 2002.

- En cas de mauvaise santé ou de handicap, le nombre de contacts informels avec les amis et les voisins tend à diminuer. L'isolement social est plus marqué pour les personnes gravement handicapées.
- Chez les personnes de plus de 55 ans, le vieillissement entraîne une diminution à la fois de l'étendue du réseau et de la quantité de soutien informel. Le réseau féminin moyen est généralement un peu plus vaste que celui des hommes pour tous les groupes d'âge après 55 ans. Une autre différence, c'est que le réseau des femmes est plus susceptible de se composer en grande partie de famille et d'amis, tandis que les réseaux masculins sont plus orientés vers le travail.

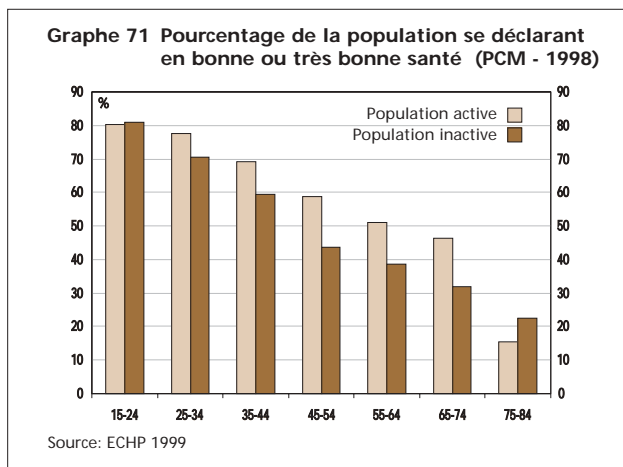
Les réseaux sociaux peuvent aussi être évalués à l'aide d'indicateurs de participation aux institutions sociales et au mariage, ainsi que l'expression d'un sentiment de soutien ("je peux compter sur quelqu'un"). Il est manifeste que le fait d'avoir un partenaire stable et d'être responsable de l'éducation d'enfants contribue à protéger contre les problèmes de santé mentale.

...en favorisant les occasions de participation sociale...

La participation sociale et l'engagement social (sur le lieu de travail, dans les églises, les clubs sportifs et les organisations civiles) contribuent à donner un sens de valeur, d'appartenance et d'attachement. Cette participation et ces contacts répétés donnent à la vie une certaine cohérence, un sens et une interdépendance. Il est essentiel de consacrer des ressources au développement de réseaux sociaux à toutes les étapes de la vie. Chez les personnes âgées, la participation sociale va de pair avec le maintien de la capacité cognitive et la réduction de la mortalité¹⁴⁶. Il faut accorder une attention particulière aux activités favorisant la participation sociale des retraités et leurs réseaux.

L'engagement dans la vie professionnelle est la principale forme de participation sociale dans notre société. Dans l'Union, le taux d'emploi est de 73 % pour les hommes et de 54,9 % pour les femmes. Chez les plus de 54 ans, les chiffres sont respectivement de 48,7 % et 28,9 %. La section 3 reprend les données sur les taux d'emploi de tous les États membres, avec une attention particulière pour les groupes des jeunes travailleurs et des travailleurs âgés. L'analyse du Panel communautaire des ménages montre que les inactifs consultent les médecins plus souvent que les actifs (ce point est abordé plus en détail au chapitre 2.2 du présent rapport). Ces derniers sont plus susceptibles de se dire en bonne ou en très bonne santé. Cela se vérifie pour tous les groupes d'âge jusqu'à 75 ans. La plus grande différence est enregistrée pour les personnes de 45 à 54 ans.

La participation à l'emploi permet d'accéder à un large éventail de ressources. Elle assure un meilleur revenu mais aussi l'accès à des programmes de prévention utiles pour la santé, mis en place sur le lieu de travail en vertu de la législation sur la santé et la sécurité. Ces services ne sont pas



disponibles pour les sans-emploi. En d'autres termes, ceux-ci connaissent des problèmes de santé spécifiques et nettement plus graves, tout en ayant un accès réduit aux visites médicales régulières. Certains pays proposent un accès à l'éducation sanitaire et des contrôles médicaux annuels gratuits pour y remédier.

...et en accroissant le capital social...

Le capital social, en termes de niveaux de confiance ou d'inclusion dans des réseaux sociaux, tend à influencer plusieurs déterminants de la qualité sociale, notamment l'ampleur des activités criminelles, les résultats scolaires, l'épanouissement de la jeunesse, la motivation au travail et l'esprit économique. Le partage de normes et l'implication formelle ou non dans les réseaux facilitent l'action collective et accroissent la probabilité d'échanges économiques.

Des études américaines montrent que le capital social influence aussi la santé. Le degré d'affiliation à diverses organisations (dont les églises, les clubs sportifs et les syndicats) dans les États américains était inversement proportionnel aux taux de mortalité ajustés selon l'âge. Le niveau d'engagement dans les associations civiques permet de prévoir le décès par maladie cardiovasculaire ou cancer et la mortalité infantile¹⁴⁷. D'autres études montrent que, indépendamment des facteurs de risque individuels, le capital social local (ou régional) a un impact sur le bien-être individuel et la perception personnelle de la santé, avec une corrélation entre l'inégalité des revenus, (le manque de) la confiance sociale et la mortalité.

Il est difficile toutefois de reproduire ces résultats avec les données européennes. Par exemple la méfiance ne présente aucune relation (significative) avec l'espérance de vie ou la mortalité type par âge. Dans la plupart des études, la confiance interpersonnelle est dite élevée en Scandinavie et basse en France, en Belgique et en Europe méridionale, tandis que pour l'espérance de vie féminine, les chiffres les plus élevés se situent en Italie, en France et en Espagne et non dans les pays scandinaves. Les pays qui comptent les taux de syndicalisation les plus élevés et une représentation

146 Berckman L. & Kawachi I. (ed.), Social epidemiology, 2000.
 147 Kawachi et al. (1997,1999), in Berckman L. & Kawachi I. (ed.), Social epidemiology, 2000.

forte des femmes en politique affichent de meilleures performances en terme de mortalité infantile. Dans l'Union européenne, le capital social se mesure le mieux en termes de densité des réseaux, de relations et de participation active. En outre, le dialogue social joue un rôle critique de soutien¹⁴⁹.

...ce qui renforce le potentiel des stratégies de promotion de la santé.

Dans toute l'Europe, des initiatives de la collectivité locale offrent une assistance intégrée pour s'attaquer aux problèmes d'inégalité dans le domaine de la santé. Ces approches permettent de faire face aux vastes déterminants de la santé au niveau d'un territoire ou d'une communauté. En particulier, les services collectifs développés avec la participation des habitants et des associations locales peuvent fournir des solutions novatrices. Ils permettent aussi de mieux répondre aux besoins spéciaux de groupes spécifiques (dont les immigrants ou les minorités ethniques).

La promotion de la santé est au cœur des politiques de santé publique. Elle vise à permettre aux gens d'utiliser le contrôle qu'ils ont sur leurs déterminants sanitaires. Elle comprend des actions visant à la formation tout au long de la vie et à la sensibilisation à la santé et d'autres axées sur le changement des conditions sociales, économiques et environnementales. Les programmes de promotion de la santé cherchent à améliorer la connaissance des facteurs de risque dans plusieurs domaines, dont la nutrition, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, l'exercice physique, la santé mentale, le comportement sexuel et la prise de médicaments. Ils encouragent à adopter des modes de vie et des comportements sains.

Les programmes de promotion de la santé peuvent être efficacement soutenus par des associations locales, plus proches de la situation et des besoins locaux.

L'action sociale au niveau local a plus de chance de réussir dans les collectivités où le capital social, les niveaux de confiance et de coopération sont élevés. Ces éléments renforcent les chances de succès des programmes d'intervention pour la promotion de la santé, notamment des programmes d'éducation et de prévention de la violence et de la toxicomanie. La façon dont le capital social contribue aux programmes de promotion de la santé et inversement fait l'objet de plus en plus d'études.

Des organisations non gouvernementales (ONG) actives dans le domaine de la santé s'occupent de ces activités dans de nombreux pays, particulièrement en matière d'éducation, de prévention, de sensibilisation du public, de gestion des patients et d'élaboration de politiques¹⁵².

Dans les États adhérents et les pays candidats d'Europe centrale et orientale, les anciens systèmes de soins de santé étaient très centralisés. Il n'y avait pas d'associations ni de

société civile autonome, ce qui témoigne d'une attitude plus passive à l'égard des questions que l'État était censé prendre complètement en charge. Les gens étaient plus indifférents à la prévention sanitaire et se sentaient donc peu responsables personnellement de leur santé.

2.4.2. Exclusion sociale et santé

Le présent chapitre examine comment les besoins de soins des personnes à haut risque d'exclusion sociale sont couverts en termes de soutien informel, leurs conditions d'accès au système de soins de santé ainsi que les récents développements politiques au niveau de l'Union.

La pauvreté affecte les déterminants sanitaires...

La pauvreté contribue à réduire la qualité de la vie et l'état de santé. À l'échelle de l'Union, le pourcentage des personnes qui se disent en mauvaise ou très mauvaise santé est nettement plus grand dans le groupe des personnes pauvres (en termes de revenus) que dans celui des non-démunis (13 % et 9 % respectivement – PCM, 1996). Il est encore plus élevé dans le groupe de ceux qui vivent en situation de pauvreté persistante (15 % du groupe souffrant de pauvreté financière pendant trois ans). Dans chaque tranche d'âge, ceux qui ont de maigres ressources financières se déclarent en outre plus souvent entravés dans leurs activités quotidiennes par suite de problèmes de santé chroniques que les groupes plus aisés. L'effet est particulièrement marqué pour les personnes en situation de pauvreté pendant une longue période, de quatre ou cinq ans par exemple. Cette double relation entre le revenu et la santé est exposée plus en détail au chapitre 2.2 du présent rapport.

Une étude détaillée concernant "la santé et les soins de santé des personnes défavorisées" au Portugal constate que presque toutes les personnes interrogées qualifient leur état de santé de "moins que bon". Malgré leur mauvais état de santé, elles recourent moins souvent aux services de soins que la population générale et leurs visites médicales de routine sont moins fréquentes.

Des études dans les États membres du Nord montrent que les mêmes catégories sont plus susceptibles d'être en situation de pauvreté (quoiqu'à une échelle nettement moindre) : les mères célibataires et leurs enfants, les personnes âgées bénéficiant de petites pensions, les chômeurs de longue durée, les immigrants et les marginalisés, notamment les usagers de drogues dures et les sans-logis. Ainsi, en Suède, 36,5 % des mères célibataires qui vivent en situation de pauvreté qualifient leur état de santé de "moins que bon", pour 26,8 % des mères célibataires non démunies. Ces chiffres pour les femmes vivant en couple sont respectivement de 19,5 % pour les mères pauvres et 17,1 % pour les non démunies, ce qui montre une nouvelle fois l'effet protecteur du mariage.

148 *Income and health: a review of the literature and an empirical analysis*, par le Social and Cultural Planning Office, NL, pour la Commission européenne, 2002.

149 Pour une analyse des problèmes de définition et de mesure du capital social, et de ses liens avec les politiques économiques et sociales: *Coût de l'absence de politique sociale*, par D. Fouarge, rapport à la Commission européenne, 2003.

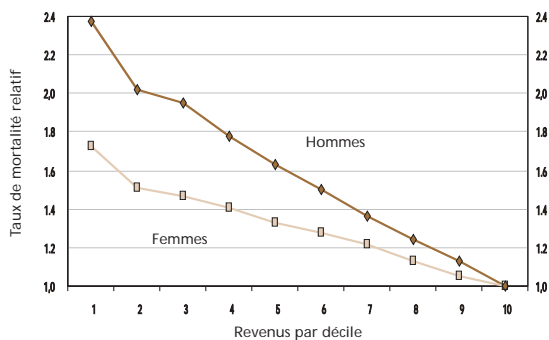
150 Voir le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008).

151 *Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives*, OMS, European Series 92, 2001.

152 Rapport sur la santé en Europe, OMS - 2002.

Une étude finlandaise (Martikainen e.a. 2001) analyse les taux de mortalité selon le revenu pour trois millions de personnes âgées de 30 ans et plus au cours de la période 1990-1996. Elle fait apparaître une relation presque linéaire entre la mortalité et le revenu, où le revenu disponible corrigé en fonction de la taille du ménage est subdivisé en déciles. Après 65 ans, le lien entre revenu et mortalité s'affaiblit rapidement.

Graph 72 Mortalité selon le revenu (Finlande)



Source: Martikainen e.a. 2001.

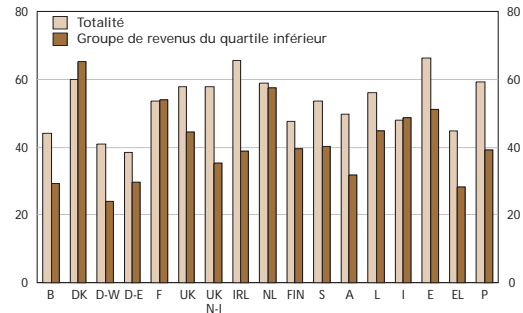
La mortalité infantile est l'indicateur de santé le plus intimement lié à la pauvreté. Il est en outre particulièrement sensible aux dépenses de santé: des études constatent que chaque pour cent supplémentaire de dépenses en soins de santé par personne correspond à une réduction de 0,184 % du taux de mortalité infantile. Des différences de taux de mortalité infantile subsistent entre les groupes sociaux et les territoires. Les principales actions en matière de politique de santé publique pour lutter contre l'exclusion sociale concernent les enfants: leur assurer des soins corrects à domicile, leur donner un accès régulier et gratuit au suivi médical (y compris la vaccination) et dispenser des soins préventifs et une éducation à la santé dans les écoles.

La pauvreté financière n'est pas le seul problème. L'exclusion sociale fait ressortir de nombreuses formes de privation des personnes qui ont de faibles revenus. Elle influence le type de soutien dont les gens peuvent bénéficier dans leurs réseaux sociaux, ainsi que le niveau d'accès et d'utilisation des infrastructures publiques, particulièrement dans le domaine de la santé et des soins de longue durée. Ces deux dimensions sont analysées plus en détail dans les paragraphes suivants.

...par de multiples formes d'exclusion sociale.

Le soutien social fait référence à la disponibilité des gens auxquels il peut être fait appel en situation de difficulté personnelle. Dans tous les pays, les pauvres se disent plus victimes d'isolement social: les personnes du groupe de revenus inférieur sont plus susceptibles d'avoir l'impression que les autres ne les apprécient pas. Les sans-emploi n'ont pas moins de contacts sociaux mais se sentent néanmoins beaucoup plus isolés. L'isolement social est plus vif aussi dans les agglomérations et les grandes villes. Dans les pays méridionaux (à l'exception du Portugal), la sociabilité en fonction du nombre de contacts sociaux semble plus élevée

Graph 73 Accès au soutien potentiel en situation de difficulté, par État membre et groupe de revenus, 2001



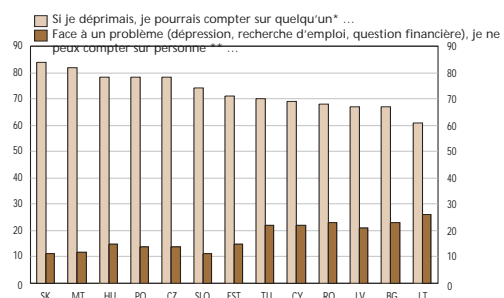
Source: Eurobaromètre 56.1, octobre 2002

pour ceux qui ont de bas revenus, mais la situation est inverse dans les pays du Nord.

La disponibilité de soutien de proximité est habituellement moindre pour les personnes du groupe de revenus inférieurs dans tous les pays à l'exception du Danemark, de la France et de l'Italie. Pour l'ensemble de la population, la proportion de gens qui peuvent compter sur quelqu'un a augmenté entre 1996 et 2001, mais le "soutien potentiel" a diminué pour le groupe de revenus inférieurs partout, sauf dans les trois mêmes pays.

Dans les États adhérents et les pays candidats, l'isolement social est particulièrement influencé par le niveau d'études: il atteint près de 25 % chez ceux qui ont quitté l'école à 15 ans contre 11 % chez ceux qui ont un niveau d'études élevé. Il est intéressant de voir que les membres des communautés rurales sont plus susceptibles (23 %) d'avoir des réseaux de soutien social fonctionnels que les habitants des grandes villes (15 %).

Graph 74 Accès au soutien potentiel en situation de difficulté, dans les pays candidats



Note: * ...en dehors de mon propre ménage

** ... en dehors du ménage

Source: Eurobaromètre CC

La couverture universelle...

Les droits universels ou quasi universels aux soins de santé existent dans tous les États membres. C'est une des grandes réalisations de l'Union ces dernières décennies. L'introduction de la couverture universelle en France en janvier 2000 est sans doute la tentative récente la plus mar-

quante d'augmenter l'accès aux soins de santé dans l'UE. La France a rejoint le Danemark, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal, la Suède et le Royaume-Uni et fournit une couverture maladie universelle réglementaire (OCDE 2001), réduisant considérablement le risque d'exclusion sociale des services de santé.

Le chapitre 2.3 expose les chiffres de l'analyse de la couverture mais aussi les augmentations significatives de la part de financement privé des soins de santé dans les années 80 et 90. Un examen approfondi indique que la réalisation des droits universels aux soins de santé, en termes de couverture universelle, s'est accompagnée d'un processus de "désassurance" sélective: parallèlement à l'extension de l'assurance maladie réglementaire pour couvrir l'ensemble de la population, le caractère complet de cette couverture a diminué dans l'ensemble. Dans le cadre de l'exemple français et de la mise en œuvre de la CMU en janvier 2002, 5 millions de personnes sont maintenant couvertes gratuitement par le système de couverture maladie universelle (CMU), mais l'étendue des services auxquels ces bénéficiaires ont droit, sans frais, est toujours en cours de discussion.

...ne garantit pas l'accès universel...

L'accès aux soins de santé a été défini comme "l'utilisation concrète des services de santé personnels et tout ce qui la facilite ou l'empêche". D'un point de vue économique, les obstacles à l'accès peuvent être liés à des éléments de prestation, comme la disponibilité et la distribution du service, la localisation des services de santé et l'existence de délais d'attente pour le traitement. Pour ce qui est de la demande, les obstacles peuvent être financiers (coût des services ou coût d'opportunité de l'utilisation des soins), psychosociaux ou socioculturels. Par ailleurs, la connaissance, l'information, les convictions et les préférences influencent le recours aux services de santé également.

Les besoins particuliers des migrants

Les migrants constituent un groupe diversifié et il est difficile de généraliser leurs besoins en matière de santé. Toutefois, les migrants ainsi que leurs descendants de la deuxième et de la troisième génération, les immigrants clandestins et les réfugiés ont souvent des soucis de santé particuliers et ont du mal à accéder aux services de santé.

Les groupes de migrants et les réfugiés ont souvent des ennuis de santé spécifiques, qui peuvent résulter de problèmes rencontrés dans leur pays d'origine ou être exacerbés par la pauvreté et les privations sociales qu'ils connaissent dans leur nouveau pays. Ainsi, beaucoup de réfugiés souffrent de malnutrition, vivent dans un logement de mauvaise qualité ou avec des conditions sanitaires inadéquates et un environnement de piètre qualité. Beaucoup sont insuffisamment vaccinés contre les maladies contagieuses courantes, ce qui peut accroître le risque de développer des affections respiratoires et des maladies telles que l'hépatite B ou C et la tuberculose. Les risques professionnels pour la santé, notamment les accidents de travail et les effets de la discrimination du marché du travail, sont une autre préoccupation de même que les problèmes de santé mentale liés à l'exclusion sociale, à l'adaptation à de nouvelles cultures et à la marginalisation.

Les groupes de migrants et de réfugiés se heurtent à des obstacles linguistiques et culturels spécifiques en matière de communication, ce qui complique la pose d'un diagnostic précis, surtout pour les maladies mentales. La connaissance inadéquate des besoins spécifiques des migrants de la part des médecins et des travailleurs sociaux constitue une entrave supplémentaire au traitement. Peu de pays ont élaboré des politiques de santé complètes pour les migrants et les réfugiés. Des actions spécifiques sont nécessaires pour former le personnel social et des services de santé, pour fournir des services d'interprétation et concevoir des stratégies adéquates de promotion de la santé. Les initiatives locales qui recourent à des équipes d'éducateurs, de médiateurs culturels et d'interprètes au sein des communautés sont essentielles pour éduquer et améliorer les capacités d'action des groupes de migrants.

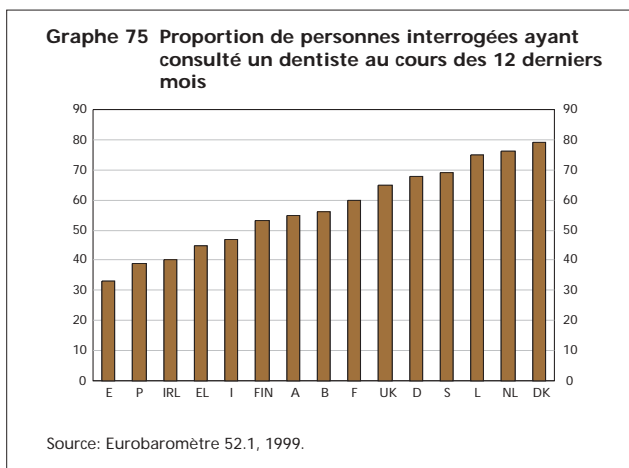
L'introduction de la loi de couverture universelle crée un cadre pour protéger les besoins de groupes sociaux précédemment exclus mais ne garantit pas en soi le changement. Malgré la mise en place officielle de la couverture d'assurance maladie universelle ou quasi universelle en vertu de la loi, il subsiste des problèmes d'accès. Dans les années 90, plusieurs États membres ont adopté des initiatives politiques pour améliorer l'accès effectif. Certaines, destinées à réduire les listes d'attente, ont eu des résultats mitigés. Plusieurs États membres ont inscrit les droits des patients dans leur législation (Finlande, Grèce, Danemark et Pays-Bas) ou élaboré des chartes pour promouvoir les droits des patients (France, Irlande, Portugal et Royaume-Uni). L'accès peut aussi être facilité par une politique générale visant à la distribution géographique équilibrée des services de santé et aux initiatives locales favorisant une meilleure coordination entre les services sociaux et de santé.

Beaucoup d'États membres ont tenté d'éliminer les obstacles financiers en étendant la couverture d'assurance maladie réglementaire. En même temps, l'accroissement de la part des dépenses privées dans le total du financement des soins de santé impose une plus grande charge financière directement aux pauvres et aux personnes en mauvaise santé. Quand la participation aux frais est estimée nécessaire, plusieurs États membres mettent en œuvre des politiques pour limiter les dépenses de santé individuelles ou du ménage à un certain plafond, notamment par une facture de santé annuelle maximale. En outre, divers États membres offrent des services à moindre coût aux groupes à faibles revenus par des exemptions de contributions sous condition de ressources.

Dans presque tous les États membres, les traitements dentaires et les produits pharmaceutiques sont exclus entièrement ou partiellement de la couverture et les patients doivent effectuer des paiements directs ou acquérir une assurance maladie complémentaire volontaire pour en couvrir les coûts, ce qui réduit le caractère abordable de certains traitements.

D'après une enquête *Eurobaromètre* 52.1, la proportion de personnes qui ont consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois varie largement entre les États membres. Le niveau d'études et des revenus semble intervenir: les personnes ayant le niveau d'études le plus élevé sont 50 % plus

susceptibles de consulter un dentiste que celles qui ont le niveau d'études le plus bas. L'effet des revenus est très comparable: 48 % des individus du groupe de revenus les plus bas ont affirmé avoir consulté un dentiste pour 69 % du groupe des revenus les plus élevés.

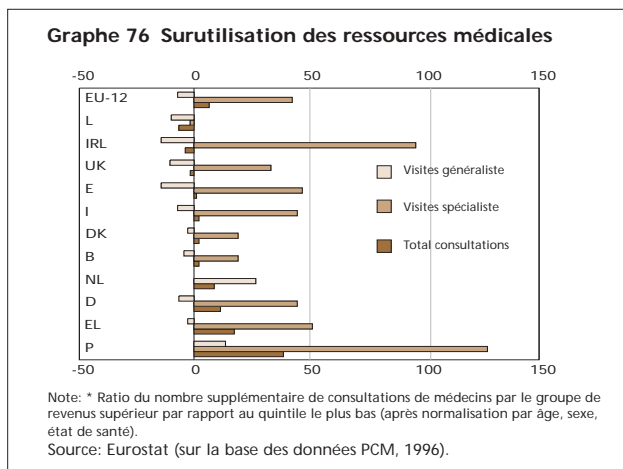


...ni l'égalité en matière d'utilisation des systèmes de soins de santé

Le recours aux services de santé est différent pour les différents groupes de revenus aussi. L'analyse des données du PCM¹⁵³ sur l'usage des services médicaux montre que les personnes bénéficiant de revenus élevés sont plus susceptibles de bénéficier de services de spécialistes tandis que les personnes à faibles revenus sont plus enclines à faire appel aux soins des généralistes.

Le graphique montre la différence relative de recours aux généralistes et aux spécialistes pour les groupes de revenus les plus élevés et les plus bas. Cette analyse est réalisée en prenant en compte le nombre total de consultations d'un généraliste ou d'un spécialiste dans chaque groupe de revenus, corrigé pour inclure l'effet du sexe, de l'âge et de l'état de santé tel que décrit par le répondant. Le ratio présenté dans le graphique est donc directement lié au niveau des revenus (et indirectement au niveau d'études).

Le graphique montre que les membres du groupe de revenus supérieur ont coutume d'aller un peu moins chez le généraliste mais consultent nettement plus les spécialistes (+ 42 %). Les groupes de revenus inférieurs tendent à faire plus appel aux généralistes, mais leur surutilisation est moins frappante quand les chiffres sont ajustés aux besoins (suivant l'âge, la morbidité et le sexe). Par contre, la surutilisation des services de spécialiste par les consommateurs à revenus plus élevés est plus marquée. Ces dissemblances entre les consultations des généralistes et des spécialistes sont moins attribuables aux déterminants de coût qu'au niveau d'études plus élevés des personnes à revenus plus élevés et à leur préférence corollaire pour le personnel de santé spécialisé.



Ce mode d'utilisation différentiel se traduit par une variation de la qualité du traitement. On ne peut pas dire que les personnes ayant des besoins identiques reçoivent un traitement égal à tous les niveaux de revenus.

...comme exposée dans la stratégie européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Dans la stratégie européenne de lutte contre l'exclusion sociale, tous les États membres ont abordé la question de parvenir à un meilleur état de santé et un meilleur accès aux soins pour tous. Pour assurer l'accès universel aux soins de santé dans tous les États membres, il faut une approche multiple de la prévention et de la promotion de la santé et un meilleur accès aux soins de santé comme décrit dans le rapport conjoint sur l'inclusion sociale¹⁵⁴.

- Élaborer des stratégies de prévention et de promotion de la santé. Les stratégies de prévention et de promotion de la santé sont considérées comme des priorités afin de s'attaquer aux déterminants socio-économiques de la santé (étudiés au chapitre 2.2 du présent rapport). Bien que ces stratégies ne soient pas nécessairement conçues pour les plus vulnérables, elles jouent un rôle de redistribution dans la mesure où elles permettent aux personnes de surmonter certains obstacles financiers et culturels.
- Assurer le caractère abordable et l'accès aux soins de santé en réduisant les obstacles financiers et en encourageant les initiatives locales ou régionales. Le rapport conjoint sur l'inclusion sociale souligne également le besoin d'adapter les services d'urgence pour mieux répondre aux cas d'urgence. Il faut dès lors des services d'urgence réceptifs dans les hôpitaux et une bonne coordination entre les professionnels concernés.
- Lancer des initiatives pour lutter contre des handicaps spécifiques. Certains groupes ont besoin d'une aide spécifique, par exemple les personnes atteintes de handicaps physiques ou mentaux ou qui ont un comportement à haut risque, comme les clients des prostituées, les alcoo-

153 *Economic determinants of the distribution of health and health care in Europe* – Ecuity II – van Doorslaer E. – financé par la Commission européenne – BMH4-CT98-3352.

154 Rapport conjoint sur l'inclusion sociale, Commission européenne, 2002.

liques ou les toxicomanes. Les problèmes de santé mentale doivent être abordés par divers ensembles de mesures politiques: une plus grande coopération locale, une meilleure prestation de services d'urgence de logement et de rencontre et la formation spécifique des travailleurs des services sociaux et de santé.

2.4.3. Santé mentale

Les activités sociales sont particulièrement affectées par la santé mentale. Une bonne santé mentale est un état de fonctionnement mental correct, avec des activités productives, des relations satisfaisantes avec les autres et la capacité de s'adapter au changement et de faire face aux contraintes propres à la culture de la personne (OIT, 2000). Les troubles mentaux sont des états de santé caractérisés par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement et associés à la détresse, l'anxiété, au dysfonctionnement social et aux dispositions dépressives¹⁵⁵.

Comme analysé au chapitre 2.2, la santé mentale est un déterminant clé de la santé générale. Les tempéraments anxieux ou dépressifs, par exemple, déclenchent une série de changements néfastes du fonctionnement endocrinien et immunitaire, et accroissent la prédisposition à une série de maladies physiques. Le comportement sanitaire dépend très fort de la santé mentale.

Les problèmes de santé mentale progressent de façon inquiétante, même en tenant compte de l'effet du vieillissement¹⁵⁶. L'ampleur de la détresse et des troubles mentaux, allant du stress aux psychoses graves en passant par la dépression et la névrose, est généralement sous-estimée. Les conséquences directes de la maladie mentale représentent entre un tiers et la moitié du total des dépenses de santé. Il a été estimé en outre que 23 % de tous les coûts des services de santé aux Pays-Bas et 22 % des dépenses des patients hospitalisés au Royaume-Uni sont liés à la santé mentale. Une récente analyse en France, basée sur des chiffres de 1998¹⁵⁷, a conclu que les problèmes de santé mentale sont responsables de 15,5 % des coûts hospitaliers totaux et constituent le deuxième "poste" par ordre d'importance du total des dépenses de santé (9,4 %), après les problèmes cardiovasculaires (10,7 %).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'au moins 5 % de la population européenne souffre de troubles mentaux graves identifiables (névroses, psychoses fonctionnelles et retard mental). Il est estimé en outre que des problèmes de santé mentale plus vastes affectent entre 15 % et 20 % de tous les adultes européens.

Les troubles mentaux et neurologiques figurent parmi les principales causes de maladie et de handicap. En fait, après les maladies cardiovasculaires, la dépression pourrait devenir le deuxième déterminant de la charge globale de la maladie en l'an 2020 – elle occupe actuellement la qua-

trième position. Sur les dix incapacités les plus fréquentes, cinq sont des troubles mentaux: dépression majeure unipolaire, alcoolisme, dépression bipolaire, schizophrénie et troubles obsessionnels compulsifs. Si l'on étudie la prévalence croissante d'une autre manière, le nombre de psychiatres augmente au rythme de 3 % par an en moyenne dans toute l'Union.

Les causes et l'impact des troubles mentaux varient en fonction de différents facteurs économiques et sociaux ainsi que du niveau de stress et de misère. La dépression, le suicide, l'alcoolisme ainsi que la violence et la prise de risques ont un impact évident sur la morbidité et la mortalité prématurée. Le début des troubles mentaux est souvent lié à une succession d'événements de la vie, désirables ou non, qui font office de catalyseurs, comme les changements de la situation familiale ou professionnelle.

Il est possible d'examiner la prévalence relative de la santé mentale. Plusieurs études montrent que les troubles mentaux courants sont environ deux fois plus fréquents dans les groupes des revenus les plus bas que dans les plus élevés. Une majorité d'États membres a convenu de l'importance des questions de santé mentale pour les personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. Les hommes et les femmes semblent affectés par les troubles mentaux dans les mêmes proportions mais par différents types de maladies. L'anxiété et les troubles dépressifs sont plus courants chez les femmes, tandis que les troubles de la personnalité antisociale et la toxicomanie sont plus fréquents chez les hommes. Les hommes et les femmes mariés semblent avoir moins de problèmes mentaux que les célibataires: " Les femmes mariées qui ont des enfants et un emploi présentent le moins de problèmes de santé mentale de l'échantillon féminin", dit une étude australienne¹⁵⁸.

L'impact du chômage sur la santé a été analysé au chapitre 2.2 du présent rapport. Il semble plus grand pour les hommes que pour les femmes, mais aussi pour les jeunes que pour les plus âgés. Les normes sociales semblent jouer un rôle important: le coût psychologique du chômage paraît moins important dans les régions où le taux de chômage est élevé que pour les sans-emploi vivant dans des régions à faible chômage.

Les jeunes chômeurs de longue durée risquent nettement plus d'ennuis de santé que les jeunes travailleurs. C'est particulièrement vrai pour les problèmes de santé mentale et psychologique. Des études montrent qu'un certain nombre de contraintes psychosociales résultent directement du chômage, comme le faible respect de soi et le manque d'assurance, la dépendance, la peur de l'avenir et l'apathie. Le chômage de longue durée des jeunes comporte également des risques de dépression et de conduite suicidaire. En outre, le chômage influence les comportements sanitaires des jeunes, notamment la consommation d'alcool et de tabac, de drogues et de médicaments ainsi que le manque d'exercice physique.

155 Le chapitre 2.1 présente plus de données sur les maladies neurodégénératives liées à la vieillesse.

156 Charge mondiale de la maladie – OMS – 2000.

157 Paris V. e.a., DREES, Études et résultats n° 188, septembre 2002.

158 De Vaus D., in New Scientist, octobre 2, 2002.

Une étude menée dans six pays européens (Belgique, Allemagne, Suède, Espagne, Italie et Grèce) suggère néanmoins que les conséquences du chômage pour la santé ne sont pas constantes d'un pays à l'autre¹⁵⁹. Certaines différences culturelles et sociales entre les pays européens du Nord et du Sud exacerbent le stress du chômage tandis que d'autres en protègent. Dans tous les pays, le soutien social est une ressource importante pour les jeunes concernés. Les effets néfastes du chômage pour la santé sont moins frappants dans les pays européens méridionaux, où les réseaux de soutien social de la famille et de l'emploi informel contribuent à réduire l'exclusion sociale et les risques pour la santé qui y sont liés.

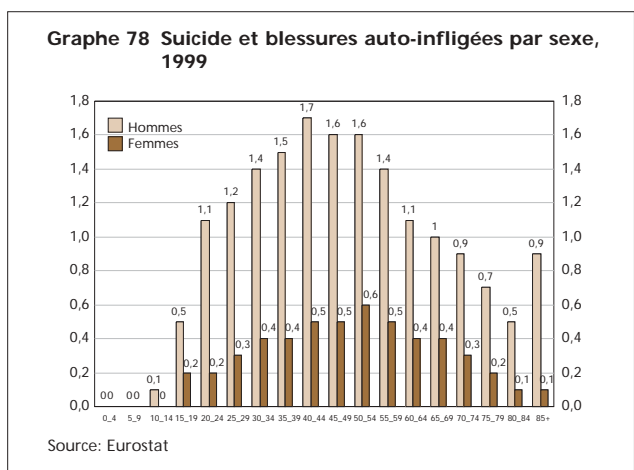
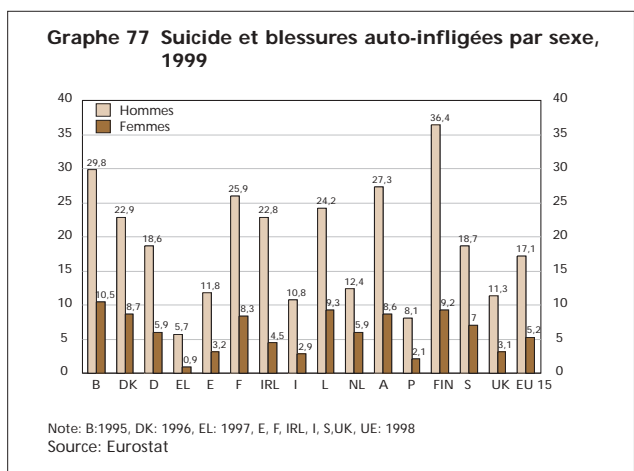
Les problèmes de santé mentale sont un facteur de risque important pour la santé...

Les ennuis de santé mentale sont liés à la co-morbidité physique (maladies ou handicap), au comportement à risque et au danger accru de toxicomanie. La dépression a des effets invalidants considérables et mène à une mortalité accrue. En Europe, quelque 25 % des nouvelles prestations d'invalidité ont trait à des états de santé mentale et cette part augmente. En Autriche, les incapacités émotionnelles (psychologiques) étaient la raison la plus fréquente du droit aux pensions d'invalidité, représentant 31 % des nouveaux cas en 2000. Aux Pays-Bas, en 2001, près de 35 % de l'ensemble des bénéficiaires de prestations d'invalidité étaient inaptes au travail en raison de troubles mentaux (EIROnline NL). Une étude des chiffres américains (1993) constate que les troubles nerveux et émotionnels (y-compris l'alcoolisme et la toxicomanie) ainsi que les maladies mentales sont à la base des handicaps professionnels les plus sévères. Les travailleurs souffrant de troubles mentaux sont plus susceptibles d'aller travailler que d'autres cas, mais leurs performances ne sont pas optimales. C'est ce qu'a permis d'observer un traitement adéquat de la migraine, de l'anxiété et de la dépression, qui a donné lieu à la plus grande amélioration à long terme du pourcentage de productivité et de journées de travail perdues¹⁶⁰.

Beaucoup de causes externes de décès, notamment les accidents, les empoisonnements et les homicides (voir chapitre 2.1 pour plus de détails), pourraient en fait être associées aux troubles mentaux et liés à l'alcoolisme et la toxicomanie. Le chapitre 2.2 reprend des chiffres concernant la consommation de drogues et d'alcool ainsi que les décès dus à la drogue, principalement par violence, accidents, overdose et suicides.

...et peuvent mener à des issues fatales comme le suicide...

Les troubles mentaux peuvent avoir des issues fatales. Ainsi, beaucoup de patients dépressifs mettent fin à leurs jours par suicide. Les observations épidémiologiques indiquent une variation internationale considérable et inexpliquée à la fois du comportement suicidaire et des taux de suicide:



ces derniers sont relativement bas dans les régions du Sud¹⁶¹. Ils sont en outre nettement inférieurs pour les femmes que les hommes dans tous les pays d'Europe.

Les taux de suicide dépendent beaucoup de l'âge aussi, avec un maximum entre 40 et 55 pour les hommes et un peu plus tard chez les femmes. Il augmente à nouveau pour les hommes âgés.

Si l'on examine le nombre d'années de vie perdues, l'impact du suicide à un jeune âge est important: pour les jeunes hommes, c'est la deuxième cause de décès la plus courante, après les accidents de la route.

Le fait d'avoir une relation maritale stable semble un facteur de protection contre le suicide, à la fois pour les hommes et les femmes. La responsabilité d'éduquer des enfants est une protection supplémentaire. Les taux de suicide sont plus élevés chez les célibataires et les gens qui ne se sont jamais mariés (dans la culture occidentale en tout cas) et on trouve les plus élevés parmi les veufs et les divorcés, particulièrement les hommes au cours des premiers mois après la séparation.

159 Keiselbach T., Long term unemployment among young people in Europe: A qualitative comparative study on the risk of social exclusion, 2000.

160 Cité dans: Illness, disability and social inclusion, Grammenos S., CESEP, pour la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002.

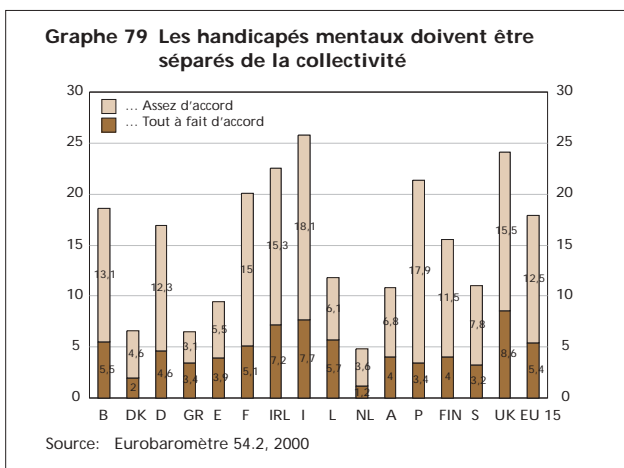
161 Mais il peut y avoir sous-évaluation pour des raisons culturelles.

Traitement des troubles mentaux

L'immense majorité des troubles mentaux mineurs sont traités au sein de la communauté ou au niveau des soins primaires: des études montrent que les problèmes de santé mentale motivent jusqu'à 30 % des consultations des généralistes en Europe.

Il existait traditionnellement, dans beaucoup d'États membres, une tendance à institutionnaliser les personnes souffrant de troubles mentaux, ce qui était une forme grave d'exclusion sociale. L'analyse détaillée du chapitre 2.3 montre qu'il y a de grands écarts entre les États membres, quant au nombre de journées d'hospitalisation pour les troubles mentaux et du comportement. Bien que les tendances soient en train de s'inverser – les pays d'Europe occidentale tendent à préférer le traitement au sein de la collectivité – les troubles mentaux et du comportement représentent toujours un dixième, en moyenne, du nombre total de journées d'hospitalisation dans l'Union. Cela indique que, bien qu'il soit préférable d'être soigné au sein de la collectivité, cette pratique n'est pas courante. Il subsiste des stigmates et les communautés, peu disposées à accueillir les personnes souffrant de troubles mentaux, confient beaucoup de patients aux services de garde. Par ailleurs, les données relatives au traitement hospitalier révèlent des niveaux très dissemblables d'acceptation et de capacité de la société à traiter les personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement au sein de la communauté et à éviter leur exclusion sociale.

Un récent *Eurobaromètre* montrait qu'il subsiste, dans certains États membres, une certaine aversion vis-à-vis du traitement des problèmes mentaux au sein de la communauté. En d'autres termes, il semble que certains pays soutiennent plus que d'autres l'inclusion sociale des handicapés mentaux.



2.4.4. Prestation de soins: importance des soins de proximité et des organisations du troisième secteur

Qui fournit l'aide ?

En moyenne, 6 % des Européens¹⁶² fournissent des soins aux adultes malades ou handicapés et aux personnes âgées. En termes relatifs, c'est le groupe des 50-59 ans (11 % d'entre eux) qui assume la responsabilité de la plus grande part de ces soins et les femmes (8 %) deux fois plus que les hommes (4 %).

Ce sont en grande partie les membres de la famille qui aident ceux qui souffrent de déficiences. Cela ressort d'une récente enquête en France¹⁶³, montrant que 40 % des adultes handicapés habitant chez eux bénéficient d'une forme d'aide. Le plus grand groupe (62 %) reçoit une aide de proximité uniquement, un nombre plus petit (13 %) bénéficie d'aide professionnelle uniquement, les autres recevant une combinaison des deux. Au total, 90 % de l'aide de proximité est assurée par la famille: le conjoint (36 %), un parent ou grand-parent (23 %) ou un enfant (21 %). Les voisins représentent 7 % des prestataires d'aide. Le type d'aide de proximité dispensée comprend l'aide pour les travaux ménagers et les courses, les soins corporels, l'aide pour les problèmes de santé et les questions administratives ainsi que la compagnie.

La réduction de la taille des ménages est une tendance générale dans tous les États membres. Chacun d'eux a connu une diminution de la grandeur des ménages au cours des dernières décennies. La composition moyenne du ménage a chuté de 2,8 personnes en 1981 à 2,4 en 1999. On trouve les chiffres les plus élevés au Portugal, en Espagne et en Irlande, avec des moyennes comprises entre 2,9 et 3 personnes par ménage en 1999. En 1999 toujours, quelque 12 % de la population vivaient seuls. La proportion était la plus élevée dans les pays nordiques (plus de 15 %) et la plus faible en Espagne et au Portugal (5 %). Il y a des différences prononcées entre les sexes et les groupes d'âge. Les femmes de 65 ans et plus constituent plus d'un tiers des ménages d'une personne¹⁶⁴.

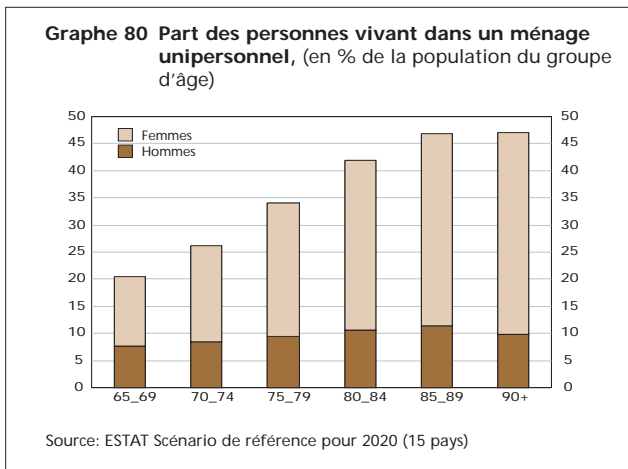
Les scénarios pour l'Europe des Quinze en 2020 indiquent que 20 % des personnes de 65 à 69 ans vivront seules et les chiffres sont encore plus élevés (46 %) pour les plus de 85 ans. Les femmes constitueront près de 80 % de ce dernier groupe.

Quand on analyse ces tendances du mode de vie des personnes âgées, il faut garder à l'esprit que l'incapacité augmente avec l'âge (voir chapitre ci-après). Les enquêtes actuelles révèlent que près de 40 % des personnes âgées se déclarent gravement entravées dans les actes de la vie quotidienne et 30 autres pour cent affirment souffrir d'une certaine incapacité. À l'avenir, une grande part des personnes âgées vivra seule et peut avoir besoin d'aide extérieure pour les actes de la vie quotidienne.

162 (Données PCM, 1995 : mise à jour).

163 Handicaps – incapacités – dépendance, INSEE HID 1999.

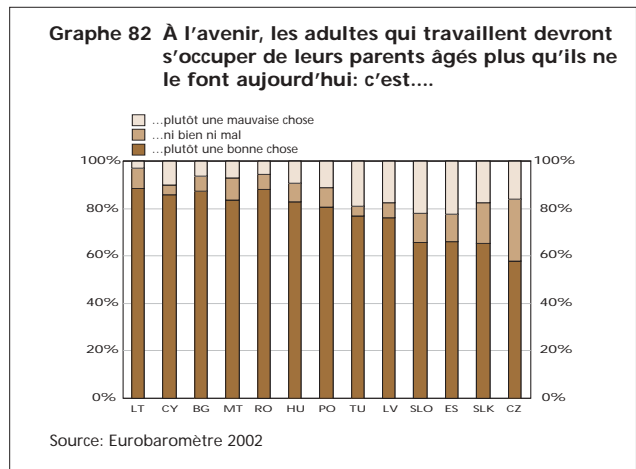
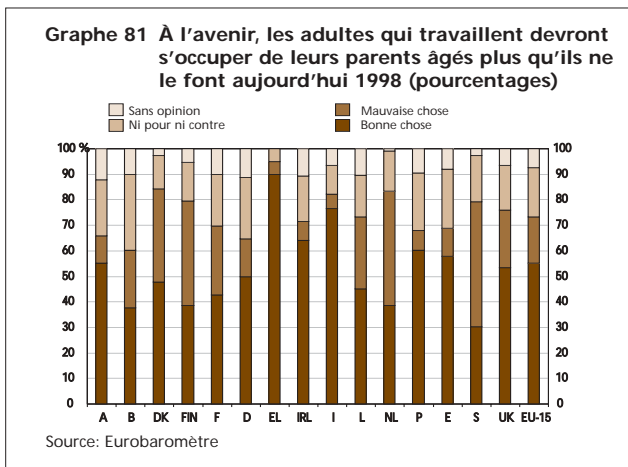
164 Complément d'analyse dans le Rapport sur la Situation sociale de l'Union européenne 2001, publié par la DG Emploi et affaires sociales.



Chez soi ou en institution ?

L'*Eurobaromètre* de 1999 a demandé au grand public si les personnes âgées nécessitant des soins personnels devaient les recevoir en maisons de soins/résidentielles ou si les services sociaux devaient les aider à rester aussi longtemps que possible chez elles. La grande majorité des citoyens (9 sur 10 de ceux qui ont exprimé une opinion) ont marqué une préférence pour les soins à domicile (ou dans la collectivité). Les dirigeants de tous les États membres semblent partager cette opinion.

La famille reste le fondement des soins et de l'aide à la fois aux enfants et aux adultes dans tous les États membres. Le rôle de la famille dans la prestation de soins est considéré comme primordial et positif. Plus de la moitié des Européens estiment qu'il est bon que les adultes qui travaillent doivent s'occuper davantage de leurs parents à l'avenir. On trouve le soutien le plus réduit à ce transfert de responsabilité vers la famille en Finlande, en Suède, aux Pays-Bas et en Belgique, et le plus grand dans les États membres méridionaux, surtout en Grèce. Le graphique ci-dessous l'illustre. Comme signalé au chapitre 2.3, les soins de longue durée aux personnes âgées sont toujours pris en charge principalement par la famille au sens large dans les États membres méditerranéens. En Italie et en Espagne, le



nombre de lits de soins infirmiers de longue durée est inférieur à un dixième de la moyenne européenne.

Les citoyens des États adhérents et des pays candidats sont plus disposés à prendre une plus grande responsabilité dans les soins à leurs parents âgés que les citoyens de l'Union actuelle. Une enquête comparable à celle réalisée dans les États membres révèle que 76 % des ressortissants des États adhérents et des pays candidats expriment un avis positif, pour 55 % dans l'UE. Il est intéressant de constater que 81 % des habitants des régions rurales sont en faveur de ce renforcement de la participation aux soins à leurs parents âgés, mais 69 % seulement des habitants des grandes villes. L'appui est moindre aussi chez ceux qui ont un niveau d'études élevé, ainsi que parmi les dirigeants et les travailleurs en cols blancs par rapport aux autres groupes.

De plus, quatre citoyens européens sur cinq et 85 % de ceux des États adhérents et des pays candidats affirment leur préférence pour que les services sociaux assistent les personnes âgées chez elles aussi longtemps que possible, plutôt que de les confier aux soins résidentiels. En d'autres termes, l'assistance de proximité est préférée aux soins résidentiels.

Toutefois, les bouleversements sociodémographiques amplifient la demande de soins de santé et de services sociaux d'une part et, d'autre part, ils limitent la prestation de soins par la famille. En raison de la transformation des structures familiales, plus de personnes vivent seules, en particulier les femmes âgées. En outre, le taux d'emploi croissant des femmes, conformément aux objectifs de la stratégie européenne pour l'emploi, réduit leur disponibilité pour fournir des services de proximité dans la famille.

Qui doit se charger des soins pour répondre à ces besoins croissants ?

Les services sociaux et de santé sont des domaines essentiels de l'État providence. D'après de récentes enquêtes *Eurobaromètre*, les Européens attribuent cette responsabilité d'abord au secteur public (72 % et 86 % respectivement pour les soins de santé et les services sociaux), bien avant les organisations sans but lucratif (14 % et 4 %) et le secteur privé (7 % et 6 %)¹⁶⁵.

165 Voir "La situation sociale dans l'Union européenne", 2000.

Depuis la fin des années 70, le besoin et la demande de services sociaux ont augmenté, en raison du vieillissement de la population, entre autres, de la participation accrue des femmes au marché du travail et de la réduction de la taille du ménage. La transformation des structures familiales et le taux d'activité croissant affectent la capacité des membres d'une famille à fournir des services de proximité à leurs dépendants. C'est vrai pour les jeunes enfants, mais aussi pour les personnes âgées dépendantes.

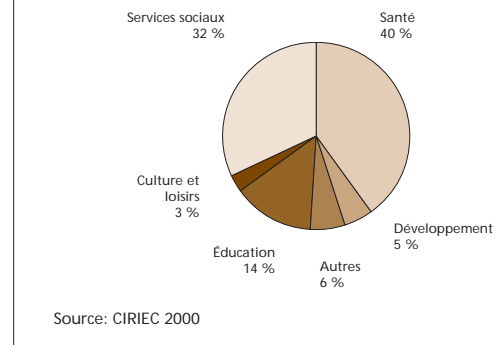
Le chapitre 2.3 montre que divers pays européens ont tenté de réformer leurs prestations de service et d'accroître leur efficacité générale, principalement en déléguant les pouvoirs aux administrations locales. Ainsi, la stratégie européenne pour l'emploi encourage les États membres qui ont actuellement peu de structures de garde d'enfants à en accroître la disponibilité. Cependant la création des conditions pour répondre à l'offre et à la demande de soins et de services sociaux reste souvent problématique. Le vide qui en résulte est partiellement comblé par les familles elles-mêmes, qui poursuivent leur rôle traditionnel de prestataires de services, particulièrement en Europe continentale et méridionale. Dans certains cas, les demandes de services de soins mènent à une augmentation de la prestation au noir¹⁶⁶ et sont couvertes par le développement d'activités informelles qui emploient une main-d'œuvre temporaire ou recourent aux services domestiques non officiels¹⁶⁷.

Des organisations du troisième secteur s'efforcent également de répondre à la demande croissante de services d'aide et de protection sociale.

La part de "l'économie sociale" augmente

Dans le domaine des services de santé et de soins, les activités des entreprises sans but lucratif (ou organisations du troisième secteur) sont en progression. Ces organisations prennent la forme de coopératives, d'associations, de fondations et d'organisations mutuelles. Les initiatives qu'elles développent s'efforcent de répondre aux besoins naissants non couverts par les services publics ou l'économie de marché. Les organisations du troisième secteur sont en mesure de fournir des services sociaux et de proximité même en risquant de ne faire aucun bénéfice. Elles récupèrent une partie de la demande qui ferait appel à l'offre au noir et transforment une partie des services fournis par les familles en prestation formelle. Aujourd'hui, ces organisations constituent une réalité économique et sociale de taille dans beaucoup de pays: si l'on tient compte uniquement du travail rémunéré dans ces organisations, le troisième secteur représente 10 % de l'économie européenne et 6,6 % de l'emploi civil¹⁶⁸. De plus, les services sociaux et de santé se sont arrogés près de trois quarts de la croissance de l'emploi dans le secteur non lucratif entre 1990 et 1995, avec des modalités différentes entre les États membres.

Graph 83 Secteurs de progression de l'emploi sans but lucratif par spécialité, 1990-1995



La stratégie européenne pour l'emploi accorde un soutien accru à l'économie sociale et aux partenariats dans la mesure où les États membres considèrent de plus en plus l'économie sociale comme un facteur important de développement local, mais avec des interprétations très différentes de la notion d'économie sociale.

Il existe plusieurs variantes des structures de l'économie sociale dans les États membres. Dans la mesure où les services sociaux et de soins de santé sont considérés comme des domaines essentiels de l'État providence, une grande partie de leurs activités est financée par les gouvernements¹⁶⁹:

- Dans les pays du **modèle continental (Allemagne, France, Autriche, Belgique, Pays-Bas et Luxembourg)**, le secteur public joue un rôle important dans le financement, mais historiquement la prestation a été confiée à de grandes organisations caritatives ou sans but lucratif. Ainsi, en Allemagne sept grandes associations sans but lucratif sont chargées d'assurer une grande partie des services sociaux à financement public. La part du financement public dans les activités de soins de santé sans but lucratif va jusqu'à 84 % en France et en Allemagne.
- Dans le **modèle méditerranéen (Italie, Espagne, Portugal et Grèce)** les systèmes de l'État providence sont moins étendus et le développement des prestations sociales semble, pour une grande part, correspondre à l'essor de l'économie sociale. La part du financement public est de 72 % en Italie.
- Dans le **modèle anglo-saxon (Irlande, Royaume-Uni)**, la prestation et la gestion publiques prédominent, mais l'économie sociale est aussi développée et il existe un très large éventail d'organisations sans but lucratif: associa-

166 Third System, Employment and Local Development Capitalisation Reports: Key Sectors par Carlo Borzaga, Antxon Olabe & Xavier Greffe – rapport à la Commission européenne, 1999.

167 Voir "La situation sociale dans l'Union européenne", 2002, pour en savoir plus sur l'importance des travailleurs migrants dans le secteur des activités domestiques.

168 Third system and employment; a mid term review – Rapport à la Commission européenne, 2000 (CIRIEC 2000).

169 Role of the social third sector in market economies: a European perspective, Cesar Foundation (1999) pour la Commission européenne.

tions caritatives, hôpitaux, universités, église (Irlande), coopératives sociales et caisses de pension. La part du financement public dans les activités de soins de santé sans but lucratif est de 23 % au Royaume-Uni.

- Dans les pays du **modèle scandinave (Danemark, Finlande, Suède)**, le secteur public domine la prestation de services sociaux. Le troisième secteur couvre principalement les domaines de la culture, des loisirs et du travail. Il commence seulement à se manifester dans la prestation de services de soins et il est alors largement soutenu par le financement public (en Suède, le financement des activités de soins de santé est public à 87 %).

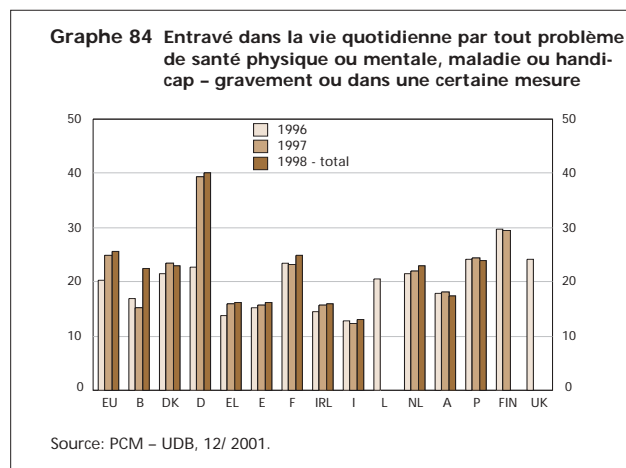
Le troisième secteur ne doit pas seulement être considéré en termes économiques puisqu'il joue un rôle important dans la création et la reproduction du capital social, en organisant des possibilités de bénévolat ou de formation des adultes. Le bénévolat contribue largement au dynamisme du troisième secteur: des chiffres partiels montrent que le travail non rémunéré constitue 40 % de l'ensemble (en équivalents temps pleins) du secteur en Allemagne, en France et en Italie et jusqu'à 73 % en Suède (dont les activités de loisirs et sportives constituent la plus grande part). Dans les principaux domaines de responsabilité de l'État providence (soins de santé, éducation, services sociaux), les organismes du troisième secteur recourent à 62 % d'activités bénévoles au Royaume-Uni, 58 % en Allemagne, 42 % aux Pays-Bas et en Irlande, 28 % en Suède et 19 % au Danemark.

Dans les sociétés démocratiques, le troisième secteur ou la société civile contribue également au débat politique en encourageant la participation sociale et en se faisant le "porte-parole" de causes spécifiques. Dans la mesure où il poursuit une multitude d'objectifs économiques et sociaux, il agit souvent en qualité de représentant et défenseur des citoyens et des groupes, dont il exprime les préoccupations. En outre, il est généralement proche de groupes ciblés par les actions et programmes publics. Ainsi, l'implication de représentants des personnes handicapées dans la mise en œuvre et le suivi des politiques et actions qui affectent leurs vies contribue au succès de ces mesures. Dans le domaine des services sociaux et de soins de santé, ces activités de défense sont assumées par des mouvements de plus en plus répandus de patients ou de clients, en particulier pour ce qui relève des problèmes des soins aux personnes âgées.

2.4.5. Vivre avec un handicap dans l'Union européenne

Les problèmes chroniques de santé physique ou mentale peuvent entraver la participation à la vie quotidienne. Le handicap et les carences de participation ne doivent pas être considérés comme constants pour une déficience particulière, mais plutôt comme des phénomènes qui résultent de l'interaction entre l'environnement et la déficience.

L'étude PCM¹⁷⁰ fournit certaines informations sur les difficultés ressenties dans la vie quotidienne et le besoin potentiel d'assistance de la population. En 1996, 4,5 % de la population européenne, en moyenne, se disait gravement entravée dans ses activités quotidiennes et 10 % entravée dans une certaine mesure. En général, les femmes tendent à signaler un niveau légèrement supérieur d'incapacité modérée que les hommes (10,6 % pour 9,3 %) mais la différence est moindre quand il s'agit de handicap grave. Les résultats doivent cependant être interprétés avec prudence en raison de la nature subjective de la mesure du handicap. En d'autres termes, les variations des degrés de handicap entre les États membres peuvent refléter des interprétations linguistiques ou culturelles divergentes entre les États membres et non des différences réelles des taux d'incapacité dans la vie quotidienne. Le graphique suivant montre que l'évaluation subjective de la perception d'une certaine restriction des activités en raison de problèmes de santé physique ou mentale est relativement stable au fil du temps, particulièrement pour les personnes qui déclarent des restrictions graves. Néanmoins, une augmentation a été observée au cours de la troisième vague de l'enquête PCM en Allemagne et dans une moindre mesure en Belgique, parce que plus de gens se disaient "entravés dans une certaine mesure" dans ces deux pays. Le taux d'incapacité grave est nettement plus stable.



La politique européenne pour les personnes handicapées

Lors de récentes décisions, l'Union européenne a développé une approche du handicap basée sur les droits de l'homme. Elle est étayée par l'article 13 du traité d'Amsterdam qui légitime les actions européennes de lutte contre la discrimination fondée, entre autres, sur le handicap. Dans le "modèle social du handicap", le handicap est considéré comme le produit de l'environnement et du contexte social de la personne et non comme une question médicale ou un attribut inhérent à l'individu.

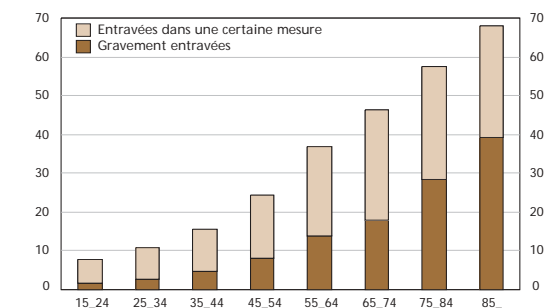
170 Handicap et participation sociale en Europe, Eurostat 2001 (14 États membres, à l'exclusion de la Suède). Les données du PCM proposent une évaluation subjective du handicap: il est demandé aux personnes de dire si elles s'estiment gravement entravées dans leurs activités quotidiennes ou entravées dans une certaine mesure, indépendamment de toute évaluation administrative ou médicale du handicap.

Pour donner des chances égales aux personnes handicapées, il faut une stratégie à multiples facettes visant à réaliser la pleine participation, à lutter contre la discrimination, à favoriser la vie indépendante, à promouvoir une plus grande intégration sociale, à éviter la pauvreté et l'exclusion sociale, à améliorer les possibilités d'emploi et d'éducation, de formation, d'apprentissage tout au long de la vie ainsi qu'à accroître la disponibilité et la qualité des soins et des technologies d'assistance. Bref, il s'agit d'identifier les situations handicapantes plus que les personnes handicapées.

Le handicap augmente avec l'âge...

Des enquêtes menées dans tous les États membres de l'Union ont recueilli des informations systématiques sur le lien entre l'âge et le handicap, et présentent généralement les résultats en deux catégories: ceux qui sont gravement entravés et ceux qui le sont dans une certaine mesure. La fréquence de l'incapacité rapportée personnellement augmente fortement avec l'âge. En moyenne, 2,7 % seulement des 25-34 ans sont gravement entravés. Cette proportion atteint 13,9 % dans le groupe des 55-64 ans et passe à près de 39,1 % chez les plus de 85 ans. La part de ceux qui sont modérément entravés augmente plus rapidement, de 8 % dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans à 28,8 % parmi les plus de 85 ans.

Graphe 85 Pourcentage des personnes entravées dans la vie quotidienne par tout problème de santé physique ou mentale, maladie ou handicap, par âge. UE, 1998



Source: Eurostat, PCM - UDB, 12/ 2001.

Cette tendance à la hausse avec l'âge s'observe dans tous les États membres: la progression la plus forte est enregistrée en Finlande et la plus faible en Italie et en Grèce.

Certains chercheurs prévoient que le vieillissement démographique ainsi que les taux de survie en hausse après des maladies et des accidents invalidants accroîtront la proportion de la population souffrant de handicaps ou de maladies chroniques. Avec l'allongement de l'espérance de vie, la fréquence des déficiences visuelles et auditives augmente de même que les problèmes de santé mentale comme la maladie d'Alzheimer et la démence. Toutefois, la prudence est requise pour interpréter ces données afin d'assurer l'intégration correcte des éventuels effets de

génération. Il faut tenir compte du fait que les personnes de 60 à 64 ans en 2020 ou 2040 auront vécu une autre vie que celles de cette tranche d'âge actuellement. L'effet de génération sur l'état de santé, à tout âge, sera très important en raison des profondes transformations du mode de vie en Europe. La collecte de grandes quantités de données émanant de divers pays industrialisés tend à indiquer une légère hausse de l'espérance de vie sans incapacité au cours des 15 dernières années. Les chiffres concernant l'espérance de vie sans incapacité grave suggèrent que l'allongement de l'espérance de vie s'allie à une diminution de l'incapacité la plus grave et une augmentation de la moins grave¹⁷¹. Ces résultats donnent à penser que la gravité est une notion clé dans l'analyse des tendances du handicap. Ce sujet est abordé plus en détail au chapitre 2.1.

...et entrave la participation sociale....

La participation sociale au travail, aux études, dans les organisations bénévoles, les clubs ou les syndicats est importante et contribue à la qualité de la vie de l'individu et à la qualité de la société. Toutefois, la société impose trop souvent des barrières physiques et attitudinales empêchant la pleine participation des personnes handicapées à la vie quotidienne. Les activités que le reste de la société considère comme normales peuvent être inaccessibles aux personnes handicapées. Des barrières empêchent donc leur pleine participation à la société.

Les questions d'accessibilité sont plus importantes pour certains groupes que pour d'autres. Une récente enquête Eurobaromètre¹⁷² dans les États membres est riche en informations, même si elle ne précise pas en détail le type de déficience physique et mentale envisagée et si les réponses sont basées sur de vastes stéréotypes. Les résultats de l'étude montrent que 85 % des Européens considèrent que l'accès aux transports publics est difficile pour les aveugles et les handicapés physiques. Les positions les plus critiques sont observées en France et en Grèce. En Suède, les personnes interrogées sont moins critiques pour ce qui est de l'accessibilité aux services et manifestations, peut-être parce que ce pays a déjà adapté une grande part de l'infrastructure (publique et privée) aux personnes handicapées.

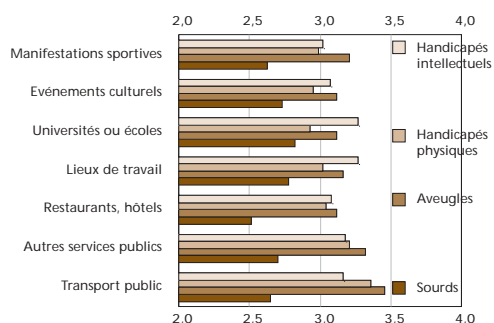
Dans l'ensemble, 57 % des personnes interrogées considèrent que l'accès aux lieux publics s'est amélioré ces dernières années. De l'avis général, les pouvoirs publics – locaux (66 %) et nationaux (55 %) – sont largement à l'origine de l'amélioration de l'accès ces dernières années. Il est considéré que les organisations bénévoles et les ONG fournissent aussi un soutien et des améliorations en résolvant des problèmes dont elles ne sont pas toujours responsables.

En matière d'enseignement et d'apprentissage, les personnes handicapées peuvent difficilement accéder à l'enseignement général. Dans de nombreux cas, la ségrégation est précoce et les enfants handicapés fréquentent les réseaux d'enseignement parallèles. La ségrégation perpétue les stéréotypes, les idées fausses et le manque de compréhension mutuel. Cela peut être considéré comme un processus d'exclusion dynamique qui renforce encore les malentendus, les

171 Comme exprimé par J-M. Robine dans "Can we hope for both long life and good health ?".

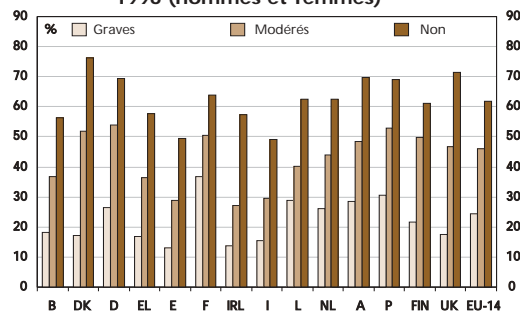
172 Eurobaromètre 54.2, 2001.

Graphe 86 Difficulté d'accès des personnes handicapées aux services et manifestations
(1 pas du tout, 2 pas très, 3 assez, 4 très difficile)



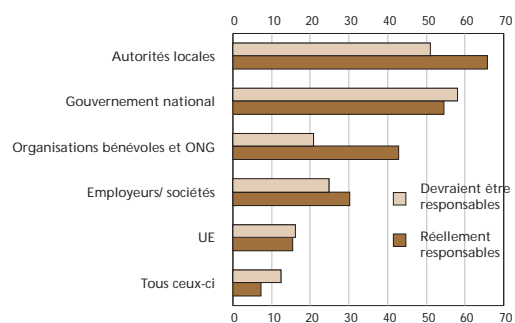
Source: Eurobaromètre 54.2, 2001.

Graphe 88 Pourcentage au travail parmi la population des handicapés graves, modérés et non-handicapés, par pays et par sexe, 16-24 ans, 1996 (hommes et femmes)



Source: données de 1996 extraites de 'Eurostat: Disability and social participation in Europe 2001'.

Graphe 87 Qui est responsable d'améliorer l'accès



Source: Eurobaromètre 54.2, 2001.

attitudes erronées et la discrimination. En revanche, l'intégration des handicapés par leur vie scolaire est l'un des moyens les plus efficaces de faire disparaître les stéréotypes et les attitudes négatives envers les personnes handicapées pour les générations futures.

...particulièrement la participation à l'emploi....

Les taux d'emploi des personnes handicapées fluctuent avec la conjoncture économique, mais en général on observe très peu de progression depuis le milieu des années 1980. D'après le PCM, le taux d'emploi des personnes gravement handicapées est égal à un tiers seulement de celui des personnes en bonne santé, à l'échelle européenne, avec des variations entre les États membres. Le taux d'emploi des handicapés modérés atteint 47 %, tandis que les chiffres sont de 66 % parmi ceux qui ne déclarent aucune incapacité. Il importe toutefois de noter ici que le handicap n'est pas synonyme d'inaptitude. Certains pays, dont la Finlande, la France et l'Autriche, dont la population atteint

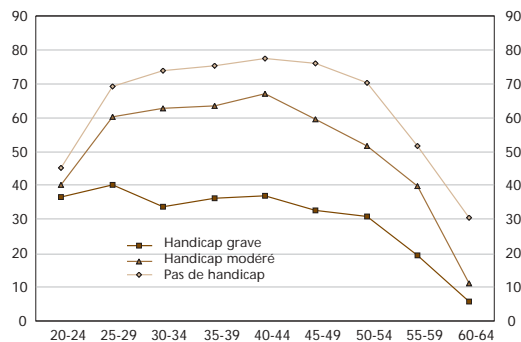
des taux d'emploi élevés, connaissent des niveaux élevés d'emploi des handicapés, particulièrement des handicapés modérés. Inversement, des pays comme la Grèce et l'Espagne, où les niveaux d'emploi sont assez bas, offrent aux personnes handicapées des chances limitées d'accéder au marché de l'emploi¹⁷³.

Dans chaque tranche d'âge, les gens qui ne déclarent pas d'infirmité sont plus susceptibles de travailler que ceux qui ont un certain handicap. L'écart se creuse à l'âge mûr et diminue au troisième âge. Dans le groupe des 25 à 29 ans, le taux d'emploi est de 40,2 % pour les personnes gravement handicapées et de 69,2 % pour les non-handicapés. Les chiffres diminuent ensuite régulièrement dans toutes les tranches d'âges pour les handicapés graves, tandis que les non-handicapés connaissent le taux d'emploi le plus élevé à 40-45 ans. Pour ce qui est de la participation au marché du travail, il faut distinguer les effets de l'offre et de la demande: si les personnes handicapées sont entravées dans le type d'activités qu'elles peuvent accomplir, elles peuvent accepter une rémunération inférieure. En outre, la disponibilité de prestations d'invalidité augmente le niveau de salaire minimum exigé pour accepter un poste. Les jeunes légèrement handicapés sont plus incités à travailler qu'à vivre d'allocations, en raison de l'impact à long terme sur le niveau des revenus. La tendance est différente pour les groupes plus âgés pour qui les postes et les possibilités de carrière sont moins nombreux ou moins attrayants. Par ailleurs, un environnement hostile, en termes de barrières et d'attitudes, peut décourager l'activité économique. L'attitude des employeurs est particulièrement décisive: ils associent trop souvent l'engagement d'une personne handicapée à des coûts supérieurs, à l'absentéisme, à une productivité inférieure et à une mobilité moindre¹⁷⁴. Des efforts pour améliorer l'accessibilité et les transports publics, <<l'adaptation des lieux de travail et la disponibilité de soins à domicile sont autant de facteurs clés pour accroître l'activité économique.

173 Des informations complémentaires seront disponibles après l'enquête sur les forces de travail, qui inclura un module pour les personnes handicapées, effectuée par l'Union européenne en 2002.

174 Grammenos S., CESEP, 2002, op. cit.

Graph 89 Pourcentage au travail



Source: PCM - UE-14 - 1996

Dans la mesure où le degré d'invalidité rapporté par la population en âge de travailler est nettement supérieur après 50 ans, le fait de lier les exigences et l'environnement de travail à la capacité du travailleur peut accroître l'emploi. De nouvelles stratégies pour réintégrer les travailleurs après une maladie ou un accident peuvent également stimuler le taux d'emploi de ce groupe.

Le handicap est plus fréquent chez les travailleurs manuels, peut-être en raison des risques plus grands des métiers manuels pour la santé et la sécurité. L'effet de l'âge est très complexe puisqu'il combine l'effet de sélection par la santé avec l'accumulation d'éducation et d'expérience: l'avancement professionnel en cours de carrière est plus fréquent chez les personnes en bonne santé et le recul plus courant chez ceux dont la santé s'est détériorée.

Les données présentées ici ne doivent pas dissimuler qu'il existe différentes définitions du handicap dans divers contextes et qu'elles englobent des réalités disparates dans divers domaines politiques. Ainsi, en ce qui concerne le maintien du revenu, il s'agit de l'incapacité partielle ou totale de gagner sa vie. En matière de politique pour l'emploi, il équivaut à une productivité réduite ou des facteurs menant à la discrimination pour obtenir ou garder un emploi. Et en ce qui concerne la vie indépendante, il est synonyme de besoins supplémentaires d'autonomie et de soutien. Dans la mesure où les effets invalidants varient selon le contexte, l'évaluation de la déficience n'est pas essentielle, ce qui remet en question l'éventualité d'un statut de handicap cohérent et stable dans les différents domaines politiques.

...et l'accès aux prestations et services adéquats.

Une autre grande question politique qu'il convient de souligner est l'extension des besoins de soins et d'accès en raison des maladies chroniques, particulièrement de leur propagation dans les groupes plus âgés. La nécessité de restructurer les systèmes de santé et de soins de longue durée afin de mieux répondre à la modification de la demande à cause du vieillissement est analysée au chapitre 2.3 du présent rapport.

Les personnes handicapées sont plus susceptibles de connaître des problèmes économiques. Si l'on compare les groupes socio-économiques, il appert non seulement que les groupes défavorisés vivent moins longtemps mais qu'ils totalisent aussi le plus grand nombre d'années vécues avec des incapacités. Les handicapés peuvent avoir des exigences médicales supplémentaires ou requérir une aide spécifique pour pouvoir mener une vie indépendante. Dans certains États membres, ils bénéficient d'une aide supplémentaire en fonction des exigences issues de leur handicap. Les besoins évalués sont cependant en rapport avec l'autonomie en matière de soins, mais une attention moindre est accordée à leurs besoins sociaux ou de mobilité. Lors de l'évaluation des besoins, l'âge est souvent pris en considération: dans certains États membres, les personnes âgées n'ont pas droit aux mêmes prestations que les jeunes handicapés. C'est le cas surtout pour les besoins de mobilité, de contacts sociaux ou de développement des compétences.

Ces trente dernières années, l'Union européenne a assisté à l'expansion de ses systèmes de prévoyance sociale, notamment des prestations d'invalidité, la troisième catégorie par ordre d'importance après les pensions de vieillesse et les dépenses de maladie/soins. Au début des années 90, de nouvelles techniques de politique publique ont été introduites, visant à comprimer et maîtriser les coûts des tendances à la hausse des dépenses d'invalidité. Dans ce contexte, il est apparu de plus en plus clairement que les personnes âgées, les handicapés et les malades chroniques constituent un vaste groupe avec des défis considérables pour les nouvelles interventions politiques.

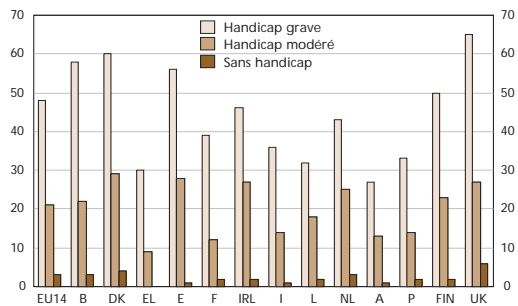
En moyenne, 8 % des Européens en âge de travailler qui se déclarent handicapés graves n'ont pas de revenu (pour 15 % de personnes en bonne santé). Par ailleurs, 29 % gagnent un revenu et 59 % perçoivent une pension ou une prestation (ces chiffres sont de 69 % et 13 % respectivement pour les non-handicapés). Dans l'UE, 48 % des personnes gravement handicapées, en moyenne, bénéficient de prestations de maladie et d'invalidité. Ces chiffres vont de 65 % au Royaume-Uni à 27 % en Autriche, mais ce peut être dû à une différence de définition entre les États membres.

Le coût du handicap pour un individu ou un ménage est rarement évalué dans son intégralité. Il devrait inclure non seulement les frais médicaux, d'équipement, d'adaptation du logement, mais aussi le revenu généralement inférieur des personnes qui se disent handicapées ainsi que toute perte de revenu de la personne qui dispense les soins. Ainsi, une étude britannique estime qu'il est trois fois plus coûteux d'élever un enfant gravement handicapé qu'un enfant en bonne santé.

Répondant à une enquête sur les personnes handicapées dans sept États membres¹⁷⁵, près de 93 % des personnes interrogées ont estimé que les prestations perçues sont inadéquates. Cette observation coïncide avec l'insuffisance signalée de revenus pour couvrir les besoins fondamentaux. Dès lors, la majorité des personnes handicapées s'estiment en situation de pauvreté ou de grande pauvreté. Un pourcentage élevé de personnes interrogées indiquait aussi

175 Yfantopoulos Y., Disability and Social Exclusion in the European Union. Time for change, tools for change (avec le soutien de l'Union européenne et sous les auspices du Forum européen des personnes handicapées), 2002.

Graphe 90 Pourcentage de gens en âge de travailler (16-64 ans) percevant des prestations de maladie ou d'invalidité



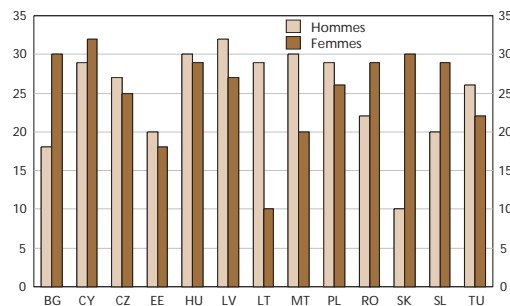
Note: Confidentiel pour D.
Source: PCM 1996.

l'existence d'un piège des prestations, qui empêche les personnes handicapées d'accéder à des emplois à temps plein ou à temps partiels, sans perdre leur complément de ressources nécessaire. Ce facteur est décrit comme un des principaux obstacles à la participation à l'emploi.

Niveaux de handicap dans les États adhérents et les pays candidats

Lors d'une enquête menée en 2002, les citoyens des États adhérents et des pays candidats ont été invités à évaluer subjectivement leur état de santé sur une échelle à 4 degrés (de "très satisfait" à "pas du tout"). Les trois États adhérents méditerranéens et la Slovénie évaluent le plus positivement leur santé et optent pour les premiers degrés ("très satisfait" à "assez satisfait"). La non-satisfaction atteint le

Graphe 91 Pourcentage qui déclare avoir un handicap ou une maladie de longue durée limitant leurs activités d'une quelconque façon



Source: Eurobaromètre des pays candidats, 2002.1.

niveau le plus élevé en Roumanie, en Hongrie et en Bulgarie. À l'opposé des États membres actuels, la satisfaction en matière de santé est plus élevée chez les femmes (89 % satisfaites) que les hommes (64 % satisfaits). La satisfaction en matière de santé est plus grande dans les tranches d'âge les plus jeunes et les plus âgées (79 % des 15 à 24 ans et 74 % des plus de 55 ans) tandis qu'elle est très basse (43 %) dans le groupe des 40 à 54 ans.

Dans tous les États adhérents et pays candidats, un quart de la population déclare souffrir d'un handicap ou d'une maladie de longue durée qui restreint leurs activités. La Hongrie, la Pologne et la République tchèque sont parmi les pays où cette évaluation subjective de l'invalidité est la moins bonne, tandis que le taux de handicap le plus bas est signalé à Malte¹⁷⁶.

176 Ces chiffres ne doivent pas être comparés directement aux taux de handicap mesurés dans les États membres par le PCM parce que la conception et la méthodologie des deux enquêtes sont différentes.

Section 3

**Domaines de la politique sociale
- Portraits statistiques**

Domaines de la politique sociale – Portraits statistiques

La section 3 présente une série de portraits statistiques relatifs à différents domaines de la politique sociale de l'Union européenne. Ils couvrent la quasi-totalité des grands enjeux de cette politique: démographie, éducation et formation, marché du travail, protection sociale, revenus, pauvreté et exclusion sociale, égalité des sexes ainsi que santé et sécurité.

Les portraits sont tracés à l'aide de tableaux, de graphiques et de commentaires. Le rapport de cette année contient vingt-deux portraits, soit un de plus que l'an dernier. Le nouveau portrait "dépenses consacrées aux politiques du marché du travail" s'ajoute au domaine "protection sociale". Il est en relation étroite avec le domaine "marché du travail". L'égalité entre les sexes est traitée par les trois portraits de ce domaine ainsi que dans d'autres portraits et dans les annexes statistiques, où plusieurs indicateurs sont ventilés par sexe.

Chaque portrait (sauf les deux premiers qui donnent des informations contextuelles, l'un concernant la situation économique, l'autre la démographie, les ménages et les familles) s'articule autour d'un (ou deux) indicateur(s)-clé(s) donnés; voir le tableau figurant ci-après. Ensemble, cette série d'indicateurs non seulement fournit un aperçu de la situation sociale actuelle, mais constitue également un instrument de suivi et de comparaison des progrès réalisés dans le domaine social dans les quinze États membres et les pays adhérents ou candidats.

Ces indicateurs ont été sélectionnés, dans la mesure du possible, en fonction des critères suivants:

1) pour chaque indicateur: i) son importance dans la politique sociale communautaire, ii) sa comparabilité entre les quinze États membres, iii) sa disponibilité à partir des sources harmonisées d'Eurostat, iv) la possibilité de le mesurer dans le temps, v) sa compréhensibilité;

2) pour la série d'indicateurs: sa stabilité relative au fil du temps pour garantir la continuité des observations; une certaine flexibilité est toutefois nécessaire pour tenir compte de l'évolution des besoins et des améliorations qui seront apportées à la disponibilité des données.

Quinze des vingt-quatre indicateurs-clés figurent parmi les indicateurs structurels qui se trouvent dans le rapport de printemps 2003 (COM (2003) 5 final du 14.1.2003) sur la stratégie de Lisbonne pour le renouveau économique, social et environnemental, élaboré par la Commission pour le Conseil européen de printemps (21.3.2003).

L'annexe I contient la synthèse des indicateurs-clés ainsi que des données pour chaque État membre. Les informations statistiques détaillées pour l'ensemble du rapport figurent à l'annexe II.

Les annexes III et IV reprennent des données statistiques essentielles concernant les tendances sociales des pays adhérents et candidats. Elles correspondent autant que possible aux annexes I et II.

Des explications sur les symboles, les pays et groupes de pays, les abréviations et les acronymes sont fournies à l'annexe V.

La préparation des portraits s'est achevée en mars 2003. Des informations complémentaires ou plus récentes peuvent être obtenues auprès des Data Shops d'Eurostat (voir la liste en annexe VI).

Domaine	Portrait statistique	Indicateur(s)-clé(s) sélectionné(s)
Économie	1 Situation économique	-
Démographie	2 Population, ménages et familles	-
	3 Vieillesse de la population	Rapport de dépendance des personnes âgées
	4 Migration et asile	Solde migratoire net
Éducation et formation	5 Éducation et résultats	<i>Jeunes quittant prématurément l'école</i>
	6 Éducation et formation tout au long de la vie	<i>Éducation et formation tout au long de la vie (participation des adultes à des activités de formation ou d'éducation)</i>
Marché du travail (voir également les portraits n° 14, 19 et 20)	7 Emploi	<i>Taux d'emploi</i>
	8 Emploi des travailleurs âgés	<i>Taux d'emploi des travailleurs âgés [55 à 64 ans] et âge effectif moyen de départ à la retraite</i>
	9 Chômage	Taux de chômage
	10 Chômage des jeunes	Proportion de jeunes au chômage (dans la population totale du même âge)
	11 Chômage de longue durée	Taux de chômage de longue durée
Protection sociale	12 Dépenses et recettes de protection sociale	Dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB
	13 Prestations sociales	Prestations de vieillesse et de survie en pourcentage du total des prestations sociales
	14 Dépenses consacrées aux politiques du marché du travail	Dépenses publiques consacrées aux politiques actives du marché du travail en pourcentage du PIB
Revenus, pauvreté et exclusion sociale	15 Répartition des revenus	<i>Inégalité de répartition des revenus</i>
	16 Ménages à faibles revenus	<i>Taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux et Taux de risque de pauvreté après transferts sociaux</i>
Égalité des sexes	17 Ménages sans emploi et bas salaires	<i>Population dans les ménages sans emploi – personnes âgées de 0-65 ans Population dans les ménages sans emploi – personnes âgées de 0-60 ans</i>
	18 Participation des femmes et des hommes aux processus de décision	Proportion de femmes dans les parlements nationaux
	19 Emploi des femmes et des hommes	<i>Taux d'emploi des femmes et des hommes</i>
Santé et sécurité	20 Rémunérations des femmes et des hommes	<i>Écart de rémunération entre hommes et femmes (non ajusté)</i>
	21 Espérance de vie et de bonne santé	Espérance de vie à la naissance et années de vie en bonne santé
	22 Accidents et problèmes de santé liés au travail	<i>Accidents de travail – accidents graves et Accidents de travail – accidents mortels</i>

Remarque: Aucun indicateur-clé n'a été sélectionné pour les deux portraits statistiques contextuels (numéros 1 et 2). Les indicateurs utilisés comme indicateurs structurels dans le rapport de printemps 2003 sont en italique.

1

Situation économique

Faible croissance économique en 2001, lente reprise au premier semestre de 2002

En 2001, le produit intérieur brut de l'Union européenne a augmenté de 1,5 %, ce qui représente un net ralentissement par rapport à l'année précédente (3,5 % en 2000). Parmi les quatre plus grands États membres, c'est le Royaume-Uni qui a affiché la croissance la plus forte (1,9 %), suivi de près par la France et par l'Italie (1,8 % chacune). L'Allemagne n'a connu qu'une croissance très modeste de 0,6 %, ce qui est le taux le plus faible non seulement des quatre grands États membres mais aussi des quinze États membres. Cependant, ces quatre États membres ont tous accusé une diminution du taux de croissance du PIB en 2001, ce recul étant plus marqué en Allemagne et en France qu'au Royaume-Uni et en Italie. En 2001, comme pour l'année précédente, l'Irlande a connu une expansion économique nettement plus forte que celle des autres États membres: elle se classe en tête avec un taux de croissance du PIB de 5,9 %, suivie de la Grèce (4,1 %) et du Luxembourg (3,5 %). Parmi ces trois pays, l'Irlande et le Luxembourg ont accusé un net ralentissement économique par rapport à 2000. Avec une croissance de 2,8 %, l'Espagne se situe derrière ces trois pays, mais néanmoins au-dessus de la moyenne de l'UE, en 2001. Tous les autres États membres sont regroupés à l'intérieur d'une fourchette étroite dont l'extrémité inférieure est occupée par l'Allemagne et la Finlande (0,6 % et 0,7 % de croissance respectivement). À l'exception de la Grèce, tous les États membres ont enregistré des taux de croissance plus faibles qu'en 2000: les ralentissements les plus marqués se sont produits en Irlande, en Finlande et au Luxembourg. Si toutefois on examine l'évolution au cours des quatre trimestres de 2001, on peut voir que la croissance était encore bonne au premier trimestre mais qu'elle est tombée à près de zéro au milieu de l'année, pour finalement devenir négative (en glissement trimestriel) au quatrième trimestre.

Pendant les deux premiers trimestres de 2002, les taux de croissance ont été modestes mais sont redevenus positifs. Au deuxième trimestre, la croissance du PIB était de + 0,7 % par rapport au même trimestre de l'exercice précédent dans l'Union européenne et de + 0,6 % dans la zone euro.

Les variations du PIB par habitant entre les États membres restent substantielles

En 2001, chaque citoyen de l'Union européenne a produit l'équivalent de 23 200 SPA, une valeur légèrement supérieure à la moyenne dans la zone euro (23 100 SPA). Les chiffres les plus élevés sont ceux du Luxembourg (44 300 SPA, de l'Irlande (27 700 SPA) et du Danemark (27 600 SPA), et les plus bas ceux de la Grèce (15 500 SPA) et du Portugal (17 100 SPA). Pour faciliter les comparaisons entre les États membres, cette statistique a été calculée par

rapport à la moyenne communautaire (EU-15 = 100). Le Luxembourg se démarque nettement avec un PIB supérieur de 91 % à la moyenne européenne. Viennent ensuite l'Irlande et le Danemark, dont l'écart par rapport à cette moyenne n'est toutefois que de 19 %. Les écarts négatifs les plus marqués par rapport à la moyenne de l'UE sont ceux de la Grèce (- 33 %), du Portugal (- 26 %) et de l'Espagne (- 17 %). Par rapport à la situation de 1995, on peut voir que les positions aux extrêmes sont inchangées, même si les trois pays en queue de classement se sont quelque peu rapprochés de la moyenne de l'UE. L'Irlande a connu l'évolution la plus radicale, enregistrant un PIB par habitant inférieur à la moyenne de l'UE en 1995 et de 19 % supérieur à cette moyenne en 2001. L'Irlande se classe ainsi en deuxième position parmi les États membres de l'UE.

Inflation modérée

En juillet 2002, l'inflation annuelle était de 1,8 % dans l'EU-15 et de 2,0 % dans la zone euro. Un an auparavant, les taux correspondants étaient de 2,5 % et 2,6 %. En juillet, les taux annuels les plus élevés étaient enregistrés en Irlande (4,2 %), aux Pays-Bas (3,8 %) ainsi qu'en Grèce et au Portugal (3,6 % dans chacun de ces deux pays), tandis que les taux les plus faibles étaient ceux de l'Allemagne (1,0 %), du Royaume-Uni et de la Belgique (1,1 % dans chacun de ces deux pays). Par rapport à juillet 2001, l'inflation annuelle a augmenté dans deux États membres, est restée inchangée dans un État membre et a baissé dans les douze autres. Les seules augmentations relatives par rapport à juillet 2001 ont été enregistrées en Espagne (2,4 % à 3,5 %) et en Irlande (4,0 % à 4,2 %), et les plus fortes baisses relatives en Belgique (2,7 % à 1,1 %), en Allemagne (2,6 % à 1,0 %) et aux Pays-Bas (5,3 % à 1,8 %). Depuis le début de 2002, les chiffres affichent une tendance générale à la baisse et en juin 2002, le taux annuel de variation de la zone euro est descendu en-dessous du seuil de stabilité fixé à 2,0 % par la BCE, pour la première fois depuis mai 2000. Le taux moyen de variation des prix à la consommation sur 12 mois, moins sensible aux effets transitoires, était de 2,1 % pour l'EU-15 et 2,3 % pour la zone euro. Ces deux taux ne sont en fait que légèrement supérieurs au seuil de stabilité de 2,0 % des prix à moyen terme.

Taux d'intérêt peu élevés

En 2000 et en 2001, la tendance générale des taux d'intérêt à long terme était à la baisse. Cependant, en décembre 2001 et au premier trimestre de 2002, les taux d'intérêt ont eu tendance à s'élever, avant de rebaisser. En août 2002, les taux d'intérêt agrégés de la zone euro, mesurés à l'aide des rendements des obligations d'État à 10 ans, étaient de 4,80 % (moyenne mensuelle), alors que la moyenne annuelle était de 5,03 % en 2001 et de 5,44 % (excepté en Grèce) en 2000.

L'élément le plus marquant est toutefois le degré élevé de convergence atteint. Jusqu'au début de 1999, quand la troisième phase de l'union monétaire est entrée en vigueur, les différences de rendement des obligations à 10 ans entre les membres de la zone euro ont nettement diminué, puis pratiquement disparu. Depuis lors, les rendements sont très similaires. Avant l'entrée de la Grèce dans la zone euro en janvier 2001, les différences entre la Grèce et les autres pays de la zone euro ont aussi nettement diminué. En août 2002, l'écart entre le taux de l'Allemagne (membre de la zone euro dont les taux d'intérêt sont en principe les plus bas) et celui de la Grèce (où les taux sont les plus élevés) était de 62 points de base. Les trois États membres de l'UE qui ne participent pas à la monnaie unique avaient des taux très similaires à ceux de la zone euro. En août 2002, les rendements du Royaume-Uni étaient inférieurs de 13 points de base à ceux de la zone euro, et ceux du Danemark et de la Suède légèrement supérieurs.

Poursuite de la réduction générale de la dette publique malgré l'aggravation du déficit public

Le traité de Maastricht définit le déficit public comme le besoin net de financement des administrations publiques selon le Système européen de comptes économiques intégrés. En 2001, onze États membres (contre neuf l'an passé) ont clôturé l'exercice avec un budget excédentaire (capacité de financement) ou équilibré, tandis que tous les autres - dont trois des grands États membres de l'Union euro-

péenne - affichaient un déficit inférieur à la valeur de référence de 3% de leur PIB. Toutefois, on ne peut négliger le fait que quatre États membres (Portugal, Italie, France et Allemagne) qui s'efforçaient constamment d'améliorer leur situation budgétaire depuis 1996, ont dû faire face à un renversement de tendance en 2001. La zone euro et l'EU-15 ont connu, dans l'ensemble, un développement parallèle. Tandis que le déficit se réduisait constamment depuis 1995 et avait disparu en 2000, il s'est accru en 2001 pour la première fois au cours de la période observée, atteignant 1,3 % du PIB dans la zone euro et 0,6 % du PIB dans l'EU-15. Ces chiffres donnent à penser qu'en 2001, il y a eu un certain relâchement dans les efforts déployés pour équilibrer les budgets des administrations publiques dans la Communauté.

La dette publique est définie dans le traité de Maastricht comme le total des dettes brutes à leur valeur nominale en cours à la fin de l'année et consolidées à l'intérieur des secteurs du gouvernement général. À la fin de 2001, le niveau de la dette publique de onze États membres de l'Union était inférieur au seuil de 60 %. Celui de l'Allemagne et de l'Espagne est tombé en-dessous en 2001, alors que l'Autriche le dépassait légèrement. Dans trois États membres (l'Italie, la Belgique et la Grèce) il était encore supérieur ou proche de 100 %, mais en recul constant depuis 1995. À la clôture de l'exercice 2001, le ratio d'endettement moyen de l'Union était de 63,0 %, et de 69,1 % pour la zone euro.

Contexte politique

Pour faire partie de la zone euro, les États membres doivent remplir des conditions de convergence législative et satisfaire aux critères de convergence relatifs à la stabilité des prix, à la situation des finances publiques, au taux de change et aux taux d'intérêt. Le 22 mai 2002, la Commission européenne a adopté le rapport de convergence dans lequel elle fait le point des progrès accomplis par la Suède, conformément à l'article 122, paragraphe 2, du traité. Vu que les deux autres États membres ne faisant pas partie de la zone euro, à savoir le Danemark et le Royaume-Uni, ont négocié des clauses de non-participation avant l'adoption du traité de Maastricht, le rapport ne porte pas sur ceux-ci. Le rapport conclut que la Suède remplit trois de ces critères de convergence (stabilité des prix, situation des finances publiques et convergence des taux d'intérêt), mais pas le critère de taux de change. En outre, la législation suédoise relative à la banque centrale est jugée incompatible avec le traité et les statuts du SEBC. À la lumière de cette évaluation, la Commission conclut qu'il n'y a pas lieu de modifier le statut, conféré à la Suède, d'État membre faisant l'objet d'une dérogation.

Le 24 avril 2002, la Commission a adopté une recommandation sur les grandes orientations des politiques économiques (GOPE) des États membres et de la Communauté, conformément à l'article 99, paragraphe 2, du traité. Les GOPE 2002 élargissent la stratégie qui a été exposée pour réaliser les objectifs des Conseils européen de Lisbonne et de Stockholm afin de tenir compte des résultats du Conseil européen de Barcelone de mars 2002. En outre, ces GOPE

sont fondées sur le rapport concernant la mise en œuvre des GOPE 2001 qui rend compte de la manière donc les grandes orientations des politiques économiques 2001 et antérieures ont été appliquées. (Les GOPE 2002 et le rapport concernant la mise en œuvre des GOPE 2001 sont disponibles sur l'internet:

http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/

Les GOPE pour 2002 recommandent de faire porter l'effort sur quatre points:

- préserver la stabilité macroéconomique;
- favoriser l'amélioration quantitative et qualitative des emplois, accroître le taux d'activité de la main-d'œuvre ainsi que l'emploi et remédier à la persistance du chômage;
- améliorer les conditions d'une croissance forte de la productivité et
- promouvoir un développement durable dans l'intérêt des générations actuelles et futures.

Les GOPE 2001 se composent de deux parties. La première comprend des recommandations horizontales générales qui s'appliquent à tous les États membres. La seconde consiste en lignes directrices spécifiques qui tiennent compte des situations particulières de chaque État membre et du degré d'urgence des mesures. Ces orientations, qui couvrent à la fois les politiques macro-économiques et structurelles, sont au cœur du dispositif de coordination des politiques économiques de l'UE et constituent la référence pour la conduite des politiques économiques des États membres.

Notes méthodologiques

Tous les chiffres des comptes nationaux sont conformes au système européen des comptes nationaux et régionaux dans la Communauté (SEC 95). SEC 95 fait l'objet du règlement (CE) n° 2223/96 du Conseil du 25 juin 1996.

Alors que le produit intérieur brut reflète le volume de l'économie d'un pays en termes absolus, le calcul du PIB par habitant (par rapport à la population) fournit une indication, quoique quelque peu simpliste, de la richesse de ce pays. Afin de faciliter les comparaisons internationales, les données sont exprimées en standards de pouvoir d'achat (SPA), qui offrent l'avantage d'éliminer les écarts dus aux variations des niveaux de prix dans les États membres. Moyennes pondérées des niveaux de prix d'un panier de marchandises et de services homogènes, comparables et représentatifs dans les différents pays, les SPA fonctionnent comme des facteurs de conversion.

Au niveau international, la meilleure comparaison de l'inflation des prix à la consommation se fait par les 'indices des prix à la consommation harmonisés' (IPCH). Ils sont calculés dans chaque État membre de l'Union européenne, en Islande et en Norvège ainsi que dans la plupart des pays candidats. La Banque centrale européenne (BCE) utilise les IPCH pour surveiller l'inflation dans l'union économique et monétaire et en évaluer la convergence. Comme le requiert le Traité, le maintien de la stabilité des prix est l'objectif premier de la BCE qui définit cette stabilité comme 'l'augmentation de moins 2%, d'une année à l'autre, de l'indice des prix à la consommation harmonisé pour la zone euro, à maintenir à moyen terme'. L'écart moyen sur 12 mois, c'est-à-dire l'indice moyen des 12 derniers mois par rapport à l'indice moyen des 12 mois précédents, est une mesure plus stable de l'inflation. Il est moins sensible aux brèves variations mais requiert une série chronologique d'indices plus longue.

Le budget d'un pays est en excédent ou en déficit selon que ses recettes sont supérieures ou inférieures à ses dépenses. Lorsque les recettes sont insuffisantes, le gouvernement est obligé d'emprunter. Exprimés en pourcentage du PIB, les besoins de financement annuels (pour éponger le déficit) et cumulatifs (pour résorber la dette) d'un pays sont des indicateurs significatifs de la charge que font peser les emprunts publics sur l'économie nationale. Ce sont en fait deux des critères utilisés pour évaluer les finances publiques des États membres, mentionnés par le traité de Maastricht dans le cadre de la qualification pour la monnaie unique.

Les rendements des obligations d'État sont un bon indicateur des taux d'intérêt à long terme, dans la mesure où le marché de ces titres attire généralement beaucoup de capital disponible. Ils reflètent aussi assez bien la situation financière d'un pays et les attentes en termes de politique économique. Le traité sur l'Union européenne reconnaît l'importance des rendements des obligations d'État en tant que mesure de l'union économique et monétaire et les considère comme un critère pour aborder la troisième étape de l'union monétaire.

Liens vers d'autres parties du rapport

Emploi (3.7), chômage (3.9), économie (annexes II et IV).

Pour en savoir plus

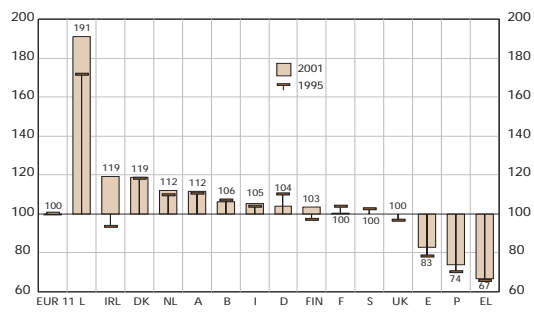
- Portrait économique de l'Europe, 2002, Eurostat
- L'économie de l'Union européenne: bilan 2001, DG Affaires économiques et financières
- Les publications sur les comptes nationaux, les prix à la consommation et les taux d'intérêt sont disponibles à la page "Statistiques en bref" sur le site web d'Eurostat (europa.eu.int/comm/eurostat).

Indicateur-clé

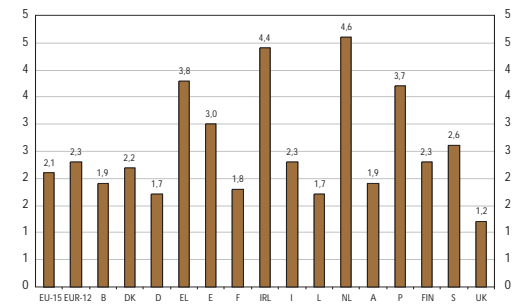
	EU-12	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Taux de croissance du PIB (année de référence 1995 - Taux de croissance annuels et trimestriels)																	
2000	3,4	3,5	4,0	3,0	2,9	4,2	4,1	3,8	11,5	2,9	7,5	3,3	3,0	3,5	6,1	3,6	3,1
2001	1,5	1,5	1,0	1,0	0,6	4,1	2,8	1,8	5,9	1,8	3,5	1,3	1,0	1,7	0,7	1,2	2,0
2002T1	0,4	0,3	-0,3	1,1	-0,2	4,3	2,0	0,4	0,1	0,0	:	0,4	0,0	1,4	-1,7	1,0	1,0
2002T2	0,7	0,6	0,3	1,9	0,1	4,0	2,0	1,0	2,9	0,2	:	0,1	0,9	:	2,5	1,6	1,3

Remarque: il s'agit des taux de croissance trimestriels par rapport au même trimestre de l'année précédente, fondés sur des données corrigées des variations saisonnières, sauf pour l'Irlande.

Source: Eurostat - Comptes régionaux.

Graphe 1 PIB par habitant en SPA (Indice EU-15 = 100)


Source: Eurostat, Comptes régionaux.

Graphe 2 Taux d'inflation (Indices des prix à la consommation harmonisés (IPCH). Taux de variation moyens annuels), avril 2002 (en %)


Source: Eurostat, Statistiques des prix.

2

Population, ménages et familles

Une Union de 380 millions d'habitants

Au 1^{er} janvier 2002, l'Union européenne comptait près de 380 millions d'habitants. Elle était ainsi la troisième entité la plus peuplée de la planète, après la Chine (1 279 millions d'habitants) et l'Inde (1 038 millions) et devant les États-Unis (279 millions) et le Japon (127 millions). L'Allemagne est l'État membre qui totalise la population la plus nombreuse: ses 82 millions d'habitants représentent 22 % de la population de l'Union. Les populations du Royaume-Uni, de la France et de l'Italie constituent chacune 15-16 % du total.

Quelque 17% de la population de l'UE-15 sont âgés de moins de 15 ans. L'Irlande a la population la plus jeune (22 % du total). Les personnes en âge de travailler (15-64 ans) représentent 67 % de la population de l'Union européenne. Les 16 % restants sont des personnes âgées de 65 ans et plus. Leur nombre augmente rapidement depuis plusieurs dizaines d'années et cette tendance est appelée à se poursuivre. Voir Vieillesse de la population (3.3).

Depuis 35 ans, la croissance démographique en Europe ralentit peu à peu. Entre 1995 et 2001, elle était en moyenne de 3,1 pour mille par an, alors qu'elle avoisinait les 8 pour mille dans les années 60. Depuis le milieu des années 80, les migrations internationales sont devenues un élément de plus en plus déterminant de la croissance de la population. Voir Migration et asile (3.4).

D'après le scénario de base d'Eurostat (révision 1999), la population européenne totale devrait culminer vers l'an 2022. Sa croissance au sein de l'Union sera toutefois très hétérogène. La population italienne devrait amorcer son déclin en 2000, mais celle de l'Irlande ne devrait pas décroître avant 2048.

Les Européens ont moins d'enfants et plus tard

La descendance finale des générations de l'après-guerre n'a cessé de diminuer depuis le milieu des années 60, mais l'indicateur conjoncturel de fécondité est resté relativement stable à 1,47, une valeur légèrement inférieure à celle de 2000 en raison de la diminution des naissances estimée à 1 % en 2001. La descendance finale change beaucoup moins brusquement au fil du temps et est actuellement d'environ 1,7, soit bien en deçà du taux de reproduction (2,1 enfants par femme). Voir Vieillesse de la population (3.3).

Des mariages moins nombreux et plus tardifs et davantage de divorces

En 2001, le taux de nuptialité dans l'Union européenne n'a été que de 5 mariages pour mille habitants, alors qu'il frôlait les 8 pour mille en 1970. L'âge moyen auquel les indivi-

us contractent leur premier mariage augmente: de 1980 à aujourd'hui, il est passé de 26 à 30 ans pour les hommes et de 23 à 28 ans pour les femmes. Dans les analyses par cohortes, la proportion des divorces est évaluée à 15 % parmi les couples qui se sont mariés en 1960. Pour les mariages plus récents (1980), ce pourcentage a doublé pour atteindre 28 %. Pour ce critère, les variations d'un État membre à l'autre sont considérables. Au Danemark, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni, le taux de divorce pour les mariages conclus en 1980 atteint plus de 40 %, alors qu'il est de 15 % maximum dans les États membres du Sud.

Une nette augmentation du concubinage ...

Depuis une vingtaine d'années, le pourcentage de couples non mariés est en augmentation dans de nombreux pays. En 1998, dans l'UE, il était de 33 % chez les jeunes couples (moins de 30 ans) et 8 % de l'ensemble des couples cohabitaient hors mariage. Il existe de grandes variations d'un pays à l'autre. Ces chiffres s'élèvent à 8 - 15 % et 1 - 5 % dans les États membres du Sud, alors qu'ils oscillent entre 53 - 70 % et 13 - 23 % dans les États membres du Nord, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

... et, en conséquence, une hausse du nombre de naissances hors mariage

Corollaire de la popularité croissante du concubinage, la proportion des naissances en dehors du mariage continue d'augmenter: elle est passée de 6 % de l'ensemble des naissances en 1970 à plus de 28 % en 2001. Cette même année, elle atteignait 56 % en Suède et environ 40 % au Danemark, en France, en Finlande et au Royaume-Uni. En revanche, elle reste faible, mais en hausse, dans plusieurs pays du Sud de l'Europe: entre 1980 et 2000, elle est passée, en Grèce, de 1,5 à 4,1 %, en Italie, de 4,3 à 9,6 % et, en Espagne, de 3,9 à 17,0 %, pour ne citer que ces exemples.

Les ménages sont plus petits...

Le résultat de cette évolution et d'autres tendances (comme le nombre croissant de personnes vivant seules) est la réduction de la taille des ménages et la multiplication des modèles familiaux alternatifs et des ménages d'une seule personne. Cette tendance s'observe dans toute l'Union, mais avec des différences significatives d'un pays à l'autre.

Si le nombre absolu des ménages a augmenté, leur taille moyenne a diminué. En 2001, l'Europe des Quinze comptait 372 millions de personnes vivant dans 156 millions de ménages. Cela représentait une moyenne de 2,4 personnes par ménage, par rapport à 2,8 en 1981. Pendant cette période, la taille moyenne des ménages a diminué dans

tous les États membres. Actuellement, seuls l'Espagne, l'Irlande et le Portugal comptent encore 2,9 à 3,0 personnes par ménage.

... et les isolés plus nombreux

En 1999, le pourcentage d'individus vivant seuls approchait les 11 %, par rapport à 8 % en 1981. Il est le plus élevé en Finlande (18 %) et en Allemagne (16 %), et le plus faible en Espagne (5 %) et au Portugal (4 %). On constate de grandes différences entre les sexes et entre les générations dans cette catégorie de personnes. Ainsi, les femmes de plus de 65 ans constituent plus d'un tiers des ménages d'une personne, tandis que les hommes de la même tranche d'âge ne représentent que 9% de l'ensemble des isolés.

Hausse sensible du nombre de familles monoparentales...

Le pourcentage de la population vivant dans des familles monoparentales est relativement faible (4 %), mais le nombre de ces familles a nettement augmenté au cours de la dernière décennie. En 2000, 10 % des enfants âgés de 0 à 14 ans (dans des ménages privés) vivaient avec un seul adulte (personne âgée d'au moins 15 ans) contre 6 % en 1990. En 2000, ce pourcentage allait de 3% en Grèce et en Espagne à 20 % au Royaume-Uni, où il était de 12 % en 1990¹. Dans la grande majorité de ces ménages, ce sont des femmes qui vivent seules avec les enfants.

... et baisse du nombre de couples avec enfants

Parallèlement à ces tendances, le pourcentage de la population vivant dans des familles composées de plusieurs adultes et enfants à charge diminue progressivement: il a reculé de 52 % en 1988 à 46 % en 2000. Les pourcentages les plus élevés s'observent en Espagne, en Irlande et au Portugal, essentiellement en raison de la part considérable (environ 20 %) de la population vivant dans des ménages de trois adultes et enfants à charge, voire davantage. Toutefois, en Espagne et au Portugal, cette proportion accuse une nette baisse, où elle se situait encore juste au-dessous de 30 % en 1988.

Les personnes vivant dans des ménages de deux adultes sans enfants à charge représentent 24 % de la population. Ce pourcentage englobe les couples dont les enfants ont déjà quitté le domicile parental ou y vivent toujours, mais ne sont plus à charge. Ces derniers font partie des 14 % de la population qui habitent dans des ménages de trois adultes ou plus sans enfants à charge. Dans cette catégorie figurent également le(s) parent(s) vivant au domicile du couple formé par un de leurs enfants. Ce type de ménage se retrouve davantage dans les États membres du Sud. Voir l'annexe II pour la ventilation des statistiques par État membre.

Notes méthodologiques

Source: Eurostat - Statistiques démographiques. Scénarios démographiques et concernant les ménages d'Eurostat basés sur 1999. Panel communautaire des ménages (PCM) BDU, version septembre 2001 et Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT).

Liens vers d'autres parties du rapport

Vieillesse de la population (3.3), Migration et asile (3.4), Population (annexes II et IV)

Pour en savoir plus

- Statistiques sociales européennes - Démographie, édition 2002. Eurostat.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Premiers résultats de la collecte de données démographiques pour 2001 en Europe", n° 17/2002, Eurostat.
- "Family Structure, Labour Market Participation and the Dynamics of Social Exclusion", Commission européenne, DG Recherche, rapport 2000. "Social Strategies in Risk Societies" - SOSTRIS, DG Recherche, rapport 1999.

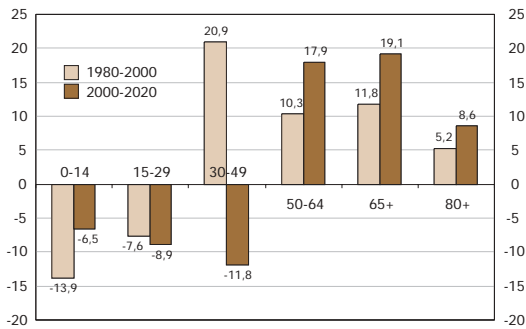
¹ Pas de données pour les États membres du Nord.

Indicateur-clé

	EU-15	EU-12	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Population totale au 1.1.2002	379 601 305 209	10 307	5 368	82 431	10 598	40 409	59 344	3 884	58 018	446	16 100	8 140	10 336	5 195	8 909	60 114	
Proportion de la population totale de l'UE (%)	100,0	80,4	2,7	1,4	21,7	2,8	10,6	15,6	1,0	15,3	0,1	4,2	2,1	2,7	1,4	2,3	15,8

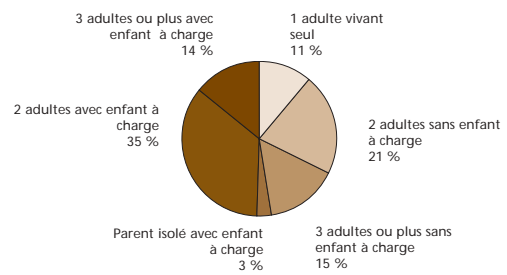
Source: Eurostat - Statistiques démographiques.

Graphe 3 Tendances démographiques par classe d'âge, l'Union européenne, 1980 -2020



Source: Eurostat - Statistiques démographiques et projections démographiques Eurostat basées sur 1999.

Graphe 4 Population vivant dans des ménages privés par type de ménage, UE-15, 1999



Source: Eurostat - Panel communautaire des ménages. BDU, version décembre 2002. Pas de données pour S.

3

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 à 2010. Au cours des quinze prochaines années, le nombre de personnes du quatrième âge (80 ans et plus) augmentera de près de 50 %.

Faible fécondité, allongement de la longévité et vieillissement de la génération du baby-boom

Trois facteurs sont à l'origine du vieillissement de la population: la fécondité inférieure au taux de reproduction, la baisse de la mortalité et l'approche de l'âge de la retraite pour la génération du baby-boom. La fécondité semble avoir atteint son point le plus bas en 1999, avec un peu moins de 4 millions de naissance, le chiffre le plus bas depuis la guerre. En 2000, il y a eu près de 60 000 naissances supplémentaires dans l'UE. L'indicateur conjoncturel de fécondité pour l'UE est passé de 1,45 enfant par femme en 1999 à 1,47 en 2001, mais il est toujours bas par rapport aux 2,59 de 1960. Les pays qui affichaient le taux de fécondité le plus élevé au début des années 80 (la Grèce, l'Espagne, l'Irlande et le Portugal) sont ceux où ce taux a chuté le plus (de 32 à 46 %). À l'heure actuelle, l'indicateur conjoncturel de fécondité est le plus faible en Italie (1,24) et en Espagne (1,25). L'Irlande continue à enregistrer le chiffre le plus élevé (1,98), avec la France où le taux est passé de 1,79 à 1,90 au cours des deux dernières années. En même temps, l'espérance de vie a progressé d'environ 10 ans ces 50 dernières années, en raison de la hausse des conditions socio-économiques et environnementales et de l'amélioration des traitements médicaux. Voir Espérance de vie et de bonne santé (3.19).

De 1960 à aujourd'hui, la proportion des personnes âgées (65 ans et plus) dans l'ensemble de la population est passée de 11 à 16 %. Tout indique que cette tendance se maintiendra jusque bien après le début de ce nouveau siècle, mais elle se ralentira légèrement dans le courant de cette décennie en raison de la baisse de la fécondité intervenue durant la Seconde Guerre mondiale. Néanmoins, en 2010, le nombre de personnes âgées sera deux fois plus élevé (69 millions) qu'en 1960 (34 millions). Sur ces 69 millions, 40 millions seront des femmes.

Au cours des quinze prochaines années, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de près de 22 %. L'augmentation dépassera les 30 % en Irlande, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Finlande mais restera en deçà des 20% en Belgique, en Espagne, au Portugal et au Royaume-Uni.

Le "quatrième âge" affiche la croissance la plus rapide

Sur ce même laps de temps, l'accroissement de la population de plus de 80 ans sera plus prononcé encore: le nombre de ces personnes augmentera de près de 50 %, de sorte qu'elles seront plus de 20 millions dans l'UE (dont 13 millions de femmes). Cette hausse atteindra même 70 % en Grèce. À l'opposé, elle sera négligeable (moins de 10 %) au Danemark et en Suède.

À noter que la tranche d'âge des 55 à 64 ans augmentera aussi considérablement au cours des quinze prochaines années (près de 20 %). Cette croissance dépassera les 40 % en France, en Irlande, au Luxembourg et aux Pays-Bas. L'Allemagne et l'Italie seront les seuls pays où elle sera inférieure à 10 %, mais une hausse nettement plus forte interviendra par la suite. Voir aussi Emploi des travailleurs âgés (3.8).

La population âgée s'accroît par rapport aux actifs

En 1990, dans l'UE-15, la population âgée de 65 et plus représentait 21,6 % de celle considérée comme étant en âge de travailler (de 15 à 64 ans). En 2001, son taux de dépendance avait atteint 24,6 %. Tous les États membres s'attendent à ce que ce taux augmente d'ici à 2010 (jusqu'à une moyenne européenne de 27,3 %), avec de fortes variations d'un État membre à l'autre. Ce phénomène frappera surtout la Grèce, l'Allemagne et l'Italie, trois pays où le taux de dépendance évoluera autour des 30 %. Parallèlement, l'Irlande conservera la plus faible proportion de personnes âgées par rapport à la population en âge de travailler (environ 17 %).

En moyenne, 45 % des personnes "très âgées" vivront seules en 2010

En 2010, près d'un tiers (32 %) des personnes âgées de 65 ans et plus de l'UE vivront seules. Plus de la moitié (54 %) habiteront avec leur partenaire (dans un ménage qui pourra également compter des enfants ou d'autres adultes). Les autres vivront avec leurs enfants (ou avec d'autres parents ou amis) ou dans un établissement d'accueil. Toutefois, il est évident que la demande en matière d'hébergement et de soins évoluera considérablement avec l'âge. Par conséquent, il ne faut pas considérer les personnes âgées comme une seule classe d'âge. 63 % de celles âgées de 65 à 79 ans vivront avec un partenaire mais les personnes "très âgées" (80 ans et plus) ne seront plus que 31% dans cette situation et auront davantage tendance à vivre seules (45%), dans des ménages collectifs (10 %) ou avec leurs enfants, d'autres parents ou des amis (14 %). On observe des différences marquées entre les pays, surtout en ce qui concerne la proportion de personnes "très âgées" habitant sans partenaire mais avec leurs enfants ou d'autres parents ou amis: au moins 30 % de ces personnes bénéficient de cette forme de soutien potentiel en Espagne et au Portugal contre 5 % au plus aux Pays-Bas, au Danemark et en Suède. Dans ces deux derniers pays, plus de 60 % de ces personnes habitent seules.

Contexte politique

Dans sa Communication "Vers une Europe de tous les âges - Promouvoir la prospérité et la solidarité entre les générations" (COM(1999)221 final), la Commission concluait que "Compte tenu de l'ampleur de la mutation démographique qui se profile à l'aube du XXI^e siècle, l'Union européenne peut et doit modifier les pratiques obsolètes relatives aux personnes âgées. Aussi bien sur le marché du travail qu'après le départ en retraite, il est possible de faciliter et de renforcer le rôle des personnes qui ont entamé la seconde moitié de leur vie. Les compétences des personnes âgées représentent une réserve immense de ressources qui, jusqu'à ce jour, n'a pas été suffisamment reconnue et mobilisée. Des politiques et des services adéquats de santé et de soins peuvent prévenir, repousser et minimiser la dépendance des personnes âgées; en outre, la demande de ces services créera de nouveaux débouchés en matière d'emploi." La Commission étudiera la possibilité de lancer de nouveaux programmes d'action communautaires horizontaux, fondés sur les articles 13, 129 et 137 du traité CE pour les personnes touchées par la discrimination, le chômage ou l'exclusion sociale telles que les personnes âgées.

De plus, la Commission est sur le point d'adopter son projet de rapport conjoint sur la façon d'accroître la participation aux forces de travail et de promouvoir le vieillissement actif, demandé par le Conseil européen de Stockholm en mars 2001. Pour relever le défi démographique d'une population vieillissante dont les personnes en âge de travailler représentent une plus faible proportion, le Conseil européen de Stockholm a convenu également de fixer un objectif communautaire pour porter à 50 % le taux d'activité moyen des femmes et des hommes plus âgés (55-64 ans) en Europe d'ici 2010.

Des possibilités de participation à des activités de formation tout au long de la vie devraient être mises en place, en soutien à un style de vie indépendant et en bonne

santé le plus longtemps possible pour la partie vieillissante de la population. Il convient aussi de les aider à étendre leurs réseaux sociaux, à renforcer leurs droits à une citoyenneté active dans tous les domaines de la vie quotidienne et d'éviter leur exclusion sociale.

Notes méthodologiques

Source: Eurostat - Statistiques démographiques. Scénarios démographiques basés sur l'année 1999 et concernant les ménages, sur l'année 1995.

Le rapport de dépendance des personnes âgées indique le rapport en pourcentage entre la population âgée de 65 ans et plus et celle en âge de travailler (15 à 64 ans).

Liens vers d'autres parties du rapport

Population, ménages et familles (3.2), Emploi des travailleurs âgés (3.8), Prestations de vieillesse (3.13), Espérance de vie et de bonne santé (3.20), Population (annexes II et IV).

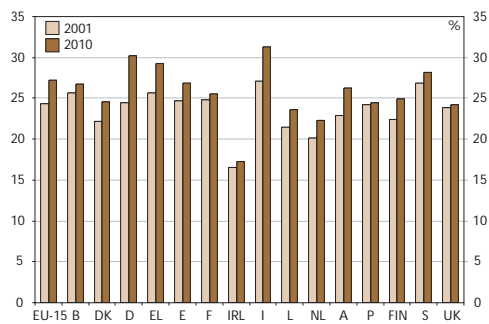
Pour en savoir plus

- "Statistiques sociales européennes - Démographie", édition 2002. Eurostat.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Premiers résultats de la collecte de données démographiques pour 2001 en Europe", n° 17/2001. "Premières estimations démographiques pour 2001", n° 19/2001. Eurostat.
- "Vers une Europe pour tous les âges - Promouvoir la prospérité et la solidarité entre les générations", COM(1999)221 final, 1999.
- "Family Structure, Labour Market Participation and the Dynamics of Social Exclusion", Commission européenne, DG Recherche, rapport 2000. "Social Strategies in Risk Societies - SOSTRIS", DG Recherche, rapport 1999.

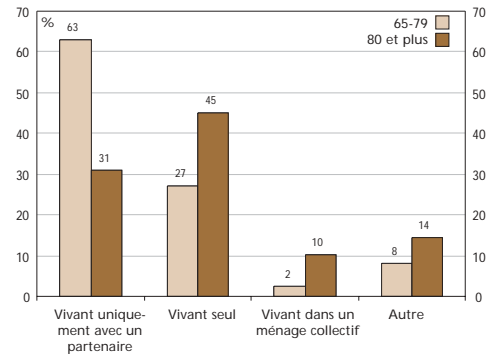
Indicateur-clé

	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 1 ^{er} 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.

Graphe 5 Rapport de dépendance des personnes âgées, 2001 et 2010


Source: Eurostat - Statistiques démographiques. EU-15, pour EL et UK: données de 2000.

Graphe 6 Population âgée par situation de ménage et âge, EU-15, 2010


Source: Eurostat - Scénarios de base concernant les ménages, année 1995.

4

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.

Le rôle important des migrations internationales dans la croissance démographique

Depuis le milieu des années 80, les migrations internationales sont devenues un élément de plus en plus déterminant de la croissance de la population à laquelle elles ont contribué à raison de 72 % au cours de ces cinq dernières années. Cela représente un peu plus de 880 000 personnes par an. Les populations d'Allemagne et, dans une moindre mesure, de Grèce et de Suède seraient en déclin sans l'apport positif net de ces migrations.

Près de 19 millions d'étrangers non-ressortissants vivent dans l'UE, dont 13 millions proviennent de pays tiers

En 2000, le nombre total de non-nationaux dans les quinze États membres s'élevait à environ 18,8 millions, soit 5,0 % de la population totale, contre 4,1 % en 1990. Ce pourcentage est particulièrement élevé en Belgique, en Allemagne et en Autriche (environ 9 %). Viennent ensuite la France et la Suède, avec quelque 5,5 %. Le Luxembourg est un cas unique, puisque les non-ressortissants constituent un peu plus du tiers de sa population. Ces écarts sont en partie le reflet des différences entre les législations nationales sur l'obtention de la citoyenneté.

Dans l'UE, un tiers des non-nationaux (six millions) sont des ressortissants d'autres États membres, les deux tiers restants étant originaires de pays tiers. La Belgique, l'Irlande et le Luxembourg sont les seuls pays où les autres ressortissants de l'UE sont plus nombreux que ceux des pays tiers.

Les deux principaux groupes de ressortissants étrangers vivant dans l'Union sont des citoyens turcs (environ 2,4

millions en 2000, dont 2,0 millions en Allemagne) et des citoyens originaires de l'ancienne république de Yougoslavie (environ 1,8 millions dont 1,2 million en Allemagne).

En 1999, environ 1,2 million d'immigrants étrangers dans l'UE venaient de pays tiers

En 1999, le nombre d'immigrants légaux dans les quinze États membres était estimé à un peu plus de 2,0 millions. Environ 1,2 million d'entre eux étaient originaires de pays tiers. Les flux d'immigration de ressortissants des pays tiers étaient les plus importants en Allemagne (539 000), au Royaume-Uni (177 000) et en Italie (123 000 en 1997).

En 2000, l'UE a enregistré 363 100 demandes d'asile

Après avoir culminé à 672 400 en 1992, le nombre de demandes d'asile introduites dans l'Union européenne est tombé à 227 800 en 1996, avant de repartir à la hausse. Ces dossiers étaient évalués à 363 100 en 2000, soit environ 3% de plus qu'en 1999.

Les augmentations les plus fortes (en termes absolus de 1999 à 2000) ont été observées au Royaume-Uni (+9 157) et en Belgique (+6 899).

En 2000, c'est le Royaume-Uni qui a enregistré le plus grand nombre de demandes (80 315), suivi par l'Allemagne (78 563), les Pays-Bas (43 895), la Belgique (42 677) et la France (38 747). Par rapport à l'ensemble de la population, ce sont la Belgique (4,2 demandeurs d'asile par millier d'habitants), l'Irlande (2,9), les Pays-Bas (2,8) et l'Autriche (2,3) qui affichent les taux les plus élevés de demandes d'asile.

Contexte politique

Le traité d'Amsterdam a introduit un nouveau titre IV (visas, asile, immigration et autres politiques liées à la libre circulation des personnes) dans le traité CE. Il porte sur les domaines suivants: la libre circulation des personnes, les contrôles aux frontières extérieures, l'asile, l'immigration et la protection des droits des ressortissants des pays tiers, la coopération judiciaire en matière civile et pénale et la coopération administrative.

Le traité d'Amsterdam instaure donc une compétence communautaire dans les domaines de l'immigration et de l'asile. À l'occasion de sa réunion de Tampere, en octobre 1999, le Conseil européen a demandé l'élaboration d'une

politique européenne commune dans ces domaines qui englobe les éléments suivants: le partenariat avec les pays d'origine, un régime d'asile européen commun, le traitement équitable des ressortissants des pays tiers et la gestion des flux migratoires. Le "Tableau de bord pour l'examen des progrès réalisés en vue de la création d'un espace de liberté, de sécurité et de justice dans l'Union européenne" (mise à jour semestrielle COM(2001) 628) présente un programme d'action détaillé. La Commission a déjà lancé des propositions en vue de créer une procédure d'asile commune et un statut uniforme (COM(2000) 755 final et COM(2001) 710 final) et en vue d'une politique communautaire de l'immigration (COM(2000) 757 et COM(2001) 387), ainsi qu'une première série de directives qui délimitent le cadre juridique indispensable.

En outre, le traité d'Amsterdam transfère définitivement les politiques d'asile et d'immigration du troisième pilier (intergouvernemental) au premier pilier (communautaire) et les décisions en la matière seront désormais façonnées par des instruments communautaires tels que des directives.

Notes méthodologiques

Source: Eurostat - Statistiques sur la migration

Le taux de croissance de la population indique la croissance relative de la population totale par millier d'habitants pendant l'année ou les années en question. La croissance démographique totale est constituée de l'accroissement naturel (le nombre d'enfants nés vivants moins le nombre des décès) et du solde migratoire, estimé sur la base de la différence entre la variation démographique et l'accroissement naturel (taux de solde migratoire corrigé par millier d'habitants).

Les flux totaux d'immigration comprennent l'immigration de nationaux et de non-nationaux. Les différents États membres appliquent différentes définitions de la migration. Dans la plupart d'entre eux, les statistiques reposent sur l'inscription des individus en tant que résidents ou sur leur intention déclarée de rester dans un pays au-delà d'une certaine période (en général douze mois au moins).

Certains pays incluent des personnes à charge dans le nombre de demandes d'asile qu'ils indiquent, et d'autres pas. Il en va de même pour les renouvellements de demandes. Les détails sont repris au tableau "Demandes d'asile" dans la partie "2 POPULATION" de l'annexe II.

Liens vers d'autres parties du rapport

Population, ménages et familles (3.2), Population (annexes II et IV)

Pour en savoir plus

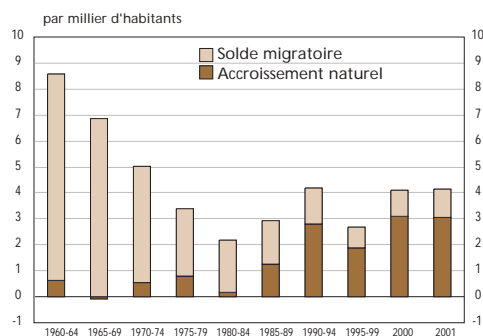
- "Statistiques sociales européennes - Migration", édition 2002.
- "Statistiques sociales européennes - Démographie", édition 2002. Eurostat.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Premiers résultats de la collecte de données démographiques pour 2001 en Europe", n° 17/2002, Eurostat.
- "Patterns and trends in international migration in Western Europe", 2000, Eurostat.
- "Migrants' insertion in the informal economy, deviant behaviour and the impact of receiving societies" Commission européenne, DG Recherche, rapport 2000.
- "La situation sociale dans l'Union européenne 2002", p. 16-51, 2002. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales et Eurostat.

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																
1995-1999	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
1990-1994	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

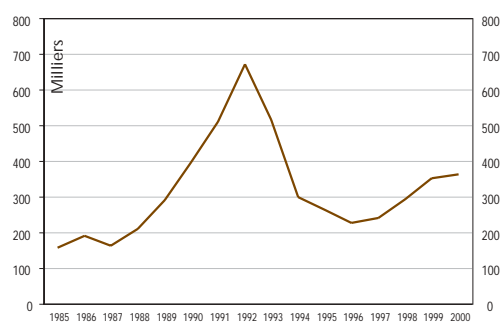
Source: Eurostat - Statistiques démographiques

Graphe 7 Taux annuel moyen d'accroissement de la population, EU-15, 1960-2001



Source: Eurostat - Statistiques démographiques.

Graphe 8 Demandes d'asile, EU-15, 1985-2000



Source: Eurostat - Statistiques migratoires.

5

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.

La jeune génération est mieux qualifiée

En comparant les jeunes qui quittent actuellement le système éducatif avec les générations précédentes, il est possible de suivre l'évolution sur une longue période (environ trente ans). En 2001, 75 % des jeunes de 25 à 29 ans avaient au moins terminé le cycle de l'enseignement secondaire supérieur (GCSE 'A' levels, baccalauréat, Abitur, apprentissage ou équivalent), contre 52 % seulement des personnes âgées de 50 à 64 ans. D'une manière générale, le niveau d'éducation est plus élevé dans les États membres du Nord: dans les trois pays nordiques plus l'Allemagne, l'Autriche et la France, 80 à 91 % des jeunes de 25 à 29 ans possèdent un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur. L'Irlande, l'Espagne, l'Italie, le Luxembourg et le Portugal affichent les niveaux d'éducation les plus bas, avec un taux inférieur à 70 %, mais ont réalisé, à l'exception du Luxembourg, les progrès les plus considérables au cours des trois dernières décennies. Le pourcentage de jeunes qui ont terminé au moins le cycle de l'enseignement secondaire supérieur y est deux ou trois fois plus élevé que celui de la génération précédente. En Grèce également, il est plus de deux fois supérieur à celui de la génération précédente. Le fossé entre les niveaux d'éducation des États membres est donc en train de se combler.

Au cours des trente dernières années, les écarts entre les sexes en la matière se sont réduits dans l'ensemble de l'Union (les femmes de la jeune génération ont même légèrement dépassé les hommes). Par exemple, aujourd'hui, 77 % des jeunes femmes âgées de 25 à 29 ans possèdent un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur, contre 74 % des jeunes hommes du même âge, tandis que parmi les personnes âgées de 50 à 64 ans, ces pourcentages sont respectivement de 46 % seulement contre 58 %. Voir l'annexe II pour la ventilation des statistiques par État membre.

Près d'un jeune sur cinq est peu qualifié lorsqu'il quitte l'école

Bien que les niveaux d'éducation continuent de s'améliorer, 19 % des jeunes âgés de 18 à 24 ans ont quitté le système éducatif sans avoir dépassé le premier cycle de l'enseignement secondaire (qui correspond à la période de scolarité obligatoire à plein temps dans tous les États membres). Ces jeunes peu qualifiés sont les plus nombreux en Italie (26 %), en Espagne (29 %) et au Portugal (45 %). Dans la quasi-totalité des États membres, cette catégorie comprend moins de filles (moyenne européenne de 17 %) que de garçons (moyenne européenne de 22 %).

Pour interpréter ces chiffres correctement, il est important d'examiner à quoi sont occupés les 18 à 24 ans. À l'échelle de l'Union européenne, un peu plus de la moitié d'entre eux sont étudiants ou suivent une formation (16 % combinent leurs études avec un emploi) et l'on peut supposer que la majorité d'entre eux ont obtenu un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur. La situation est loin d'être uniforme dans l'ensemble de l'Union en raison des différences entre les systèmes éducatifs, la durée des études, la situation du marché de l'emploi, les possibilités offertes aux jeunes sans expérience professionnelle, etc. Voir aussi Chômage des jeunes (3.10).

Un diplôme de l'enseignement supérieur tend à réduire le risque de chômage...

En règle générale, un diplôme de l'enseignement supérieur semble réduire les risques de chômage dans tous les États membres, même si c'est à des degrés différents. Dans l'EU-15, le taux de chômage des diplômés de l'enseignement supérieur s'établissait à 4 % en 2001, contre 6 % pour les jeunes qui avaient achevé, au mieux, le deuxième cycle d'études secondaires et 9 % pour ceux qui n'avaient pas dépassé l'enseignement secondaire inférieur.

... accroît le niveau des rémunérations...

Les statistiques montrent que les travailleurs mieux qualifiés ont beaucoup plus de chances d'obtenir une rémunération supérieure. Le revenu des travailleurs dont le niveau d'éducation était inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire équivalait en moyenne à 90 % de la médiane nationale, alors qu'il était de 147 % pour ceux issus de l'enseignement supérieur. Cet écart était le plus large en Irlande (82 % contre 185 %) et au Portugal (92 % contre 287 %), et le plus faible au Danemark (88 % contre 117 %) et en Allemagne (95 % contre 124 %).

Les chiffres indiquent aussi que la probabilité qu'une personne issue d'un ménage au niveau d'éducation élevé (dont au moins un membre est diplômé de l'enseignement supérieur) vive longtemps dans un ménage à faible revenu n'est que de 3 %, contre 12 % pour les personnes issues d'un ménage à faible niveau d'éducation (dont tous les membres ont achevé, au mieux, le premier cycle de l'enseignement secondaire).

... et offre plus de possibilités de formation au travail

Dans tous les pays de l'Union, les possibilités de formation offertes aux travailleurs adultes augmentent avec leur niveau d'éducation. Voir aussi Éducation et formation tout au long de la vie (3.6).

Contexte politique

Le traité CE (titre XI, chapitre 3, article 149, paragraphe 1), dispose: "La Communauté contribue au développement d'une éducation de qualité en encourageant la coopération entre États membres et, si nécessaire, en appuyant et en complétant leur action ..." et l'article 150, paragraphe 1: "La Communauté met en œuvre une politique de formation professionnelle, qui appuie et complète les actions des États membres ...".

Dans sa communication sur l'avenir de la stratégie européenne pour l'emploi, la Commission déclare que la réduction des taux d'échecs et de décrochages scolaires, et l'amélioration de la qualité de l'éducation doivent constituer des mesures prioritaires de la nouvelle SEE. Elles doivent créer les bases pour l'accès futur à l'éducation et à la formation tout au long de la vie, et restent des objectifs importants pour bon nombre d'États membres actuels et futurs. Dans les Lignes directrices pour l'emploi 2001, les États membres étaient invités à améliorer la qualité de leurs systèmes d'éducation et de formation ainsi que les programmes correspondants afin: de doter les jeunes des compétences de base utiles sur le marché du travail et nécessaires pour participer à l'éducation et à la formation tout au long de la vie; de faire baisser l'illettrisme chez les jeunes et les adultes et de réduire substantiellement le nombre de jeunes qui quittent prématurément le système scolaire (un objectif commun a été fixé, à savoir réduire de moitié d'ici 2010 le nombre de jeunes de 18 à 24 ans qui quittent l'école prématurément); de promouvoir les conditions facilitant l'accès pour les adultes, y compris ceux ayant des contrats atypiques, à l'éducation et à la formation tout au long de la vie, de manière à accroître la proportion de la population adulte en âge de travailler (25-64 ans) participant à l'éducation et à la formation à un moment quelconque donné. Pour faciliter la mobilité et encourager l'éducation et la formation tout au long de la vie, les États membres doivent améliorer la reconnaissance des qualifications, des connaissances acquises et des compétences.

Le livre blanc de la Commission européenne "Un nouvel Elan pour la Jeunesse européenne" (COM(2001) 681 final du 21.11.2001) propose de doter l'Union européenne d'un nouveau cadre de coopération dans le domaine de la jeunesse. Ce faisant, il répond à une demande pressante de tous les intervenants, y compris les États membres. Cette coopération s'inspirera des activités existantes, nationales et communautaires, mais elle sera aussi basée sur des arrangements permettant d'appliquer la méthode ouverte de coordination dans le domaine plus spécifique de la jeunesse et une meilleure prise en compte de la jeunesse au sein des autres politiques.

Notes méthodologiques

Sources: Eurostat – Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT) et Statistiques sur la structure des salaires. Les niveaux d'éducation sont définis selon la CITE (Classification internationale type de l'éducation, UNESCO, version de 1997). Les niveaux d'éducation infé-

rieurs au deuxième cycle de l'enseignement secondaire correspondent aux catégories 0 à 2 de la CITE, le deuxième cycle du secondaire aux niveaux 3 et 4 de la CITE (y compris l'enseignement post-secondaire qui n'est pas du troisième cycle) et l'enseignement supérieur aux catégories 5 et 6. La scolarité obligatoire à plein temps équivaut au niveau 2 de la CITE dans tous les États membres. La Belgique, l'Allemagne et les Pays-Bas imposent une scolarité obligatoire à temps partiel de niveau 3 de la CITE, jusqu'à l'âge de 18 ans environ. L'indicateur-clé indique la proportion de jeunes âgés de 18 à 24 ans qui ont quitté le système éducatif munis de faibles qualifications par rapport au nombre total de jeunes de cette tranche d'âge.

Liens vers d'autres parties du rapport

Éducation et formation tout au long de la vie (3.6), Emploi (3.7), Emploi des travailleurs âgés (3.8), Chômage (3.9), Chômage des jeunes (3.10), Éducation et formation (annexes II et IV).

Pour en savoir plus

- "Éducation en Europe - Statistiques et indicateurs 1999", 2000, Eurostat.
- "Les chiffres-clés de l'éducation en Europe – 2002", 2002, DG Éducation et culture, Eurostat et Eurydice (Réseau d'Information sur l'Éducation en Europe).
- "Transition entre le système éducatif et la vie active: chiffres sur la formation professionnelle dans l'Union européenne", 2001, DG Éducation et Culture, Eurostat et Cedefop (Centre européen pour le développement de la formation professionnelle).
- "La formation pour les jeunes - Chiffres-clés sur la formation professionnelle dans l'Union européenne", 1999, DG Éducation et Culture, Eurostat et Cedefop.
- "Emploi en Europe 2001". Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- "Education for the twenty-first century: issues and prospects", 1998, Publication de l'UNESCO.
- "Apprendre: une nécessité de notre temps. La politique de formation professionnelle au niveau européen", 2000, Cedefop.
- "Regards sur l'Éducation 2002", 2002, OCDE
- "Education pour tous - Une stratégie internationale pour rendre opérationnel le Cadre d'action de Dakar sur l'Éducation pour tous", 2002, UNESCO, http://www.unesco.org/education/efa/fr/global_co/comprehensive_efa_strategy.shtml
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Pauvreté monétaire persistante et exclusion sociale dans l'Union européenne", n° 13/2000. "L'étude des langues étrangères dans les systèmes scolaires d'Europe", n° 4/2001. "Éducation dans les régions de l'Union européenne", n° 6/2001. "Les niveaux d'éducation en Europe dans les années 90 - Quelques données clés", n° 7/2001. "L'emploi dans les régions de l'UE en 2000: la création d'emploi est poussée par le secteur tertiaire - la formation est essentielle", n° 13/2001. "Les femmes et les hommes dans l'enseignement supérieur", N° 18/2001, Eurostat.

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	:

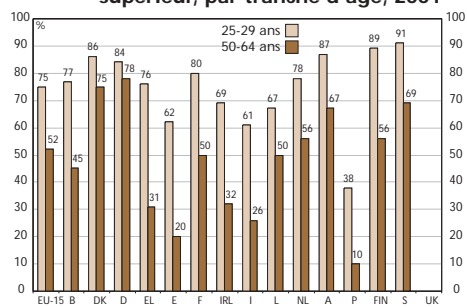
Population âgée entre 18 et 24 ans par type d'activité (%), 2001

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.

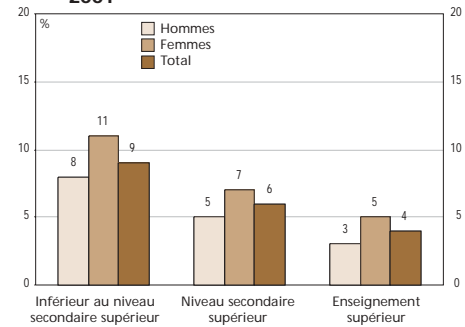
Graphe 9 Pourcentage de la population ayant achevé au moins l'enseignement secondaire supérieur, par tranche d'âge, 2001



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 10 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).

6 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.

L'éducation et la formation tout au long de la vie sont plus courantes dans les pays nordiques, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni

Au printemps 2001, 8 % des personnes de 25 à 64 ans ont déclaré qu'elles avaient suivi un enseignement ou une formation dans les quatre semaines qui avaient précédé leur interview. Les taux de participation à ces activités sont les plus élevés (de 16 à 22 %) dans les pays nordiques, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Dans tous les autres États membres, les pourcentages sont inférieurs ou correspondent à la moyenne communautaire. Le taux de la France est également faible, mais la période de référence n'est pas la même non plus (voir les notes méthodologiques).

La participation des femmes varie considérablement d'un pays à l'autre

Dans toute l'Union, les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes (9 % contre 8 %) à recevoir une formation. Cet écart est particulièrement large au Danemark (19 % contre 16 %), en Finlande (21 % contre 17 %), en Suède (20 % contre 15 %) et surtout au Royaume-Uni (26 % contre 18 %). Le rapport s'inverse en Belgique, en Grèce, en Allemagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Autriche.

Les jeunes et les personnes qualifiées participent davantage à l'éducation et à la formation

Partout dans l'UE, le taux de participation aux activités de formation diminue avec l'âge: il est de 14 % parmi la population âgée de 25 à 34 ans mais n'est plus que de 3 % dans la tranche des 55 à 64 ans. Néanmoins, dans certains pays, le pourcentage de personnes qui reçoivent une formation dans les catégories plus âgées demeure relativement élevé: il oscille entre 7 et 13 % au Danemark, aux Pays-Bas, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni pour les 55 à 64 ans.

Pour les personnes de 25 à 64 ans, le niveau d'éducation obtenu antérieurement influe également sur les chances de prendre part à "l'éducation et à la formation tout au long de la vie": en 2001, 15 % des diplômés de l'enseignement supérieur ont reçu une formation, contre 2 % des personnes au plus faible niveau d'éducation.

Un pourcentage plus élevé d'entreprises formatrices dans les États membres du Nord et du Centre de l'Union européenne

Dans l'ensemble des États membres de l'UE, le pourcentage d'entreprises qui ont fourni des formations en 1999 s'échelonnait entre 18 % en Grèce et 96 % au Danemark.

Le pourcentage d'entreprises offrant des cours de formation professionnelle continue (FPC) était plus élevé dans les entreprises de taille moyenne (50-249 salariés) que dans les petites entreprises (10-49 salariés) et encore plus élevé dans les grandes entreprises; cependant, dans presque tous les pays, seules les différences entre les petites entreprises et les entreprises de taille moyenne étaient notables.

Dans la plupart des États membres du nord de l'UE, le pourcentage de salariés participant à des cours de formation professionnelle continue est supérieur à la moyenne communautaire. Les pourcentages les plus faibles ont été enregistrés au Portugal (17 %) et en Grèce (15 %).

Il n'y a pas de lien entre l'intensité de la formation et le taux de participation ou le pourcentage d'entreprises fournissant des formations professionnelles continues. Les pourcentages d'entreprises formatrices sont plus faibles en Espagne, en Grèce et au Portugal mais le nombre d'heures de cours par participant y est plus élevé.

L'âge des étudiants dans l'enseignement supérieur varie considérablement

Une autre manière de mesurer "l'éducation et la formation tout au long de la vie" est de vérifier le pourcentage d'étudiants de 30 ans et plus inscrits dans l'enseignement supérieur (programmes d'éducation universitaire ou équivalent post-secondaire). En 1999 et en 2000, ils étaient environ 1,3 million, soit 12 % de l'ensemble des étudiants de ce niveau. Au Danemark (22 %), en Allemagne (22 %), en Autriche (25 %), en Finlande (28%) et en Suède (22 %), leur pourcentage était nettement supérieur à la moyenne.

Les dépenses publiques en faveur de l'enseignement représentent 5,0 % du PIB communautaire

Bien que les investissements dans l'éducation soient influencés par divers facteurs (tels que les aspects démographiques, le taux de participation, la durée des études, etc.), le pourcentage de la richesse nationale qui lui est consacré reflète l'importance que les gouvernements lui accordent. En 1999, les fonds publics destinés au financement de tous les niveaux d'enseignement (hormis les sources privées) s'élevaient à une moyenne de 5,0 % du PIB de l'UE. Cela dit, les contributions publiques varient largement d'un pays à l'autre: elles s'échelonnent de 3,7 % en Grèce à 7,7 % en Suède et 8,0 % au Danemark. La répartition des budgets de l'éducation entre les niveaux d'enseignement est plus cohérente: l'enseignement primaire et l'enseignement supérieur représentent chacun 1,1 % du PIB (en moyenne), alors que l'enseignement secondaire en absorbe 2,3 %.

Contexte politique

Le traité CE (titre XI, chapitre 3, article 150, paragraphe 2, stipule: "L'action de la Communauté vise ... à faciliter l'accès à la formation professionnelle ...; stimuler la coopération en matière de formation entre établissements d'enseignement ou de formation professionnelle et entreprises."

Dans sa communication sur l'avenir de la stratégie européenne pour l'emploi, la Commission décrit le rôle clé joué par l'éducation et la formation tout au long de la vie dans l'amélioration de la qualité au travail et de la productivité en tant que facteur de promotion de la participation de la main-d'œuvre et de l'inclusion sociale. L'inégalité croissante en matière d'accès à la formation, qui pénalise les travailleurs peu qualifiés et âgés, doit être abordée en priorité. La tendance actuelle des sociétés à réduire les investissements dans la formation à mesure que les travailleurs prennent de l'âge, devrait être inversée. Les lignes directrices pour l'emploi 2001 incluaient pour la première fois une ligne directrice horizontale (ligne directrice B) demandant "des stratégies globales et cohérentes pour l'éducation et la formation tout au long de la vie" afin de renforcer la capacité d'insertion professionnelle, la capacité d'adaptation et la participation dans une société fondée sur la connaissance. Les États membres sont également invités à fixer des objectifs en vue d'accroître l'investissement dans les ressources humaines ainsi que la participation à l'éducation et à la formation complémentaires et à contrôler les progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs.

En mars 2000, le Conseil européen de Lisbonne a identifié quatre domaines-clés pour une politique active de l'emploi. L'un d'eux est "d'accorder plus d'importance à l'éducation et à la formation tout au long de la vie, composante essentielle du modèle social européen, notamment en encourageant les partenaires sociaux à conclure des accords sur l'innovation et sur l'éducation et la formation tout au long de la vie, en exploitant, grâce à une gestion souple du temps de travail et à la rotation dans l'emploi, la complémentarité entre cette éducation et cette formation et la capacité d'adaptation et en créant un prix européen pour les firmes pionnières. Il conviendrait d'évaluer les progrès réalisés au regard de ces objectifs". Les conclusions de Lisbonne appellent à un investissement accru dans les ressources humaines.

Enfin, l'Agenda pour la politique sociale (COM (2000) 379 final), section 4.1.1.1, insiste sur la nécessité de concentrer "les efforts sur l'amélioration de l'employabilité des personnes et la réduction des déficits de qualifications, en particulier par le développement de l'apprentissage tout au long de la vie, de l'apprentissage en ligne et de l'éducation scientifique et technologique; développer et améliorer les systèmes d'éducation et de formation dans le sens de la mise en œuvre d'une stratégie pour 'l'éducation tout au long de la vie pour tous'."

Une Communication intitulée "Réaliser un espace européen de l'éducation et de formation tout au long de la vie" (COM (2001) 678 final du 21.11.2001), adoptée par la Commission, avance des propositions pour améliorer la participation des Européens aux activités d'éducation et de formation tout au long de la vie. Dans cette communication, l'éducation tout au long de la vie est définie comme "toute activité d'apprentissage entreprise à tout moment de la vie dans le but d'améliorer les connaissances, les qualifications et les compétences, dans une perspective personnelle, civique, sociale et/ou liée à l'emploi."

Un rapport du Conseil "Éducation" au Conseil européen, concernant "Les objectifs concrets futurs des systèmes d'éducation" a été présenté à Stockholm en 2001. Les ministres de l'Éducation ont adopté les objectifs stratégiques concrets suivants: améliorer la qualité et l'efficacité des systèmes d'éducation et de formation dans l'Union européenne; faciliter et généraliser l'accès à l'éducation et à la formation; ouvrir l'éducation et la formation au reste du monde. Ces objectifs communs constituent la base sur laquelle les États membres pourront travailler ensemble pendant les dix prochaines années sur base du "Programme de travail détaillé sur les objectifs futurs des systèmes d'éducation et de formation" (JO C/142 du 14.6.2002, p. 1), pour contribuer à la réalisation des objectifs fixés à Lisbonne, surtout dans le contexte des processus de Luxembourg et de Cardiff. Le Groupe de travail G sur le rapport pour les objectifs des systèmes d'éducation (environnement de formation ouvert, citoyenneté active, inclusion sociale) a pour tâche de définir les objectifs politiques jusque 2010 pour ce domaine. La Communication de la Commission "Investir efficacement dans l'éducation et la formation: un impératif pour l'Europe" (COM(2002) 779 final du 10.1.2003) présente le point de vue de la Commission sur le nouveau paradigme de l'investissement dans l'éducation et la formation dans l'UE élargie dans le contexte de l'ambitieux but stratégique fixé à l'UE par le Conseil européen de Lisbonne en mars 2000. Dans cette perspective, les Ministres de l'éducation ont adopté en février 2002 un "Programme de travail détaillé sur les objectifs futurs des systèmes d'éducation et de formation" qui reprend comme objectif 1.5 "Utiliser les ressources de manière optimale". Le Conseil "Éducation et jeunesse" du 30 mai 2002 a adopté une résolution sur l'éducation et la formation tout au long de la vie (Journal officiel C 163 du 9 juillet 2002), dans laquelle il réaffirme la nécessité d'une convergence entre la communication de la Commission intitulée "Réaliser un espace européen de l'éducation et de la formation tout au long de la vie" et le programme de travail sur le suivi des objectifs des systèmes d'éducation et de formation, afin de dégager une stratégie globale et cohérente pour l'éducation et la formation.

Le 30 novembre 2002, les ministres de l'éducation de 31 pays européens et la Commission européenne ont adopté la déclaration de Copenhague sur le coopération renforcée dans le domaine de l'éducation et de la formation en Europe (http://europa.eu.int/comm/educatop/copenhagen/index_fr.html)

Notes méthodologiques

Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT) et questionnaires UOE (Unesco, OCDE et Eurostat) sur les statistiques relatives à l'enseignement (pour les dépenses publiques).

Les statistiques sur l'éducation et la formation tout au long de la vie présentées ci-dessus ne suffisent pas à couvrir la totalité de cette notion très vaste. Son étude nécessite une identification précise des thèmes à explorer en priorité. En outre, certains aspects ne sont tout simplement pas mesurables. Les données statistiques doivent donc être complétées par des informations contextuelles. Une task-force, mise sur pied par Eurostat pour étudier, entre autres, les priorités de l'éducation et de la formation tout au long de la vie et pour débattre de leur exploitation en termes de besoins statistiques, a publié son rapport final en février 2001². Ce rapport souligne le besoin de se mettre au niveau de l'individu pour améliorer nos connaissances sur l'éducation et la formation tout au long de la vie et

2 http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/edtcsl/library?l=/public/measuring_lifelong

propose une enquête communautaire sur l'éducation des adultes pour 2006 (AES-Adult Education Survey). Les discussions pour la définition de cette enquête ont actuellement lieu dans le cadre de la "Task Force on the AES", qui doit terminer ses travaux fin 2003. Parallèlement, un module adéquat sur l'éducation et la formation tout au long de la vie sera inclus dans l'EFT communautaire en 2003.

Les statistiques relatives à la plupart des États membres concernent les activités d'éducation ou de formation réalisées au cours des quatre semaines qui ont précédé les interviews. Toutefois, en France, la formation devait avoir lieu au moment de l'interview pour être prise en considération. La deuxième enquête sur la formation professionnelle continue (CVTS2) a été lancée par la Commission européenne en 2000/2001 dans tous les États membres, la Norvège et neuf pays candidats.

Les dépenses en matière d'enseignement pour 2000 et 2001 sont encore des données préliminaires.

Liens vers d'autres parties du rapport

Éducation et résultats (3.5), Emploi (3.7), Emploi des travailleurs âgés (3.8), Chômage (3.9), Éducation et formation (annexes II et IV).

Pour en savoir plus

- Éducation en Europe - Statistiques et indicateurs 1999", 2000, Eurostat.
- Les chiffres-clés de l'éducation en Europe – 2002", 2002, DG Éducation et culture, Eurostat et Eurydice (Réseau d'Information sur l'éducation en Europe).
- Statistiques sociales européennes - Enquête sur la formation professionnelle continue, (CVTS2), Eurostat 2003.

- "Transition entre le système éducatif et la vie active: chiffres sur la formation professionnelle dans l'Union européenne", 2001, DG Éducation et Culture, Eurostat et Cedefop (Centre européen pour le développement de la formation professionnelle).
- "La formation pour les jeunes - Chiffres-clés sur la formation professionnelle dans l'Union européenne", 1999, DG Éducation et Culture, Eurostat et Cedefop.
- "Education for the twenty-first century: issues and prospects", 1998, Publication de l'UNESCO.
- "Apprendre: une nécessité de notre temps. La politique de formation professionnelle au niveau européen", 2000 Cedefop.
- "Regards sur l'Education 2002", 2002, OCDE
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Les dépenses publiques d'éducation dans l'UE en 1997", n° 8/2000. Eurostat.
- Statistiques en bref sur CVTS2 (Population et conditions sociales), Eurostat
 - Première enquête sur la formation professionnelle continue en entreprise dans les pays candidats (2/2002);
 - Formation professionnelle continue en entreprise dans l'Union européenne et en Norvège (3/2002);
 - Coût et financement de la formation professionnelle continue dans les entreprises en Europe (8/2003);
 - Prestataires et thèmes de la formation professionnelle continue dans les entreprises en Europe (10/2002)- Disparité d'accès à la formation professionnelle continue dans les entreprises en Europe (22/2002)- Temps de travail consacré à la formation professionnelle continue dans les entreprises en Europe (1/2003).
- "Réaliser un espace européen de l'éducation et de la formation tout au long de la vie", COM (2001) 678 final du 21.11.2001.

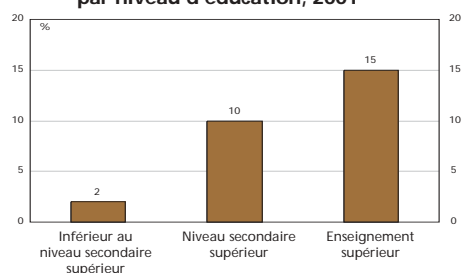
Indicateur-clé

Formation permanente (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

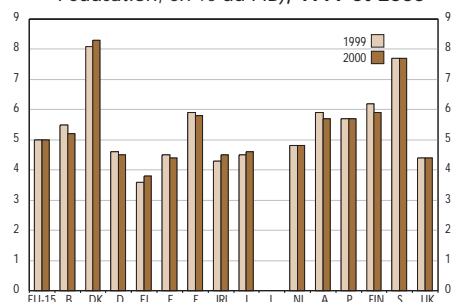
Notes: F - La formation doit être en cours au moment de l'enquête pour être prise en compte. IRL: données de 1997.
Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail.

Graphe 11 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 12 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.

7

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.

Ralentissement de la croissance de l'emploi dans l'UE

En 2001, le nombre de personnes ayant un emploi dans l'Union européenne s'élevait à 168 millions, soit une augmentation de plus de 11,8 millions depuis 1996. En termes absolus, les hausses les plus fortes ont été observées en Espagne (+ 2,3 millions de nouveaux emplois) et en France (+ 1,9 million). Par rapport à l'année précédente, l'emploi a augmenté de 1,2 % dans l'Union, ce qui représente une croissance inférieure au taux de 1,8 % enregistré de 1999 à 2000. Bien qu'en 2001 l'emploi ait progressé dans tous les États membres sauf en Grèce, la croissance y a été inférieure à celle de l'année précédente. L'Irlande, l'Espagne, les Pays-Bas et la France ont encore connu une croissance de l'emploi de 2 % ou plus, mais au Danemark, en Allemagne et en Autriche, cette croissance n'a été que de 0,2 %. Le Royaume-Uni (0,8 %) a connu lui aussi une croissance de l'emploi inférieure à la moyenne de l'UE.

Pendant la période étudiée (de 1996 à 2001), la quasi-totalité de la croissance nette de l'emploi a eu lieu dans le secteur des services. En revanche, le secteur agricole a perdu plus d'un demi million d'emplois dans tous les États membres.

L'UE est toujours en retard sur les États-Unis et le Japon

En 2001, les taux d'emploi de la population âgée de 15 à 64 ans s'élevaient de 55 % en Italie et en Grèce à 76 % au Danemark. Le Danemark, les Pays-Bas, l'Autriche, le Portugal, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni ont déjà atteint l'objectif de 67 % pour 2005 en ce qui concerne le taux d'emploi général (voir ci-après "Contexte politique"). La moyenne européenne de 64 % est nettement inférieure à celle des États-Unis (73 %) et du Japon (69 %). Dans l'Union, l'écart entre les taux d'emploi des hommes et des femmes est de 18,1 points (73 % pour les hommes et 54,9 % pour les femmes). Voir Emploi des femmes (3.18).

Le secteur tertiaire fournit 69 % des emplois

Dans toute l'Union, l'agriculture, la chasse, l'exploitation forestière et la pêche occupent 4 % de la main-d'œuvre, l'industrie 26 % et les services 69 %. Cette répartition est relativement semblable dans les États membres, à l'exception de la Grèce (16 %) et du Portugal (11 %), où le secteur primaire a conservé une plus grande importance. Ce constat peut expliquer en partie la proportion relativement élevée de travailleurs indépendants dans ces deux pays: respectivement 43 % et 28 % par rapport à une moyenne européenne de 15 %. Toutefois, la Grèce enregistre généralement un des taux d'activité non salariée les plus élevés dans tous les secteurs. L'Italie vient en troisième position avec un taux d'activité non salariée relativement élevé

(26 %), en particulier dans le secteur tertiaire. On observe des différences entre les hommes et les femmes, puisque 84 % des femmes qui ont un emploi travaillent dans le secteur des services et 14 % seulement dans l'industrie.

À l'intérieur des États membres, les régions où se situent les capitales ont tendance à concentrer la majorité des emplois du secteur tertiaire: en 2001, 89 % du total de ces emplois se situaient dans le centre de Londres (Royaume-Uni), 84 % dans la région de Bruxelles-Capitale (Belgique), 84 % à Stockholm (Suède), 81 % en Île-de-France (France), 78 % dans le Latium (Italie), 79 % à Berlin ainsi que 78 % à Hambourg (Allemagne), 78 % à Vienne (Autriche), 78 % à Uusimaa, la grande région qui entoure Helsinki (Finlande) et 74 % dans l'Attique (Grèce). En Espagne et au Portugal, deux régions en dehors de la capitale concentrent la majorité des emplois du secteur tertiaire: Ceuta & Melilla (85 %) et l'Algarve (70 %).

Le nombre de travailleurs à temps partiel continue d'augmenter

Dans l'Union européenne, l'emploi à temps partiel, la diminution, voire la polarisation du temps de travail (passage de l'horaire hebdomadaire normal à des horaires tantôt raccourcis tantôt rallongés) et les contrats à durée déterminée constituent aujourd'hui des caractéristiques structurelles communes. La part du travail à temps partiel dans l'emploi total est passée de 14 % en 1991 à 18 % en 2001. La proportion de travailleurs à temps partiel s'élève à plus de 20 % au Danemark, en Allemagne, en Suède et au Royaume-Uni et à plus de 40 % aux Pays-Bas. En revanche, cette forme de travail est relativement peu fréquente en Grèce, en Espagne et en Italie (8 % au plus). Si en moyenne près de deux travailleurs à temps partiel sur trois travaillent de 16 à 31 heures par semaine, ce n'est le cas ni au Danemark ni aux Pays-Bas où un travailleur à temps partiel sur trois seulement travaille moins de 16 heures. La plus grande partie des travailleurs à temps partiels sont des femmes.

Enfin, la proportion des salariés européens sous contrat à durée déterminée est restée stable au cours des trois dernières années (13 %). Cette proportion est de loin la plus importante en Espagne (32 %). Dans toute l'Union, 61 % de ces contrats portent sur une durée inférieure à un an.

La semaine de travail à temps plein est de 40 heures en moyenne

Dans l'EU-15, la semaine de travail à temps plein était de 40 heures en moyenne en 2001. La situation était relativement uniforme dans tous les États membres, à l'exception du Royaume-Uni (44 heures). À l'échelle de l'Union, près de 19 % des travailleurs à temps plein travaillaient davantage que la moyenne hebdomadaire des 40 heures.

Environ 8 % travaillaient 49 heures, voire plus, par semaine et ce chiffre allait jusqu'à 21 % au Royaume-Uni. Dans l'Union, un pourcentage élevé (40 %) des personnes qui ont de longs horaires de travail sont des membres des corps législatifs, des hauts fonctionnaires, des dirigeants et cadres supérieurs d'entreprise et des spécialistes. En Espagne, en Grèce et au Portugal, toutefois, il s'agit la plupart du temps de personnels des services et de vendeurs de magasin. Dans tous les États membres, les hommes travaillent davantage que les femmes, mais en

Autriche et en Suède, cette différence est inférieure à une heure. En revanche, elle atteint plus de 4 heures au Royaume-Uni.

Au niveau communautaire, en 2001, 15 % des travailleurs étaient amenés à travailler habituellement ou occasionnellement la nuit et 23 % travaillaient le dimanche. Globalement (y compris le travail du samedi), ce sont 49 % des hommes et 42 % des femmes qui étaient ainsi occupés en dehors des heures et des jours "normaux".

Contexte politique

Le Conseil européen d'Amsterdam (juin 1997) a inséré dans le Traité de nouvelles dispositions en matière d'emploi. Alors que, conformément à l'article 127, la Communauté contribue à la réalisation d'un niveau d'emploi élevé, à l'article 126, l'emploi a été déclaré question d'intérêt commun pour les États membres. Le nouvel article 128 a instauré une méthode ouverte de coordination pour l'élaboration de politiques nationales de l'emploi sur la base de priorités partagées, reflétées dans les lignes directrices pour l'emploi. Ces lignes directrices sont prises en compte dans les plans d'action nationaux (PAN) qui sont évalués à travers le rapport conjoint sur l'emploi de la Commission et du Conseil en vue de définir les lignes directrices suivantes. Depuis 2000, ces lignes directrices sont complétées par des recommandations spécifiques aux États membres. Pour renforcer ce processus de suivi, les lignes directrices peuvent fixer des objectifs au niveau européen ou national.

Les premières lignes directrices ont été adoptées lors du Sommet pour l'emploi qui s'est tenu en novembre 1997 à Luxembourg. Elles s'articulaient autour des quatre principaux piliers de la capacité d'insertion professionnelle, de l'esprit d'entreprise, de la capacité d'adaptation et de l'égalité des chances. Par la suite, le Conseil européen de Lisbonne (mars 2000) a défini le plein emploi comme un objectif prioritaire à long terme pour la nouvelle économie européenne, sous forme d'objectifs ambitieux en matière de taux d'emploi pour 2010 (70 % dans l'ensemble et 60 % pour les femmes). Les adaptations ultérieures des lignes directrices pour l'emploi ont été principalement motivées par les conclusions du Sommet de Stockholm³ et le Conseil européen de Nice de décembre 2000, qui a décidé que la qualité serait une question prioritaire. Comme suite à l'évaluation des cinq premières années de mise en œuvre de la SEE et au renforcement de la stratégie pour l'emploi demandé lors du Conseil européen de Barcelone de mars 2002, la Commission proposera au printemps 2003 une toute nouvelle série de lignes directrices. Les propositions initiales de la Commission sont exposées dans la communication sur l'avenir de la stratégie européenne pour l'emploi publiée le 14 janvier 2003. Cette communication propose de définir la hausse des taux d'emploi comme un objectif prioritaire des lignes directrices pour l'emploi où les objectifs de Lisbonne et de Stockholm continueront à occuper une place centrale.

Notes méthodologiques

Source: Les données trimestrielles d'Eurostat sur les forces de travail (QLFD) sont fondées sur l'Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT) et sur le Système européen de comptes nationaux (SEC 95). Toutes les autres données proviennent de l'Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT) du printemps.

Le taux d'emploi désigne la proportion de personnes de 15 à 64 ans ayant un emploi par rapport à la population totale du même âge. Les personnes ayant un emploi sont celles qui, au cours de la semaine de référence (de l'Enquête sur les forces de travail), ont accompli, pendant au moins une heure, un travail pour une rémunération ou un profit, y compris les membres de la famille travaillant à titre gratuit, ou qui ne travaillaient pas mais avaient un emploi ou une occupation dont elles étaient temporairement absentes. La classification en travail à temps partiel ou à temps plein est effectuée sur la base d'une question posée directement dans le cadre de l'EFT, sauf en Autriche et aux Pays-Bas, où le critère est un nombre minimal d'heures habituellement effectuées.

Liens vers d'autres parties du rapport

Éducation et résultats (3.5), Éducation et formation tout au long de la vie (3.6), Emploi des travailleurs âgés (3.8), Chômage (3.9-10-11), Emploi des femmes et des hommes (3.19), Dépenses consacrées aux politiques du marché du travail (3.14)

Pour en savoir plus

- "L'emploi en Europe 2002", septembre 2002. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- "Statistiques sociales européennes - Résultats de l'enquête sur les forces de travail 2000", 2001. Eurostat.
- Bilan de cinq années de stratégie européenne pour l'emploi, COM (2002) 416 final du 17 juillet 2002
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Enquête sur les forces de travail - Principaux résultats 2000", n° 10/2001. Eurostat.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "L'emploi dans les régions de l'UE en 2000: la création d'emploi est poussée par le secteur tertiaire - la formation est essentielle", n° 13/2001, Eurostat.

³ Le Conseil européen de Stockholm a complété les objectifs de Lisbonne par des objectifs intermédiaires de taux d'emploi à atteindre en 2005: 67 % dans l'ensemble et 57 % pour les femmes. De plus, un nouvel objectif de taux d'emploi de 50 % a été fixé pour les travailleurs âgés (2010).

- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Taux d'emplois en Europe – 2000", n° 8/2001, Eurostat.
- "Relations industrielles en Europe", 2000. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- "Employment precarious, unemployment and social exclusion" et "Inclusion through participation", Commission européenne, DG Recherche, rapports 2000.

Indicateur-clé

Taux d'emploi, 15-64 ans

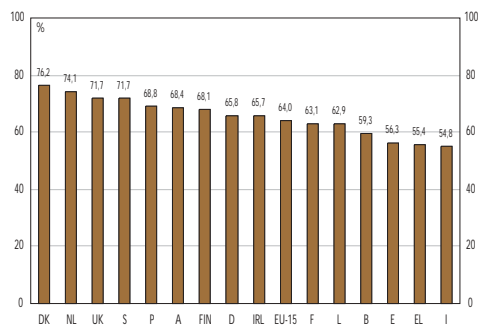
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
2000	63,2	60,5	76,3	65,4	55,7	54,8	62,0	65,2	53,7	62,7	72,9	68,4	68,3	67,3	70,8	71,5

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 croiss. 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 croiss. 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

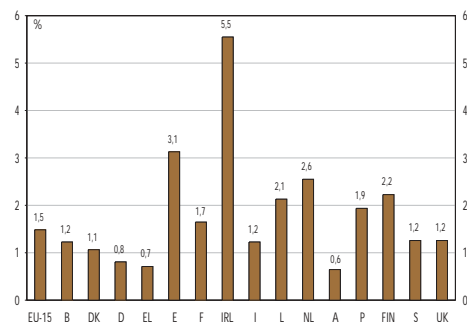
Source: Eurostat - Données trimestrielles sur les forces de travail (QLFD).

Graphe 13 Taux d'emploi (15-64 ans), 2001



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

Graphe 14 Croissance annuelle moyenne de l'emploi, 1996-2001



Source: Eurostat - Comptes nationaux (SEC 95).

8

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.

Impact du vieillissement de la population sur l'emploi

Le vieillissement de la population aura une incidence majeure sur le marché de l'emploi lorsque les premiers travailleurs issus du "baby-boom" arriveront à l'âge de la retraite. Dans l'ensemble de l'Union et dans la plupart des États membres, la population en âge de travailler (de 15 à 64 ans) cessera de croître avant 2010. Ce recul démographique durera plusieurs décennies. Il touchera pratiquement tous les États membres, mais son évolution sera variable, en intensité et dans le temps, au niveau tant national que régional. En Allemagne, en Grèce et en Italie, par exemple, ce phénomène a déjà commencé, alors qu'en Irlande et au Portugal, la population en âge de travailler continuera d'augmenter jusqu'en 2033 et 2023 respectivement. Au Luxembourg, elle ne devrait pas diminuer.

L'incidence de la diminution de la population d'âge actif sur l'offre de main-d'œuvre et sur l'économie pourrait être compensée, entre autres, par une augmentation de son taux d'emploi, y compris parmi les travailleurs âgés.

16,7 millions des travailleurs de l'UE sont âgés de 55 à 64 ans

Dans l'ensemble de l'UE, 38,6 % de la population âgée de 55 à 64 ans exerçaient une activité professionnelle en 2001. Ce taux, qui est plus élevé que celui de 37 % en 1991, résulte d'un accroissement rapide de cette catégorie de travailleurs au cours des quatre dernières années. Il existe toutefois des différences notables entre les sexes pendant cette période. Dans cette tranche d'âge, le pourcentage d'hommes a diminué jusqu'en 1995 et n'a commencé à remonter qu'en 1998. Le taux d'emploi des femmes a augmenté régulièrement (5 points). Cela dit, le taux d'emploi des hommes reste nettement supérieur à celui des femmes (48,7 % contre 28,9 %).

Le pourcentage d'occupation des travailleurs âgés est de loin le plus élevé en Suède (66,5 %), tandis qu'il dépasse 50 % au Danemark, au Portugal et au Royaume-Uni. À l'autre extrémité de l'échelle, il est inférieur à 30 % en Belgique, en France, en Italie, au Luxembourg et en Autriche.

Au Portugal, les taux d'emploi restent élevés au-delà de 65 ans

Une analyse plus détaillée par tranche d'âge montre que le taux d'emploi des 55 à 59 ans qui est de 52,9 %, n'est plus que de 23,4 % pour les 60 à 64 ans. Il diminue plus nettement encore pour les personnes de plus de 65 ans. Dans l'UE, moins de 7 % des 65 à 69 ans ont un emploi. Le Portugal fait exception, avec un taux d'emploi de 28 % dans cette catégorie.

L'âge moyen de la retraite est de 59,9 ans

Les calculs préliminaires indiquent qu'en 2001, l'âge moyen de la retraite dans l'UE était de 59,9 ans. Ce chiffre reflète l'évolution du taux d'activité (sur le marché du travail) des travailleurs âgés. Si dans quelques États membres (Irlande, Portugal, Suède et Royaume-Uni), l'âge moyen de la retraite est de 62 ou 63 ans, il n'est jamais proche de 65 ans. Les hommes prennent leur retraite en moyenne à 60,5 ans, tandis que les femmes la prennent 1,5 an plus tôt.

Le travail à temps partiel est plus répandu chez les travailleurs âgés

Dans l'ensemble de l'Union, 21,8 % des travailleurs âgés de 55 à 64 ans ont un emploi à temps partiel. Ce pourcentage est légèrement supérieur à celui de la catégorie des 15 à 64 ans (18 %). L'écart le plus important entre les générations est enregistré au Portugal (21,5 % contre 6 %). Comme chez les travailleurs plus jeunes, les femmes ont davantage tendance que les hommes à travailler à temps partiel (42 % contre 9 %).

Les travailleurs âgés ont moins de chances que les plus jeunes de bénéficier d'une formation

Dans toute l'Union, la formation des salariés diminue avec l'âge: la proportion qui en bénéficie passe de 10 % chez les 30 à 39 ans à 7 % chez les 50 à 59 ans. L'écart entre les générations est le moins important au Danemark, aux Pays-Bas, en Finlande et au Royaume-Uni, qui affichent les taux de participation globaux les plus élevés. Dans ces pays, de 11 à 20 % des travailleurs âgés de 50 à 59 ans avaient participé à une formation dans les quatre semaines qui ont précédé l'interview en 2001.

Contexte politique

S'ils veulent atteindre le taux d'emploi de 50 % fixé à Stockholm pour les travailleurs âgés ainsi que l'objectif de Barcelone consistant à retarder progressivement d'environ 5 ans l'âge moyen effectif de la retraite d'ici à 2010, les États membres doivent engager des efforts déterminés pour progresser vers la réalisation des objectifs de la stratégie européenne pour l'emploi relatifs au vieillissement. Les orientations politiques concernant les travailleurs âgés ont été renforcées dans la stratégie pour l'emploi depuis qu'elles ont été introduites pour la première fois dans les lignes directrices 2000. Les États membres consacrent davantage de ressources aux mesures en faveur du vieillissement actif et le rôle essentiel joué par celles-ci dans notre aptitude à relever le défi posé par le vieillissement est désormais plus largement reconnu.

La réflexion à plus longue échéance qui apparaît dans les objectifs de Lisbonne et de Stockholm a conduit à une sensibilisation accrue aux problèmes du vieillissement et de la réduction de la main-d'œuvre et à la nécessité de privilégier des stratégies globales adaptées aux réalités démographiques par rapport aux politiques ponctuelles, comme le prévoit le Rapport conjoint⁴. Ce rapport a souligné les avantages potentiels d'une approche couvrant le cycle de la vie pour accroître les taux d'emploi et les maintenir à un niveau plus élevé. Ces stratégies devraient traduire une approche préventive dynamique s'articulant autour d'objectifs importants tels que créer des emplois et améliorer la qualité du travail, rendre le travail plus avantageux, offrir des possibilités d'actualiser les compétences et faire du travail une véritable option pour tous. Dans le cadre de cette stratégie globale, à mettre en œuvre par des partenariats, l'action devrait se concentrer sur des initiatives politiques telles que la promotion d'actions conjointes du gouvernement et des partenaires sociaux afin de maintenir les travailleurs plus longtemps en activité, un réexamen ciblé des systèmes d'imposition et d'indemnisation, une stratégie plus générale de lutte contre les écarts de rémunération et d'accès au marché du travail entre les femmes et les hommes, l'amélioration du soutien aux personnes assumant des responsabilités familiales, et l'évaluation des efforts déployés pour réduire les décrochages scolaires. La communication sur l'avenir de la stratégie européenne pour l'emploi propose de faire de la promotion du vieillissement actif un élément clé de la SEE.

Le 11 octobre 2000, la Commission a adopté une communication (COM (2000) 622 final) sur "L'évolution à venir de la protection sociale dans une perspective à long terme: des pensions sûres et viables". La section 2.3 est consacrée au lien entre la viabilité des pensions, la stratégie de Lisbonne et la promotion de l'emploi: "Les systèmes de pension actuels ont tendance à favoriser la sortie anticipée du marché du travail et servent fréquemment à réduire les effectifs tout en évitant les licenciements. Ils ne tiennent souvent pas compte des différences dans les besoins des individus. Certains régimes de pension offrent une couverture insuffisante aux travailleurs les plus mobiles et les plus souples. Plus généralement, il faut revoir les éléments incitatifs de la structure des régimes de pension pour veiller à ce qu'ils deviennent favorables à l'emploi."

Notes méthodologiques

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

Pour les définitions des taux d'activité (sur le marché du travail) et taux d'emploi, voir Emploi (3.7).

Liens vers d'autres parties du rapport

Vieillesse de la population (3.3), Éducation et formation tout au long de la vie (3.6), Emploi (3.7), Chômage (3.9), Marché du travail (annexes II et IV).

Pour en savoir plus

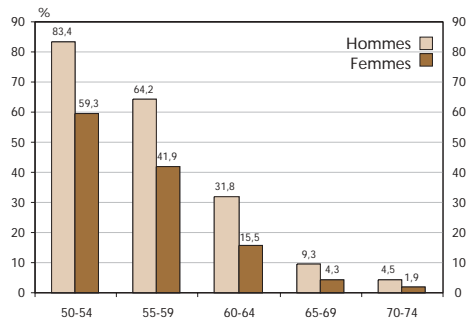
- "Statistiques sociales européennes - Résultats de l'enquête sur les forces de travail 2000", Eurostat.
- "L'emploi en Europe 2002", septembre 2002. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- "Combating Age Barriers in Employment: a European portfolio of good practice", 1998, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- "Employment precariousity, unemployment and social exclusion" et "Inclusion through participation", Commission européenne, DG Recherche, rapports 2000.
- "Vers l'accroissement de la participation au marché du travail et la promotion du vieillissement actif". Doc. du Conseil n° 6707 du 8 mars 2002, adopté sur la base du rapport COM (2002) 9 final du 24.1.2002.

⁴ "Vers l'accroissement de la participation au marché du travail et la promotion du vieillissement actif". Doc. du Conseil n° 6707 du 8 mars 2002, adopté sur la base du rapport COM (2002) 9 final du 24.1.2002.

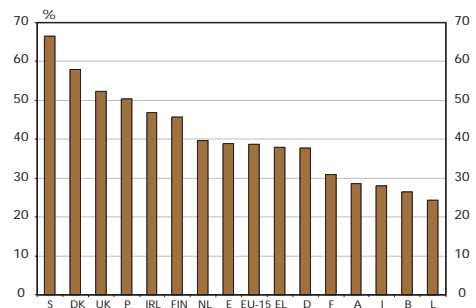
Indicateur-clé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
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																
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)	16 662	259	352	4 398	489	1 578	1 754	158	2 002	16	654	270	542	254	695	3 240

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

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


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

Graphe 16 Taux d'emploi des travailleurs âgés, 2001


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

9 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%.

Le chômage continue à baisser dans l'UE

En 2001, l'UE comptait en tout 12,8 millions de chômeurs, soit 7,4% de sa main-d'œuvre. Il s'agit du taux le plus faible atteint depuis 1992. Le chômage a chuté dans tous les États membres, sauf au Portugal où il s'est maintenu au faible niveau de 4,1%. Les améliorations les plus nettes ont été observées en Italie, en Espagne, en France, en Finlande et en Suède.

Si l'on retrace l'évolution sur une période plus longue - depuis le taux record de 10,5% en 1994 dans l'UE-15, on constate que les taux du Danemark, de l'Espagne, du Portugal, de la Finlande et du Royaume-Uni ont baissé de plus de 40%. En Irlande et aux Pays-Bas, les taux de 2001 représentent juste un tiers de ceux de 1994.

En 2001, les pays où les taux de chômage sont les plus élevés restent l'Espagne et la Grèce. La situation de ces pays contraste avec celle du Danemark, de l'Irlande, du Luxembourg, des Pays-Bas, de l'Autriche, du Portugal et de la Suède qui ont enregistré des taux inférieurs à 5%. Ces chiffres sont du même ordre que ceux du Japon (5,0%) et des États-Unis (4,8%).

Les femmes sont plus exposées aux chômage que les hommes dans douze des quinze États membres

Le taux de chômage de la population féminine de l'Union européenne était encore supérieur de 2 points à celui des hommes (8,7% contre 6,4%) en 2001, mais l'écart tend à se réduire. Cette situation en défaveur des femmes se vérifiait dans presque tous les États membres et en particulier en Grèce, en Espagne et en Italie, où le taux de chômage des femmes atteignait presque le double de celui des hommes.

Les seules exceptions étaient l'Irlande, la Suède et, surtout, le Royaume-Uni, où le taux de chômage était de 5,5% chez les hommes actifs (sur le marché du travail) et de 4,4% chez les femmes actives (sur le marché du travail).

De profondes disparités régionales

Les taux de chômage nationaux masquent souvent des disparités régionales importantes au sein des États membres, surtout en Allemagne (entre l'ouest et l'est), en Italie (entre le nord et le sud) et au Royaume-Uni (entre le nord et le sud également). En 2000, en Allemagne, le taux de chômage variait entre moins de la moitié de la moyenne nationale (7,9%) en Haute-Bavière (3,1%) à 16,9% à Dessau et Halle en Saxe-Anhalt. De même, alors que de nombreuses régions du nord de l'Italie étaient à peine touchées par le chômage, de 20 à 25% de la main-d'œuvre étaient sans emploi dans les régions méridionales de la Campanie et de la Calabre, et en Sicile. Au Royaume-Uni, la région de Merseyside en particulier enregistrait un taux élevé de chômage par rapport au sud-est (13,2% contre 2,2%). Parmi les autres régions de l'Union où le taux de chômage était largement supérieur à la moyenne nationale, figurent le Hainaut (Belgique) (13%), l'Andalousie et l'Estrémadure (Espagne) (22%), le Languedoc-Roussillon (France) (sans les DOM) (14%) et Itä-Suomi (Finlande) (14%).

Les écarts régionaux sont encore plus prononcés parmi les jeunes de moins de 25 ans. En 2001, les régions de Dytiki Macédoine et Sterea Ellada en Grèce ainsi que certaines régions de l'Andalousie affichaient toutes, dans cette tranche d'âge, des taux de chômage de 40% ou plus, et plusieurs régions du sud de l'Italie enregistraient même des taux de chômage de 50% ou plus.

Contexte politique

Un objectif clé de la SEE a toujours été de s'attaquer aux taux élevés de chômage dans l'ensemble de l'UE. En faisant du plein emploi un objectif politique clé, cette stratégie souligne la nécessité d'adopter une approche multidimensionnelle pour réduire le chômage par des mesures actives et de prévention, la fourniture d'un niveau de compétences adéquat permettant de concourir au sein d'une main-d'œuvre moderne, et l'apport d'un soutien plus intensif aux groupes particulièrement défavorisés.

Notes méthodologiques

Source: Eurostat - Taux de chômage et Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT).

Selon le règlement n° 1879/2000 de la Commission et les critères de l'Organisation internationale du travail (OIT), les chômeurs sont les personnes âgées de 15 à 74 ans qui: i) sont sans travail, ii) sont disponibles pour commencer à travailler dans les deux semaines; iii) ont recherché activement un emploi au cours des quatre semaines précédentes ou ont trouvé un emploi pour commencer à travailler ultérieurement, c'est-à-dire au plus tard dans les trois mois. Le taux

de chômage mesure la proportion de chômeurs par rapport à l'ensemble de la population active (sur le marché du travail) du même âge. La population active sur le marché du travail (ou force de travail) se définit comme la somme des personnes au travail et des chômeurs.

Les taux de chômage régionaux sont fondés sur les estimations du nombre d'actifs occupés et de chômeurs au niveau national tirées de l'Enquête sur les forces de travail, dans chaque cas à une date de référence précise au mois d'avril. Ces estimations nationales sont ensuite ventilées par région à partir des structures régionales des chômeurs enregistrés ou des résultats des enquêtes sur les forces de travail qui sont représentatifs au niveau régional. On recourt pour cela à la nomenclature des unités territoriales statistiques (NUTS) qui, dans sa version actuelle, subdivise l'UE en 78 régions NUTS 1, 211 régions NUTS 2 et 1093 régions NUTS 3. Les régions NUTS 2 ont, pour la plupart, une taille comparable, mais il peut parfois exister de profondes différences.

Liens vers d'autres parties du rapport

Éducation et résultats (3.5), Emploi (3.7), Chômage des jeunes (3.10), Chômage de longue durée (3.11), Dépenses consacrées aux politiques du marché du travail (3.14), Marché du travail (annexes II et IV)

Pour en savoir plus

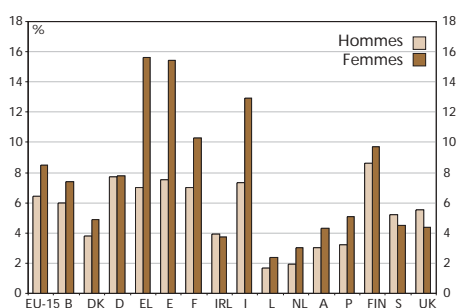
- "Statistiques sociales européennes - Résultats de l'Enquête sur les forces de travail 2000". Eurostat.
- "L'emploi en Europe 2002". Septembre 2002. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Enquête sur les forces de travail - Principaux résultats 2000", n° 10/2001. (Statistiques générales): "Le chômage dans les régions de l'Union européenne en 1999" n° 3/2000. Eurostat.
- "Employment precarity, unemployment and social exclusion" et "Inclusion through participation", Commission européenne, DG Recherche, rapport 2000.

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

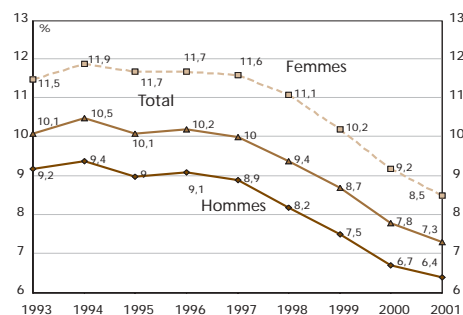
Source: Eurostat - Taux de chômage (définition de l'OIT).

Graph 17 Taux de chômage par sexe, 2001



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

Graph 18 Évolution du taux de chômage par sexe, EU-15, 1993-2001



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

10

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.

Les études se prolongent

À la suite de la prolongation des études, les jeunes entrent à présent dans le marché de l'emploi à un âge plus avancé que dans le passé. À l'échelle de l'Union, il faut attendre l'âge de 22 ans pour qu'au moins 50 % des jeunes travaillent un minimum de douze heures par semaine. Toutefois, les différences sont considérables entre les États membres. Par exemple, en Allemagne, en Autriche et au Royaume-Uni, l'âge médian est de 19 ans.

Le chômage des jeunes est le résultat de la situation générale du marché de l'emploi. Il reflète aussi la manière dont les systèmes d'éducation et d'emploi parviennent à se compléter pour faciliter l'insertion professionnelle des jeunes. Plus particulièrement, il montre dans quelle mesure le système d'éducation et de formation prépare les jeunes au marché de l'emploi. Cependant, lorsqu'on analyse le taux d'emploi dans la population des 15 à 24 ans, il importe de garder à l'esprit que la plupart de ces jeunes arrivent pour la première fois sur le marché du travail et sont souvent peu qualifiés.

Environ un jeune sur treize est sans emploi

En 2001, environ 3,2 millions de jeunes de 15 à 24 ans étaient sans emploi dans l'Union. Ce chiffre représente 7,1 % de la population des jeunes, ou en d'autres termes, 14,7 % de la force de travail dans cette tranche d'âge. Le taux de chômage des jeunes s'échelonne entre moins de 6 % aux Pays-Bas et en Autriche à plus de 25 % en Grèce et en Italie.

Entre 2000 et 2001, le nombre de jeunes chômeurs a diminué de 5 %, soit dans les mêmes proportions que celui des chômeurs adultes. Il est ainsi tombé de 15,4 % à 14,7 %. Le chômage des jeunes a toutefois augmenté au Danemark, en Irlande, au Luxembourg, en Autriche et au Portugal. Sur une plus longue période - depuis le chiffre record de 20,9 % dans l'EU-15 en 1994 - il a diminué d'un

quart au moins dans neuf États membres. L'Espagne, les Pays-Bas et la Suède ont vu leur taux se réduire de moitié et l'Irlande a enregistré la baisse la plus forte (70 %). Dans cinq États membres, le taux de chômage des jeunes n'a guère changé. Il a toujours été relativement faible en Allemagne (8 à 10%), au Luxembourg (7 %) et en Autriche (5 à 7 %), mais atteignait environ 30 % en Grèce et en Italie.

La menace du chômage est deux fois plus forte avant 25 ans qu'après

Dans l'Union et dans la plupart des États membres, les jeunes de moins de 25 ans courent plus de deux fois plus de risques d'être au chômage que les personnes actives (sur le marché du travail) de plus de 25 ans. En Belgique, en Grèce, en Italie, au Luxembourg, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, cette proportion atteint même plus du triple. Cet écart s'explique en partie par le fait qu'un nombre important de jeunes de cette classe d'âge poursuivent des études. La seule exception est l'Allemagne, où, notamment en raison du système d'apprentissage, le taux de chômage des jeunes ne dépasse que légèrement celui des plus de 25 ans.

Le chômage des jeunes sévit proportionnellement davantage dans la population féminine

Le risque d'être sans emploi est plus élevé pour les jeunes femmes (15,7 %) que pour les jeunes hommes (13,8 %). Cet écart est pratiquement le même que celui entre les jeunes de moins de 25 ans et de plus de 25 ans. Le taux de chômage des jeunes femmes dépasse 30 % en Grèce et en Italie. En Allemagne et au Royaume-Uni, la proportion des jeunes sans emploi est sensiblement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Enfin, en 2001, le chômage de longue durée chez les moins de 25 ans était de 6,9 %. Voir Chômage de longue durée (3.11).

Contexte politique

Voir le précédent portrait n° 9. Les lignes directrices pour l'emploi 2002 ont surtout mis l'accent sur le chômage des jeunes dans la ligne directrice 1 qui établit la nécessité d'"infléchir l'évolution du chômage des jeunes". La communication sur l'avenir de la SEE invite les États membres à intensifier leurs efforts pour élaborer des stratégies préventives et axées sur la capacité d'insertion profession-

nelle et pour réduire les taux d'abandons scolaires prématurés. Elle propose également comme objectif la réduction du taux de chômage des jeunes aux niveaux des trois États membres les plus performants.

Voir le "Contexte politique" présenté dans le portrait n° 5 "Education et résultats" et les développements à propos du livre blanc de la Commission européenne "Un nouvel élan pour la jeunesse européenne" (COM(2001) 681 final du 21.11.2001)

Notes méthodologiques

Source: Eurostat - Taux de chômage harmonisés.

La définition du chômage est celle de l'OIT. Voir Chômage (3.9). Le pourcentage de jeunes au chômage mesure la proportion de chômeurs âgés de 15 à 24 ans dans la population totale du même âge. Le taux de chômage des jeunes représente la proportion de chômeurs âgés de 15 à 24 ans par rapport à la population active sur le marché du travail (ou force de travail) du même âge. La population active (sur le marché du travail) se définit comme la somme des personnes au travail et des chômeurs.

Liens vers d'autres parties du rapport

Éducation et résultats (3.5), Emploi (3.7), Chômage (3.9), Chômage de longue durée (3.11), Dépenses consacrées aux politiques du marché du travail (3.14), Marché du travail (annexes II et IV)

Pour en savoir plus

- "Statistiques sociales européennes – Résultats de l'enquête sur les forces de travail 2000", Eurostat.
- "Les jeunes de l'Union européenne – Transition du monde de l'éducation vers le monde du travail", 1997, Eurostat.
- L'emploi en Europe 2002. Septembre 2002. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "De l'école à la vie active – Faits marquants sur le chômage des jeunes", n° 13/1998, Eurostat.
- "Youth unemployment and the processes of marginalisation on the northern European periphery", Commission européenne DG Recherche, rapport 1999. "Employment precarious, unemployment and social exclusion et "Inclusion through participation", Commission européenne, DG Recherche, rapport 2000.

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

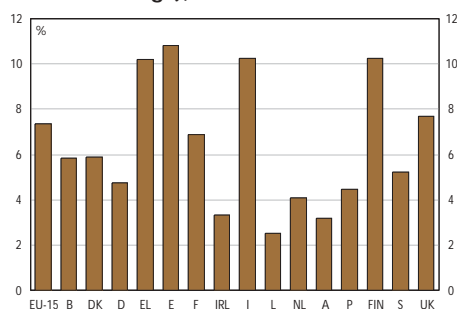
Source: Eurostat: données trimestrielles sur les forces de travail.

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

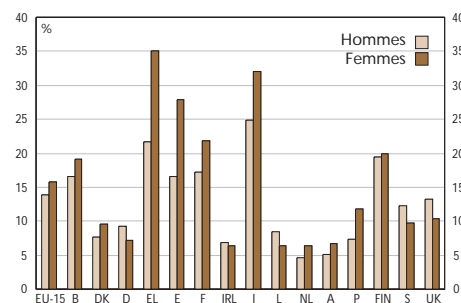
Source: Eurostat - Taux de chômage (définition de l'OIT).

Graphe 19 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 20 Taux de chômage des jeunes (15 à 24 ans), par sexe, 2001



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

11

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.

Le chômage de longue durée affecte un peu moins de la moitié des chômeurs

En 2001, 3,3 % de la population active de l'EU-15 étaient au chômage depuis au moins un an, ce qui représente une nouvelle baisse du chômage de longue durée depuis 1997. Au Danemark, aux Pays-Bas et en Autriche, cette proportion était inférieure à 1 %, mais elle atteignait 5 % de la population active sur le marché du travail en Grèce, en Espagne et en Italie.

Les femmes sont plus touchées que les hommes

Dans toute l'UE, le chômage de longue durée est légèrement plus répandu chez les femmes que chez les hommes (3,9 % contre 2,8 %). L'écart est le plus grand en Grèce, en Espagne et en Italie. En revanche, au Royaume-Uni et en Irlande, ce sont les hommes qui sont les plus nombreux parmi les chômeurs de plus d'un an.

La proportion de chômeurs de longue durée diminue

Pendant la période 1997-2000, le taux de chômage de longue durée de l'UE a diminué plus que le taux de chômage global, après être resté stable pendant trois ans.

En d'autres termes, la proportion de chômeurs sans emploi pendant douze mois au moins a diminué dans l'ensemble de l'Union. Depuis 1997, elle a diminué le plus en Espagne et en Irlande mais n'a guère changé au Danemark et en Autriche où elle était déjà faible (1 à 2 %).

... y compris parmi les jeunes

Pour les jeunes, le seuil du chômage de longue durée est fixé à six mois. En 2001, 6,9 % de cette population se trouvaient dans cette situation, ce qui est nettement moins que le record de 1994 (13,1 %) et même que les 11,0 % de 1998. Cependant, les jeunes de Grèce et d'Italie restent durement touchés (respectivement 18 % et 21 % de la population active de cette catégorie), à l'instar, d'ailleurs, de la population de plus de 25 ans dans ces deux pays.

Entre 1994 et 2000, la proportion de chômeurs de longue durée parmi les jeunes chômeurs a décliné. En 2001, les jeunes au chômage depuis au moins six mois étaient 47 %, contre 64 % environ en 1994. Cependant, en Grèce et en Italie, ils étaient encore 64 % et 74 %. À l'inverse, ils n'étaient que 15 % au Danemark et en Finlande.

Contexte politique

(Voir Ligne directrice pour l'emploi n° 2 - fiche 9).

Notes méthodologiques

Source: Eurostat - Taux de chômage harmonisés et Enquête communautaire sur les forces de travail (EFT).

La définition du chômage est celle de l'OIT (voir Emploi - 3.5). Sont considérées comme chômeurs de longue durée les personnes sans emploi depuis au moins douze mois. Le taux de chômage de longue durée se calcule en divisant le nombre de personnes sans emploi depuis au moins douze mois par la population active sur le marché du travail (ou force de travail) du même âge et en multipliant le résultat par 100. Pour la classe d'âge des 15 à 24 ans, ce seuil est abaissé à six mois. Les chiffres du chômage de longue durée sont également mis en relation avec le nombre total de chômeurs.

Liens vers d'autres parties du rapport

Éducation et résultats (3.5), Emploi (3.7), Chômage (3.9), Chômage des jeunes (3.10), Dépenses consacrées aux politiques du marché du travail (3.14), Marché du travail (annexes II et IV).

Pour en savoir plus

- "Statistiques sociales européennes - Enquête communautaire sur les forces de travail, 2000". Eurostat.
- "L'emploi en Europe 2002. Septembre 2002". Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Mesures dynamiques de l'activité et du chômage: 1. Profils et évolution", n° 17/1999. "Mesures dynamiques de l'activité et du chômage: 2. Influence du facteur temps", n° 18/1999. Eurostat.
- "Employment precariousness, unemployment and social exclusion". Commission européenne, DG Recherche, rapport 2000.

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)

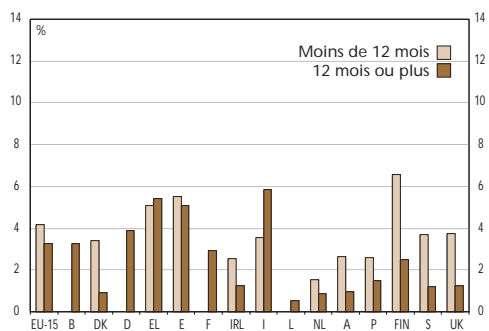
2001	6,9	:	1,1	:	17,9	11,9	:	:	21,0	:	2,5	2,0	3,7	3,1	2,3	3,0
2000	7,7	7,8	0,5	3,7	20,3	12,9	8,3	0,5	22,5	1,8	3,1	1,6	3,2	3,8	2,5	3,3
1994	13,1	12,8	3,4	4,4	19,3	30,2	13,9	17,0	25,1	4,1	10,0	1,7	7,1	7,6	10,0	8,0

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

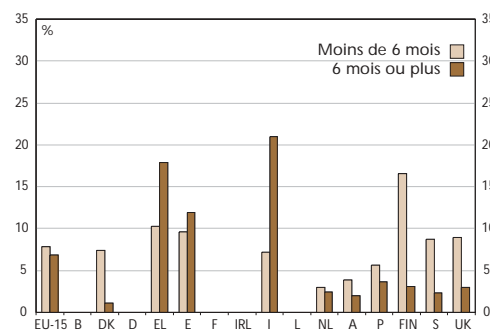
Jeunes sans emploi depuis 6 mois ou plus en % du nombre total de jeunes chômeurs

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).

Graphe 21 Taux de chômage par durée, 2001


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

Graphe 22 Taux de chômage des jeunes par durée, 2001


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

12

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.

Hausse significative jusqu'en 1993, puis lente décroissance

En 2000, la baisse des dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB se poursuit dans l'EU-15 (27,3 % en 2000, soit -1,5 point par rapport à 1993, point le plus haut de la série). L'évolution de ce ratio n'a pas été régulière au cours de la période 1991-2000. En effet, une augmentation sensible a été enregistrée entre 1991 et 1993: le rapport s'est alors accru de 2,4 points pour atteindre son maximum en 1993 (28,8 % dans l'EU-15). Ceci était dû à la fois au ralentissement de la croissance du PIB et à la progression des prestations (notamment celles liées au chômage). L'augmentation a été particulièrement importante en Finlande, ce pays étant en récession au cours de cette période. Entre 1993 et 1996, les dépenses de protection sociale rapportées au PIB se sont stabilisées à un niveau un peu inférieur à celui atteint en 1993. Cette évolution résultait en partie d'une relance du PIB, mais aussi d'un ralentissement de la croissance des dépenses de protection sociale (en particulier en liaison avec la diminution des prestations de chômage). A partir de 1996, les dépenses de protection sociale rapportées au PIB baissent de façon continue. En effet, ce ratio diminue en moyenne de 0,3 point par an dans l'EU-15 et se retrouve en 2000 à un niveau plus bas qu'en 1992. Le recul de la part des dépenses dans le PIB entre 1996 et 2000, a été le plus net en Finlande (- 6,4 points) ainsi qu'en Irlande (- 3,7 points). Il faut noter qu'en Irlande la forte croissance du PIB dans les années récentes explique en grande partie l'évolution de ce ratio.

Ralentissement des dépenses en termes réels en 2000

Dans l'Europe des Quinze, les dépenses de protection sociale en termes réels (c'est-à-dire en prix constants par habitant) ont progressé d'environ 1,7 % par an entre 1995 et 2000. L'augmentation a été particulièrement marquée en Grèce (7,4 % par an) et au Portugal (4,9 % par an). Par contre, au Danemark et aux Pays-Bas, les dépenses par habitant ont augmenté en termes réels de moins de 1 % par an au cours de cette période. En Finlande, enfin, les dépenses par habitant sont restées stables. On constate cependant un léger ralentissement dans l'évolution des dépenses par habitant en 2000, qui touche plus particulièrement la Finlande, la Belgique, le Danemark et l'Allemagne.

Exprimées en SPA par habitant, les dépenses traduisent mieux les différences entre les pays

La moyenne des dépenses de protection sociale au sein de l'EU-15 en pourcentage du PIB (27,3 % en 2000) masque de fortes disparités d'un État membre à l'autre. La Suède (32,3 %), la France (29,7 %) et l'Allemagne (29,5 %) ont les ratios les plus élevés ; l'Irlande le plus bas (14,1 %). Exprimées en SPA (standard de pouvoir d'achat) par habitant, les différences entre pays sont plus marquées ; en outre, la hiérarchie entre les pays est un peu différente. Au sein de l'EU-15, le Luxembourg a la plus forte dépense (9 235 SPA par habitant), suivi du Danemark (7 754 SPA par habitant). L'Espagne et le Portugal, au contraire, se caractérisent par des dépenses plus faibles: moins de 4 000 SPA par habitant. Le rapport entre le pays qui dépense le plus et celui qui dépense le moins, à l'intérieur de l'EU-15, est ainsi de 2,5 en 2000 (contre 3,2 en 1991). Les écarts entre les pays sont liés en partie à des degrés de richesse différents ; ils reflètent aussi la diversité des systèmes de protection sociale, de l'évolution démographique, des taux de chômage et des autres facteurs sociaux, institutionnels et économiques.

Deux schémas de financement de la protection sociale

À l'échelle de l'Union, les principales sources de financement des systèmes de protection sociale sont les cotisations sociales (à charge des employeurs et des personnes protégées), qui représentaient 60,7 % du total des recettes en 2000, suivies des contributions publiques financées par l'impôt (35,8 %). La moyenne européenne cache des différences importantes entre les structures de financement des États membres. La part de financement provenant des cotisations sociales est plus importante en Belgique, en Espagne, en France, aux Pays-Bas et en Allemagne, où ce mode de financement dépasse 65 % du total des recettes. En revanche, le Danemark, l'Irlande et, dans une moindre mesure, le Luxembourg, la Suède et le Royaume-Uni dépendent davantage de l'impôt pour financer leur système de protection sociale.

La part des contributions publiques s'accroît au détriment de celle des cotisations sociales

Globalement entre 1991 et 2000, la part des contributions publiques dans le total des recettes a augmenté dans l'EU-15 de 4,9 points. Si les contributions publiques ont progressé plus vite que la moyenne européenne en France et en Italie, leur part dans le total des recettes a, au contraire, fortement diminué au Danemark et aux Pays-Bas, du fait de l'accroissement des cotisations sociales. La part des cotisations sociales des employeurs a

diminué dans l'EU-15 de 3,1 points entre 1991 et 2000. Elle a baissé dans tous les pays, à l'exception en particulier des Pays-Bas, de la Belgique et du Danemark, ce pays restant toutefois celui où cette part est la plus faible. La part des cotisations sociales à la charge des personnes protégées a, elle aussi, diminué entre 1991 et 2000 : elle passe de 23,6 % à 22,4 % pour l'EU-15.

Pour plus d'informations sur la structure des dépenses de protection sociale, voir Prestations sociales (3.13).

Contexte politique

Aux termes de l'article 2 du traité CE, "la Communauté a pour mission ... de promouvoir dans l'ensemble de la Communauté ... un niveau ... de protection sociale élevé."

Le Conseil européen de Lisbonne, en mars 2000, a témoigné de la grande importance qu'il accordait au rôle des systèmes de protection sociale dans la mise en œuvre de l'objectif stratégique global qu'il s'est fixé, à savoir que le modèle social européen, en s'appuyant sur des régimes de protection sociale évolués, devait soutenir la transformation vers l'économie de la connaissance. Le Conseil ajoutait que ces systèmes devaient être adaptés dans le cadre de l'État providence actif pour rendre le travail plus avantageux et fournir un revenu sûr, assurer leur viabilité à long terme face au vieillissement de la population, promouvoir l'inclusion sociale et l'égalité hommes-femmes, et dispenser des services de santé de qualité.

Dans son rapport d'avancement préparatoire au sommet de Feira de juin 2000, le groupe de travail de haut niveau sur la protection sociale soulignait l'importance du rôle de celle-ci en affirmant qu'elle "devait constituer le troisième côté du triangle formé par la politique macroéconomique et la politique de l'emploi. Dans ce contexte, ce rôle doit être renforcé dans sa dimension de facteur de production, dans le cadre de l'affirmation du modèle social européen."

Enfin, un des objectifs de l'Agenda pour la politique sociale (COM(2000) 379 final) est de "moderniser et améliorer la protection sociale pour répondre aux transformations de l'économie fondée sur la connaissance, aux changements des structures sociales et familiales et miser sur les rôles de la protection sociale en tant que facteur productif" (section 4.2.1.1).

Notes méthodologiques

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

La protection sociale désigne toute intervention d'organismes publics ou privés destinée à alléger la charge que représente la survenance de certains risques ou besoins pour les ménages et les particuliers, à condition qu'elles n'aient pas de contrepartie et ne relèvent pas de dispositions personnelles. Par convention, les risques ou besoins susceptibles d'être couverts par la protection sociale sont classés en huit "fonctions de protection sociale" (voir Prestations sociales– 3.13). La protection sociale exclut toute assurance prise sur l'initiative de particuliers ou de ménages dans leur seul intérêt personnel. Les chiffres de 2000 sont provisoires pour la Belgique, l'Allemagne, la Grèce, l'Espagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni.

Les parités de pouvoir d'achat (PPA) convertissent les monnaies nationales en une monnaie de référence commune, appelée "standard de pouvoir d'achat" (SPA), dont chaque unité permet d'acheter la même quantité de biens et de services dans les différents États membres au cours d'une année donnée.

Liens vers d'autres parties du rapport

Prestations sociales (3.13), Répartition des revenus (3.15), Protection sociale (annexes II et IV)

Pour en savoir plus

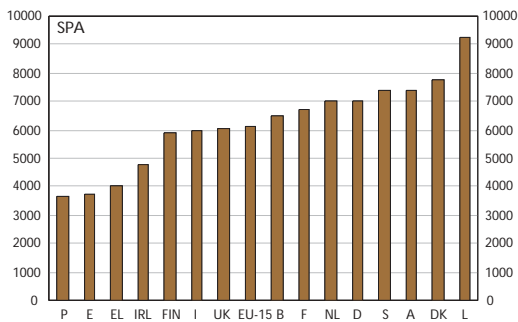
"Statistiques sociales européennes – Protection sociale. Dépenses et recettes 1991-2000", 2003. Méthodologie: "Manuel SESPROS 1996", Eurostat.
Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "La protection sociale en Europe", n° 3/2003, Eurostat.
"La protection sociale en Europe 2001", 2002. – "Situation au 1^{er} janvier 1998 et évolution", 1998. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.

Indicateur-clé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
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
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

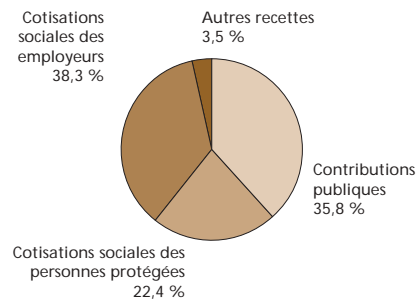
Source: Eurostat - Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS)

Graphe 23 Dépenses publiques de protection sociale par habitant, 2000



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

Graphe 24 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).

13

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.

Les fonctions "vieillesse" et "survie" constituent une part prédominante des prestations

En 2000, dans la plupart des États membres, les prestations au titre des fonctions vieillesse et survie constituent la part de dépenses de protection sociale la plus importante : 46,4 % du total des prestations dans l'ensemble de l'EU-15, soit 12,1 % du PIB. Cela se vérifie particulièrement pour l'Italie, où plus de 60 % du total des prestations est consacré à ces fonctions. Ceci est dû, entre autres, à la forte proportion de la population âgée de 60 ans et plus dans le total de la population (23,9 % contre une moyenne de 21,7 % dans l'EU-15). En Grèce, en Autriche et au Royaume-Uni le poids de ces prestations est également supérieur à la moyenne européenne (presque 50 % du total).

En Irlande, à l'inverse, la part des prestations au titre des fonctions vieillesse et survie est inférieure à 30%. Ceci s'explique en partie par le fait que l'Irlande est le pays avec la population " la plus jeune " d'Europe: 30,8 % de la population avait moins de 20 ans en 2000 (contre une moyenne EU-15 de 23 %) et à peine 12,6 % plus de 60 ans. Ce fait explique également que pour ce pays les prestations servies au titre de la fonction "famille/enfants" figurent parmi les plus élevées de l'Union.

La fonction maladie/soins de santé pèse pour plus de 27 % dans l'ensemble des prestations. Son importance dépasse celle des fonctions vieillesse et survie pour l'Irlande. À l'opposé, le Danemark consacre seulement 20 % du total des prestations à cette fonction.

La fonction famille/enfants représente 8,2 % du total des prestations dans l'EU-15. Les dépenses s'élèvent à au moins 13 % du total des prestations au Luxembourg, au Danemark et en Irlande. En Espagne, en Italie et aux Pays-Bas, au contraire, les prestations au titre de cette fonction n'atteignent pas 5 % du total des prestations sociales.

Des écarts importants apparaissent entre les États membres concernant le poids des prestations liées au chômage: par rapport à une moyenne de 6,3 % du total de prestations dans l'EU-15, la part dans le total atteint plus de 12 % pour des pays comme l'Espagne et la Belgique. À l'inverse, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal et le Royaume-Uni y consacrent moins de 4 % de leurs dépenses. On peut noter que le montant des prestations "chômage" n'est pas toujours corrélé au niveau de chômage dans les différents pays. En effet, des différences sensibles subsistent concernant la couverture, la durée

d'indemnisation et le montant des prestations de chômage.

Les prestations sociales évoluent à un rythme différent

Entre 1995 et 2000, les prestations sociales ont évolué à un rythme différent selon les fonctions. Les variations observées résultent à la fois de l'évolution des besoins et des changements survenus dans la législation en matière de protection sociale.

Le volume total des prestations a augmenté de 9 % en termes réels (c'est-à-dire en prix constants par habitant) dans l'EU-15 entre 1995 et 2000.

Les dépenses par habitant au titre des fonctions vieillesse et survie ont augmenté de 12 % (soit 2,3 % par an). L'augmentation (plus de 6 % par an en termes réels) a été plus importante au Portugal et en Grèce, en particulier entre 1997 et 1998 pour ce dernier pays quand de nouvelles prestations ont été mises en place.

On constate cependant en général, en 2000, un ralentissement de la croissance de ces dépenses dans l'EU-15 (1,4 %). La diminution du taux de croissance a été particulièrement marquée en Grèce, en Suède, en Italie et en France. Au Royaume-Uni (+ 8,7 %) et au Portugal (+ 7,1 %), en revanche ces dépenses continuaient à s'accroître en 2000 plus rapidement que dans les autres pays. Face au vieillissement de leur population (la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus a augmenté de 20,6 % en 1995 à 21,7 % en 2000), plusieurs pays ont réformé leur système de retraite ou sont occupés à le faire. Les effets de ces réformes devraient se faire progressivement sentir.

Avec une augmentation moyenne du total des prestations par habitant en termes réels de 9,5 % entre 1995 et 2000, la fonction maladie/soins de santé présentait un taux de croissance inférieur. Cependant, à partir de 1998, les dépenses de santé par habitant ont augmenté plus rapidement que le total des prestations sociales dans la totalité des pays, exception faite de l'Autriche et du Portugal.

Les dépenses de la fonction famille/enfants ont augmenté plus vite que celles des autres fonctions en raisons en partie de revalorisation et d'extension des prestations. Cette croissance (+ 17,2 % en termes réels entre 1995 et 2000) a été plus marquée en 1996, année où, en particulier, l'Allemagne a mis en œuvre des réformes et a étendu le système des prestations familiales.

Les dépenses au titre de la fonction chômage ont diminué de 14,5 % en termes réels dans l'EU-15 entre 1995 et 2000. Cette diminution résulte en partie d'une amélioration progressive de la situation économique et en

partie des réformes du système d'indemnisation dans un certain nombre de pays, à savoir des restrictions de la période pendant laquelle elles sont payées et une tendance à des conditions d'octroi plus restrictives.

Contexte politique

Dans le contexte de ses observations générales soulignant l'importance des systèmes de protection sociale et demandant leur adaptation, le sommet de Lisbonne de mars 2000 a mandaté le groupe de travail de haut niveau sur la protection sociale pour préparer, au titre de première priorité et sur la base d'une communication de la Commission, une étude sur l'évolution future de ces systèmes dans une perspective à long terme, en s'attachant plus particulièrement à la viabilité des régimes de pension. Comme convenu, la Commission a adopté, le 11 octobre 2000, une communication (COM(2000) 622 final) sur "L'évolution à venir de la protection sociale dans une perspective à long terme: des pensions sûres et viables". Le chapitre 2.6 de ce texte affirme: "Il incombe aux États membres de décider des systèmes de pension qu'ils souhaitent et du dosage politique nécessaire pour conserver aux personnes âgées des revenus adéquats sans mettre en danger la stabilité des finances publiques, ni saper les incitations à l'emploi ou évincer d'autres dépenses publiques essentielles. Toutefois, ... les États membres se trouvent face à des défis communs ... [et] partagent aussi des objectifs communs en matière de systèmes de pension et sont attachés à un certain nombre de principes, parmi lesquels l'équité et la cohésion sociale La Commission invite donc les États membres à coordonner leurs efforts et à échanger points de vue et informations sur les pratiques et les réformes en cours ou en projet." Dans un rapport préalable au sommet de Nice de décembre 2000, le groupe de travail engageait les États membres à définir, pour le 15 février 2001 au plus tard, leurs stratégies en vue de garantir les objectifs fondamentaux de leurs systèmes de pension ainsi que leur viabilité face au défi démographique.

Le Conseil Européen de Göteborg en juin 2001 a souligné l'intérêt d'une approche coordonnée afin de faire face aux enjeux d'une population vieillissante et a adopté trois grands principes destinés à garantir la viabilité à long terme des systèmes de pensions: préserver la capacité des systèmes à atteindre leurs objectifs sociaux et fournir des revenus sûrs et adéquat aux personnes pensionnées; maintenir la viabilité financière des régimes de pension; améliorer la capacité des systèmes de pension à répondre à l'évolution des besoins de la société et des personnes.

Le Conseil européen de Laeken en 2001 a adopté la proposition des objectifs et des méthodes de travail afin de mettre en oeuvre une méthode ouverte de coordination dans le domaine des pensions. Le cadre intégré de coopération politique dans ce secteur a pour but d'aider les États membres à développer leurs propres stratégies nationales qui permettront d'assurer un versement adéquat et durable des pensions à longue échéance. La première série des

rapports de stratégie nationale ont été soumis en septembre 2002 et un Rapport Conjoint sera établi par la Commission et le Conseil en 2003.

Voir aussi Dépenses et recettes de protection sociale (3.12).

Notes méthodologiques

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

Voir Dépenses et recettes de protection sociale (3.12). Les prestations sociales sont enregistrées brutes, c'est-à-dire sans déduction des impôts ou autres prélèvements obligatoires dus à ce titre par leurs bénéficiaires. Elles excluent en général les "prestations fiscales" (les réductions d'impôt accordées aux ménages à des fins de protection sociale). Les prestations sociales sont classées en huit fonctions: maladie/soins de santé, invalidité, vieillesse, survie, famille/enfants, chômage, logement, exclusion sociale non classée ailleurs (n.c.a.). La fonction "vieillesse" couvre la fourniture d'une protection sociale contre les risques liés à la vieillesse: perte de revenu, revenu insuffisant, manque d'autonomie dans les tâches de la vie quotidienne, participation réduite à la vie sociale, etc. Les soins médicaux des personnes âgées ne sont pas pris en compte (ils relèvent de la fonction maladie/soins de santé). Il n'est pas toujours facile de classer une prestation sociale donnée dans la fonction adéquate. Les fonctions vieillesse, survie et invalidité sont étroitement liées dans la plupart des États membres. Dans le but d'améliorer la comparabilité à l'échelle de l'Union, les fonctions "vieillesse" et "survie" ont été regroupées. En France, en Irlande et au Portugal, les pensions d'invalidité versées aux personnes à l'âge de la retraite sont enregistrées dans la fonction "invalidité" et non dans la fonction "vieillesse".

Liens vers d'autres parties du rapport

Vieillesse de la population (3.3), Emploi des travailleurs âgés (3.8), Dépenses et recettes de protection sociale (3.12), Protection sociale (annexes II et IV).

Pour en savoir plus

- "Statistiques sociales européennes – Protection sociale. Dépenses et recettes 1991-2000", 2003. Méthodologie: "Manuel SESPROS 1996", 1996, Eurostat.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Taux d'emplois en Europe 2003", n° 8/2001. "La protection sociale en Europe: dépenses de pensions", n° 6/2002.

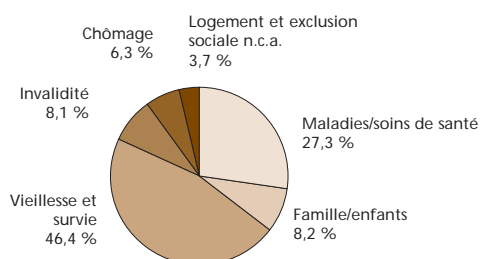
- Communication (COM(2000) 622 final) sur "L'évolution à venir de la protection sociale dans une perspective à long terme: des pensions sûres et viables". Commission européenne.
- "La protection sociale des personnes âgées à charge dans les 15 pays de l'UE et en Norvège", 1998, Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- Les objectifs et méthodes de travail dans le domaine des pensions: application de la méthode ouverte de coordination - Rapport conjoint du comité de protection sociale et du comité de politique économique- novembre 2001.
- Une approche intégrée au service des stratégies nationales visant à garantir des pensions sûres et viables – COM(2001) 362
- L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées: garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière – COM(2001) 723.

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

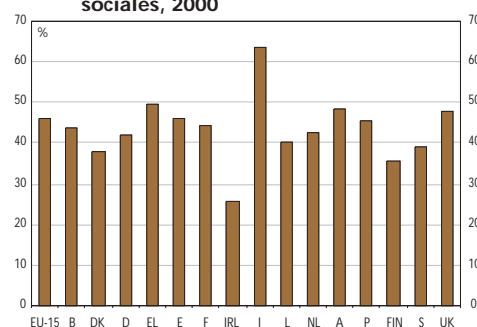
Source: Eurostat - Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS).

Graphe 25 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 26 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).

14

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).

Politiques ciblées

Les politiques du marché du travail ont, par définition, un champ d'action restreint et ne couvrent que les interventions ciblées sur les chômeurs et d'autres groupes de personnes éprouvant des difficultés particulières à entrer sur le marché du travail ou à y maintenir leur position. Le principal groupe cible des mesures relatives au marché du travail est constitué, dans tous les pays (à l'exception de l'Italie), par les personnes au chômage enregistrées auprès des services publics de l'emploi. Les dépenses publiques consacrées aux politiques du marché du travail (PMT) ne devraient toutefois pas être interprétées exclusivement comme un indicateur de la détermination politique à lutter contre le chômage. D'autres facteurs, tels que la situation démographique et le PIB par habitant de chaque pays, permettent également d'expliquer les différences observées.

Dépenses actives et passives

Les dépenses consacrées à des programmes ciblés qui comprennent la formation professionnelle, la rotation dans l'emploi et le partage de l'emploi, les incitations à l'emploi, l'insertion professionnelle des personnes handicapées, la création directe d'emplois et les aides à la création d'entreprise (catégories 2 à 7 de la base de données sur les PMT) sont généralement considérées comme des dépenses actives. En revanche, les dépenses affectées au maintien et soutien du revenu en cas de perte d'emploi (prestations de chômage la plupart du temps) et à la préretraite (catégories 8 et 9) sont

considérées comme des dépenses passives. À noter toutefois que ces dernières années le maintien du droit aux indemnités de chômage a été de plus en plus fréquemment lié à des activités individuelles de recherche d'emploi et peut également impliquer une intervention active des services publics de l'emploi.

Répartition par type d'action des dépenses consacrées aux politiques du marché du travail

La part des dépenses consacrée aux programmes de formation est la plus élevée et représente 34,5 % des dépenses affectées aux mesures actives. La catégorie de la création directe d'emplois arrive en deuxième position (27,4 %). Les dépenses pour les incitations à l'emploi, qui ne comportent pas seulement des subventions mais aussi des réductions fiscales et des cotisations sociales à verser par les employeurs, représentent 18,8 % des dépenses affectées aux mesures actives. Celles pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées correspondent à 15,6 % des dépenses actives. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'à part les mesures ciblées uniquement sur les personnes handicapées, la plupart des pays mettent en œuvre des mesures générales en faveur de l'emploi qui bénéficient aussi aux personnes handicapées. Les aides à la création d'entreprises interviennent pour 3 % dans les dépenses actives. Quant à la catégorie de la rotation dans l'emploi et du partage de l'emploi, elle est la plus restreinte en termes de dépenses et ne représente que 0,8 % des dépenses actives.

Contexte politique

La collecte de données PMT a été développée en tant qu'instrument de suivi des politiques de l'emploi ciblées mises en œuvre par les pays de l'UE à la suite du "Sommet sur l'emploi" tenu à Luxembourg en novembre 1997, qui a lancé la stratégie européenne pour l'emploi en visant à moyen terme la réduction du chômage. La base de données PMT a été développée au cours des dernières années par Eurostat en étroite coopération avec la DG Emploi et affaires sociales, l'ensemble des États membres de l'UE, la Norvège et l'OCDE.

Notes méthodologiques

La base de données PMT fait référence aux interventions publiques sur le marché du travail visant à assurer son efficacité de fonctionnement et à corriger les déséquilibres. Ces interventions se différencient des autres mesures de politique générale de l'emploi en ceci qu'elles agissent

sélectivement en faveur de groupes particuliers du marché du travail.

La classification par type d'action comprend:

Catégories 2 à 7:

2) Formation professionnelle: programmes qui visent à améliorer la capacité d'insertion professionnelle des chômeurs et d'autres groupes cibles par la formation professionnelle et qui sont financés par des organismes publics. Les mesures visées ici devraient comporter un enseignement attesté en salle de classe ou, s'il s'agit du lieu de travail, une supervision spécialement orientée vers les besoins de l'apprentissage.

3) Rotation dans l'emploi et partage de l'emploi: programmes qui facilitent l'insertion de chômeurs ou de personnes appartenant à un autre groupe cible dans un emploi, par la prestation d'heures de travail à la place d'un salarié déjà en poste.

4) Incitations à l'emploi: programmes qui facilitent le recrutement de chômeurs et d'autres groupes cibles ou qui aident à assurer le maintien dans l'emploi de personnes menacées de le perdre involontairement. L'essentiel des coûts salariaux est en principe à la charge de l'employeur.

5) Insertion professionnelle des personnes handicapées: Programmes qui visent à favoriser l'insertion des personnes handicapées dans le marché du travail.

6) Création directe d'emplois: programmes qui créent des emplois supplémentaires, généralement d'intérêt public ou socialement utiles, afin de procurer un emploi aux chômeurs de longue durée ou aux personnes difficiles à placer. L'essentiel des coûts salariaux est en principe couvert par les fonds publics.

7) Aides à la création d'entreprises: programmes de promotion de l'esprit d'entreprise par l'encouragement des chômeurs et des groupes cibles à créer leur propre entreprise ou à s'établir comme travailleur indépendant.

Catégories 8 et 9

8) Maintien et soutien du revenu en cas d'absence d'emploi: Programmes ayant pour but de compenser une perte de salaire ou de revenu des particuliers grâce au versement de prestations en espèces lorsque:

- une personne apte à travailler et disponible pour occuper un emploi ne parvient pas à trouver d'emploi convenable;
- une personne est licenciée ou contrainte à travailler à temps partiel ou est temporairement inoccupée pour des motifs économiques ou autres (y compris des raisons tenant aux variations saisonnières);
- une personne a perdu son emploi à cause d'une restructuration ou d'une cause similaire (indemnités de licenciement).

9) Preretraite: programmes qui facilitent la preretraite complète ou partielle de travailleurs âgés qui ont peu de chances de trouver un nouvel emploi ou dont le départ à la

retraite facilite le placement d'une personne au chômage ou appartenant à un autre groupe cible.

Les données sur la catégorie 1 "Accompagnement de la recherche d'emploi" ne sont pas incluses ici car elle est trop incomplète. De même, les données sur la sous-catégorie 2.4 "Soutien spécial à l'apprentissage" sont présentées séparément, car elles ne sont pas pleinement comparables.

Liens vers d'autres parties du rapport

Chômage (3.9), Chômage des jeunes (3.10), Chômage de longue durée (3.11), Prestations de vieillesse (3.13), Protection sociale (annexes II et IV)

Pour en savoir plus

- Base de données sur les politiques du marché du travail - Méthodologie, avril 2000 - Documents de travail Eurostat.
- Base de données sur les politiques du marché du travail - Glossaire, DE/EN-ES/EN-FR/EN-IT/EN - Documents de travail Eurostat.
- Statistiques sociales européennes - Politiques du marché du travail - Dépenses et bénéficiaires - Données 1998 - Tableaux détaillés. Eurostat.
- Statistiques sociales européennes - Politiques du marché du travail - Dépenses et bénéficiaires - Données 1999 - Tableaux détaillés. Eurostat.
- Statistiques sociales européennes - Politiques du marché du travail - Dépenses et bénéficiaires - Données 2000 - Tableaux détaillés. Eurostat.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Fortes variations entre États membres pour les dépenses publiques consacrées aux politiques du marché du travail en 1999", n° 12/2002, Eurostat.

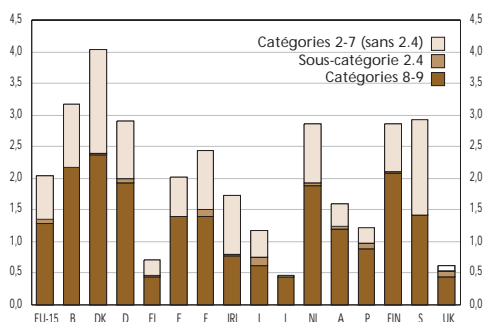
Indicateur-clé

Dépenses publiques consacrées aux politiques actives du marché du travail en pourcentage du PIB - 2000	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
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 - Preretraite

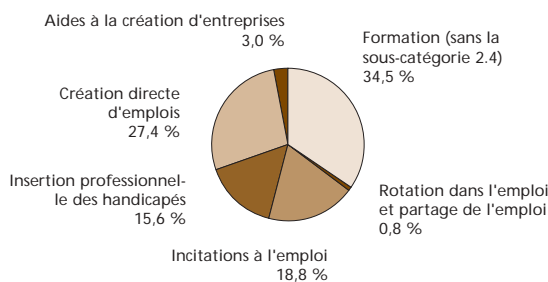
Source: Eurostat - Base de données sur les politiques du marché du travail (PMT).

Graphe 27 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 28 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).

15

Répartition des revenus

En moyenne dans les États membres de l'Union européenne, en tenant compte des structures de population, le groupe reprenant 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.

Les inégalités sont les plus profondes dans les États membres aux revenus moyens les plus faibles

En 1999⁵, le revenu annuel net équivalent médian⁶ avoisinait les 12 100 SPA (moyenne arithmétique pondérée de la population de l'EU-15). Dans sept États membres, dont l'Allemagne, la France et le Royaume-Uni, il était supérieur à 13 000 SPA. La Grande-Bretagne arrive très près avec 12 800 SPA. Le Luxembourg reste un cas à part avec 20 900 SPA, suivi par le Danemark à 15 700 SPA. Un clivage Nord-Sud se maintient, les niveaux de revenu de la Grèce, de l'Espagne, de l'Italie et du Portugal se situant entre 7 300 et 10 500 SPA. L'Irlande, la Finlande et la Suède sont aussi en dessous de la moyenne européenne, mais avec des revenus supérieurs à 11 000 SPA.

La répartition des revenus se mesure en examinant la distribution du revenu total entre différentes couches de la population, constituées en fonction du niveau de revenu. À l'échelle de l'Union européenne, en considérant une moyenne pondérée en fonction de la population, les 20 % de citoyens les plus riches ont perçu une portion du revenu total 4,6 fois supérieur à celui reçu par les 20 % les plus pauvres. Cet indicateur, inégalité de la distribution des revenus, est généralement plus élevé dans les États membres du Sud et non continentaux (le Portugal détient le record avec 6,4 - mais l'Espagne, la Grèce, l'Italie, l'Irlande et le Royaume-Uni font également partie de ce groupe supérieur à la moyenne européenne de 4,6). À l'autre extrême se trouvent le Danemark et la Suède (3,2) suivis par la Finlande (3,4), l'Allemagne (3,6) et les Pays-Bas et l'Autriche (3,7).

Une autre façon d'examiner l'inégalité des revenus est de comparer la courbe de Lorenz de répartition réelle des revenus à la ligne de répartition des revenus parfaitement égale⁷. Au sein de l'Union, le pays le plus proche de l'égalité était le Danemark (coefficient 0,23) et le plus éloigné le Portugal (0,36) avec un coefficient moyen au niveau de l'UE de 0,29.

En général, les États membres où les inégalités sont les plus fortes sont souvent ceux dont le revenu moyen est le plus bas (mais le Royaume-Uni a à la fois des revenus supérieurs à la moyenne et une inégalité supérieure à la moyenne).

Disparités régionales en terme de taux d'emploi

Un indicateur clé dans les analyses économiques du marché du travail, au niveau national et régional, est le taux d'emploi, défini comme le nombre de personnes ayant un emploi comme pourcentage de la population en âge de travailler. Dans le contexte européen, les limites d'âges ont été définies de commun accord à 15 et 64 ans. Les taux d'emploi sont disponibles par sexe et par groupes d'âge au niveau national. Au niveau régional, il n'y a pas de regroupement par âge. Les données régionales sont fournies par Eurostat au niveau NUTS 2 à partir des résultats de l'enquête communautaire sur la force de travail. Puisque l'Union Européenne a défini des objectifs en termes de taux d'emploi au sommet européen de Lisbonne en 2000, il est clair que ce taux d'emploi est particulièrement important pour les politiques. Si l'on désire mesurer la disparité régionale des taux d'emploi par pays ou pour l'Union dans son ensemble, il faut faire un choix entre différentes mesures de distribution régionale. Dans cette section, la méthode utilisée est le coefficient de variation (CV) des taux d'emploi. Il n'est pas possible d'appliquer une méthode standard pour mesurer le CV, parce que la taille des régions doit être prise en considération (voir les explications méthodologiques).

Cet indicateur doit être interprété avec soin, parce qu'il s'agit d'un indicateur d'indicateurs, agrégé pour la dimension régionale. Dès lors, de nombreuses informations sont reprises dans un seul chiffre. Cet indicateur est aussi très sensible à des petits changements dans les taux de base, surtout si ces changements ont un biais régional. Malheureusement, les taux d'emploi sont seulement disponibles au niveau NUTS 2, ce qui représente dans certains cas, un nombre faible d'observations. Pour ces raisons, ces données doivent être traitées avec prudence. Malgré ces restrictions, les CV des taux d'emploi régionaux sont repris dans la liste des indicateurs structurels qui ont été demandés à la Commission européenne par le Conseil européen de Lisbonne en 2000.

À côté de son utilité comme mesure de la dispersion régionale, il peut aussi être considéré comme un critère de qualité pour l'objectif défini pour les taux d'emploi au niveau de l'Union européenne. Il est possible de faire la différen-

5 La dernière version de base de données (décembre 2002) du panel communautaire des ménages (vague 6 : années, 1994-1999) a intégré des améliorations importantes en comparaison avec les éditions antérieures. Il s'agit de la couverture par pays (les 15 États membres de l'UE sont repris), des données fournies par deux unités nationales (Grande Bretagne et Belgique), la méthodologie utilisée pour établir les pondérations et pour l'imputation des non-réponses. Pour ces raisons, les indicateurs qui en résultent ne peuvent pas être considérés comme directement comparables avec ceux établis sur base de la version antérieure (vague 5, décembre 2001). Les données pour l'Espagne doivent être considérées comme provisoires, dans l'attente d'une révision prévue des pondérations. Les données pour certains pays (tels que l'Allemagne, la Grande Bretagne) sont toujours dérivées de panels nationaux reconfigurés pour les besoins du PCM.

6 La valeur médiane est généralement préférée comme mesure de la tendance générale des revenus parce qu'elle est moins influencée par les valeurs aux extrémités (pauvre et riche) de la distribution des revenus. Par comparaison, la valeur moyenne pour 1999 était de 13 770 SPA.

7 Cela peut s'exprimer mathématiquement par le coefficient Gini (une formulation mathématique du rapport de la quantité de graphique entre la ligne de répartition parfaitement égale et la courbe de répartition réelle, sur la quantité totale de graphique sous la ligne de répartition parfaitement égale).

ce entre les États membres qui ont atteint un objectif national avec des degrés différents de dispersion entre régions.

À travers les pays de l'UE, il y a des grandes différences de

CV. L'Italie et l'Espagne montrent des hauts niveaux de dispersion régionale des taux d'emploi tandis qu'aux Pays-Bas et en Autriche on relève peu de différence des taux d'emploi. Les différences entre les pays candidats sont moins claires.

Contexte politique

Le traité CE dispose, à l'article 2, que "la Communauté a pour mission ... de promouvoir le relèvement du niveau et de la qualité de la vie". L'article 3 poursuit: "L'action de la Communauté comporte ... le renforcement de la cohésion économique et sociale."

En mars 2000, le Conseil européen de Lisbonne s'est fixé "un nouvel objectif stratégique pour la décennie à venir: devenir l'économie de la connaissance la plus dynamique et la plus compétitive du monde, capable d'une croissance économique durable accompagnée d'une amélioration qualitative et quantitative de l'emploi et d'une plus grande cohésion sociale". Voir aussi la communication adoptée par la Commission en mars 2000 et intitulée "Construire une Europe de l'inclusion".

Une liste "d'indicateurs structurels" statistiques a été adoptée au Sommet de Nice en décembre 2000, comprenant 7 indicateurs dans le domaine de la cohésion sociale. Cette liste a été mise à jour pour le rapport de synthèse soumis par la Commission au Conseil de Barcelone en mars 2002. Cette approche a été développée plus avant par le sous-groupe "indicateurs" du Comité de protection sociale qui a proposé une liste d'"indicateurs de cohésion", adoptée au sommet de Laeken en décembre 2001.

Quant à l'Agenda pour la politique sociale (COM (2000) 379 final), il précise que "les transferts sociaux, qui couvrent les pensions et les prestations de sécurité sociale, ne contribuent pas seulement à équilibrer et à redistribuer les revenus au cours de la vie des individus et entre les groupes sociaux, mais également à améliorer la qualité de l'emploi, avec des avantages économiques correspondants".

Enfin, les Fonds structurels s'inscrivent dans le cadre de la politique structurelle de l'Union, destinée à réduire le fossé du développement entre les régions et les États membres et, ce faisant, à promouvoir la cohésion économique et sociale. Entre 1994 et 1999, les mesures structurelles ont reçu environ 35% du budget total de l'UE (208 milliards d'euros).

Le 20.6.2001, la Commission a publié la communication intitulée "Politiques sociales et de l'emploi: un cadre pour investir dans la qualité".

Notes méthodologiques

Sources: Eurostat - Panel communautaire des ménages (PCM), 6e vague, version de décembre 2002. Les données

relatives au revenu concernent l'année civile 1997. Celles sur le PIB par habitant au niveau NUTS 3 sont extraites des comptes régionaux d'Eurostat et reposent essentiellement sur le Système européen des comptes nationaux (SEC 95).

Le revenu total des ménages se définit comme l'ensemble des revenus monétaires nets reçus pendant l'année de référence de l'enquête (1997) par les ménages et les individus qui les composaient au moment de l'interview (1998). Ils comprennent les revenus du travail, les recettes privées (produits d'investissements ou d'immeubles, par exemple), les pensions et les autres transferts sociaux reçus directement. Comme les années précédentes, il n'a pas été tenu compte des transferts sociaux indirects, des recettes en nature ni des loyers imputés pour les logements occupés par leurs propriétaires. Les variations du poids de ces éléments entre les pays ne permettent pas une comparaison complète des statistiques en matière de revenus. Des données comparables sur le revenu sont maintenant disponibles pour la plupart des pays, mais ne le sont plus pour le Luxembourg et la Finlande.

Afin de tenir compte des différences de taille et de composition des ménages lors de la comparaison des niveaux de revenu, le revenu total du ménage est divisé par sa "taille équivalente", calculée à l'aide de l'échelle d'équivalence modifiée de l'OCDE. Cette échelle affecte un poids de 1,0 au premier adulte du ménage, de 0,5 au deuxième ainsi qu'à chaque personne supplémentaire de plus de 14 ans, et de 0,3 à chaque enfant de moins de 14 ans. Pour calculer le ratio de répartition, les personnes sont d'abord classées en fonction de leur revenu équivalent, puis réparties en cinq groupes de taille égale, appelés quintiles. Le ratio S80/20 correspond au rapport entre le 5e et le 1er quintile. Pour tout complément d'information sur la NUTS, voir les notes sous Chômage (3.9).

Le coefficient de variation est calculé en utilisant le taux d'emploi au niveau NUTS 2. Il est calculé séparément pour chaque pays et donne une mesure de la dispersion régionale des taux d'emploi. Comme le calcul du CV est seulement une formule, il faut aussi se référer aux données de base, les taux d'emploi. Le taux d'emploi est défini à partir du nombre de personnes employées, en proportion de la population en âge de travailler (groupe d'âge 15-64 ans). Les personnes employées sont celles qui ont un travail pendant la période de référence. Le taux d'emploi peut être distribué par sexe et par groupes d'âge.

Pour le Danemark, l'Irlande et le Luxembourg, le coefficient de variation des taux d'emploi entre régions n'est

pas pertinent. Il n'y a pas de base légale réglant la production et la dissémination du CV des Etats membres à Eurostat. Le transfert par les Etats membres des données sur l'emploi régional et la population économiquement active forme une partie du transfert habituel dans le cadre de l'enquête européenne communautaire sur les forces de travail.

Liens vers d'autres parties du rapport

Dépenses de protection sociale (3.12), Ménages à faibles revenus (3.16), Ménages sans emploi et bas salaires (3.17), Revenu, pauvreté et cohésion régionale (annexes II et IV).

Pour en savoir plus

- "European social statistics: Income, Poverty and Social Exclusion in the Member States of the European Union", édition 2000.
- "European Community Household Panel: selected indicators from the 1995 wave", 1999. Eurostat.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Les transferts sociaux et leurs effets redistributifs dans l'UE", n° 9/2000, Eurostat.
- "L'emploi en Europe 2000", Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- "Unity, solidarity, diversity for Europe, it's people et territory – Second report on Economic and social cohesion", 2001. Commission européenne.
- Evaluation of income support policies at the local urban level", Commission européenne, DG Recherche, rapport 1999.

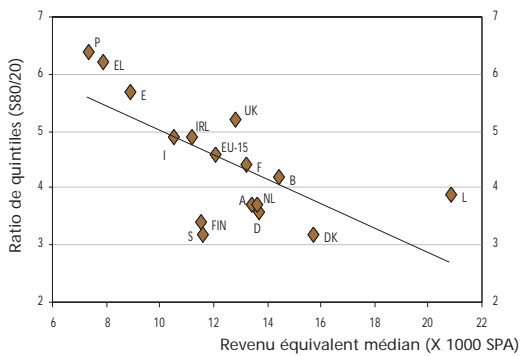
Indicateur-clé

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

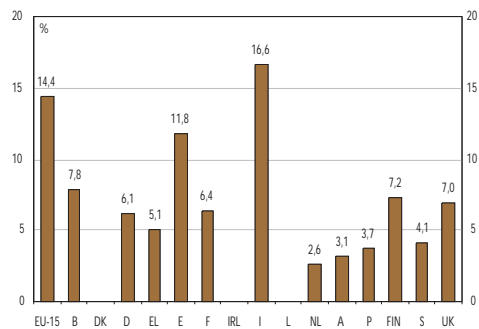
(1) Le rapport du revenu total reçu par les 20 % de la population avec le revenu le plus élevé (quintile supérieur) comparé à celui reçu par les 20 % de la population avec les revenus les plus faibles (quintile inférieur). Le revenu doit être compris comme revenu disponible équivalent.
Source: Eurostat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

Graphe 29 Niveau de revenu et inégalité des revenus, 1999



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

Graphe 30 Dispersion des taux d'emploi régionaux 2001



Source: Eurostat - Enquête européenne sur la force de travail, 2001.

16

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

Plus d'un tiers de parents isolés ont de "faibles revenus"

En 1999, plusieurs types de ménage se distinguent par des niveaux de risque de pauvreté supérieurs à la moyenne: les parents isolés ayant des enfants à charge (38 %), les jeunes vivant seuls (32 %), les personnes âgées vivant seules (24 %) et les femmes vivant seules (24 %). Les couples avec trois enfants à charge ou plus étaient également très exposés au risque de pauvreté (25%). En 1999, plus de 50% des parents isolés en Espagne et au Royaume-Uni peuvent être classés parmi les personnes à 'faibles revenus'. Ces niveaux étaient élevés aussi (environ 40 %) au Portugal, aux Pays-Bas, en Irlande et en Allemagne. En 1999, plus de 30 % ménages ayant plus de 3 enfants avaient de 'faibles revenus' au Portugal, au Royaume-Uni, en Italie, en Espagne et au Luxembourg. La même année, près de 50% des jeunes de moins de 30 ans vivant seuls avaient de 'faibles revenus' au Danemark en en Finlande. En Allemagne, en France, aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni, les pourcentages étaient aussi supérieurs à la moyenne de l'UE (32 %). Plus de 60 % des personnes âgées (plus de 65 ans) vivant seules avaient de "faibles revenus" en Irlande. Les pourcentages étaient élevés aussi (plus de 50 %) au Portugal et au Danemark par rapport à une moyenne européenne de 24 %.

Les femmes (par rapport aux hommes) et les enfants (par rapport aux adultes) sont plus exposés à la pauvreté

Dans l'ensemble de l'Union, la pauvreté touche un peu plus les femmes que les hommes (moyenne européenne de 16 % contre 15 %). L'écart hommes/femmes est encore plus important dans le cas des personnes âgées (plus de 65 ans) – en particulier en Allemagne, en Irlande, en Autriche et au Royaume-Uni. Toutefois, il convient d'interpréter ces chiffres avec prudence en raison des hypothèses faites quant à l'allocation des ressources au sein des familles.

En 1998, la proportion d'enfants (de moins de 16 ans) vivant dans un ménage à faibles revenus (19 %) est plus élevée de près d'un quart que celle enregistrée pour la population dans son ensemble (15 %). Les enfants en Espagne et au Royaume-Uni semblent particulièrement mal lotis. En revanche, au Danemark, en Grèce et en Finlande, les enfants sont nettement moins susceptibles de vivre dans un ménage pauvre que les adultes.

Les chômeurs sont les plus vulnérables

En moyenne, un peu moins de 40 % des personnes au chômage ont un revenu faible en 1999. Cette proportion est la plus élevée en Irlande (plus de 50 %) et les taux sont supérieurs à la moyenne en Italie, au Royaume-Uni, en Espagne et au Luxembourg. Le niveau est le plus bas au Danemark (7 %), suivi des Pays-Bas (18 %) , la Suède et l'Autriche (20 %).

En Irlande, les chômeurs sont environ treize fois plus susceptibles d'avoir de faibles revenus que les personnes ayant un emploi. Au Danemark, en Grèce, aux Pays-Bas et au Portugal, en revanche, ce ratio est inférieur à trois.

À l'échelle de l'Union, 6 % des travailleurs (non indépendants) relèvent de la catégorie faibles revenus. Voir aussi Ménages sans emploi et bas salaires (3.16).

Les prestations sociales ont un impact significatif sur la proportion de pauvres

Une comparaison du nombre de personnes à faibles revenus avant et après les transferts sociaux autres que les pensions (qui sont incluses dans le revenu 'avant' et 'après') illustre l'une des principales raisons d'être de ces prestations: leur effet de redistribution et, en particulier, leur capacité à réduire le pourcentage de la population à faibles revenus.

Avant la prise en compte des transferts sociaux, l'Irlande et le Royaume-Uni affichent un pourcentage élevé (plus de 30 %) de personnes à faibles revenus en 1999, suivis par la Suède et le Portugal. Dans les autres États membres, cette proportion varie depuis la valeur la plus faible de 21 % (Allemagne, Italie, Pays-Bas et Finlande) avec une moyenne européenne de 24 %. Les prestations sociales réduisent le pourcentage des personnes exposées au risque de pauvreté dans tous les pays, mais à des degrés très divers. Cette réduction est la plus faible en Grèce, en Espagne, en Italie et au Portugal et la plus élevée au Danemark et en Suède.

À noter que le Danemark et la Suède ont des "taux de risque de pauvreté" figurant parmi les plus faibles après paiement des pensions et autres prestations. En revanche, la Grèce et le Portugal affichent des pourcentages de personnes à faibles revenus figurant parmi les plus élevés

après prestations (et l'Italie qui avait l'un des taux de risque de pauvreté les plus bas avant transferts se rapproche de la moyenne après transferts).

L'Irlande et le Royaume-Uni ont des taux de risque de pauvreté figurant parmi les plus élevés de l'Union avant prestations et les inégalités y restent supérieures à la moyenne communautaire après prestations (qui ont toutefois un certain effet de redistribution).

Un écart de pauvreté de 30 %

S'il suffit de comptabiliser le nombre de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté pour déterminer le taux de pauvreté, rien n'indique la gravité du phénomène. Pour la connaître, il faut mesurer l'écart entre le niveau de revenu des pauvres et le seuil de risque de pauvreté, c'est-à-dire l'écart de pauvreté. En 1999, dans l'UE, la moitié des personnes vivant dans des ménages à bas revenu avaient un revenu équivalent inférieur de plus de 22 % au seuil de pauvreté moyen. Le seuil de risque de pauvreté moyen étant de 7 263 SPA⁸ dans l'Union, ceci correspond à un

écart de pauvreté relative d'environ 1 600 SPA à revenu équivalent.

Quelque 35 millions de personnes sont menacées en permanence de pauvreté

En 1999, 9 % de la population de l'Union européenne vivaient dans un ménage à faibles revenus depuis au moins deux des trois années précédentes. Ces chiffres indiquent que plus de la moitié de toutes les personnes vivant dans des ménages à faibles revenus en 1999 sont en permanence menacées de pauvreté. Le taux de risque de pauvreté permanente va d'environ 5 % au Danemark et aux Pays-Bas à 13 % en Grèce et 14 % au Portugal.

Un faible revenu n'est pas nécessairement synonyme de faible niveau de vie. C'est l'impact négatif cumulé de désavantages persistants et/ou multiples qui peuvent conduire à la pauvreté et l'exclusion sociale. Les causes diverses peuvent nécessiter des stratégies d'inclusion spécifiques, moins générales et plus efficaces.

Contexte politique

L'article 136 du traité CE cite la "lutte contre les exclusions" parmi les six objectifs de la politique sociale européenne. L'article 137, paragraphe 1, mentionne l'intégration des personnes exclues du marché du travail parmi les domaines dans lesquels la Communauté devra soutenir et compléter l'action des États membres. L'article 137, paragraphe 2, permet une action au niveau communautaire en encourageant "la coopération entre États membres par le biais d'initiatives visant à améliorer les connaissances, à développer les échanges d'informations et de meilleures pratiques, à promouvoir des approches novatrices et à évaluer les expériences afin de lutter contre l'exclusion sociale".

En mars 2000, le Conseil européen de Lisbonne a estimé "inacceptable que, dans l'Union, tant de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté et soient touchées par l'exclusion sociale" et que "la nouvelle société de la connaissance offre de formidables possibilités pour réduire l'exclusion sociale" (conclusion de la présidence n° 32). Cette conclusion a été réaffirmée aux sommets de Nice et Stockholm en décembre 2000 et au printemps 2001.

La pauvreté et l'exclusion sociale n'ont pas été oubliées dans l'Agenda pour la politique sociale (COM (2000) 379 final), dont un objectif consiste à "prévenir et éradiquer la pauvreté et l'exclusion et à promouvoir l'intégration et la participation de tous à la vie économique et sociale" (section 4.2.2.1).

Le Conseil de Lisbonne a décidé que les politiques des États membres visant à lutter contre l'exclusion sociale doivent reposer sur une méthode ouverte de coordination combinant les objectifs communs, les plans d'action nationaux et un programme présenté par la Commission pour encourager la coopération dans ce domaine. En décembre 2000, le Conseil de Nice a adopté les objectifs communs dans le domaine de la lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté: "promouvoir la participation à l'emploi et l'accès de tous aux ressources, aux droits, aux biens et aux services, prévenir les risques d'exclusion, agir pour les plus vulnérables, mobiliser tous les organismes compétents".

Les deux premiers plans biennaux ont été adoptés par les États membres en juin 2001 et le premier Rapport conjoint sur l'inclusion, qui en fournit un résumé et une analyse, a été adopté par le Conseil "Emploi et affaires sociales" le 3 décembre 2001.

Une première série de 10 indicateurs primaires et de 8 indicateurs secondaires ont été définis en commun et présentés par le Comité de Protection Sociale: ils permettront de suivre les progrès vers la réalisation des objectifs communs arrêtés à Nice.

Notes méthodologiques

Source: Eurostat – Panel communautaire des ménages (PCM) BDU, 5e vague, version décembre 2001.

Le risque ou l'ampleur des faibles revenus (ou pauvreté monétaire relative) se mesure à la proportion de la popu-

8 Pour tout complément d'information sur les Standards de pouvoir d'achat, consultez "Purchasing power parities et related economic indicators: Results for 1998" (Eurostat, 2000).

lation dont le revenu équivalent est inférieur à 60 % du revenu équivalent médian de chaque pays. Le revenu médian est préféré au revenu moyen car il est moins sujet à l'influence des valeurs extrêmes de la répartition des revenus.

L'écart de pauvreté relative est défini comme le revenu supplémentaire indispensable pour aligner le revenu équivalent d'un individu vivant sous le seuil de risque de pauvreté sur le revenu correspondant au seuil de risque de pauvreté. Voir Répartition des revenus (3.15) pour la définition des concepts de revenu et les remarques sur les statistiques.

Faute de données comparables concernant les revenus de la Finlande et de la Suède pour les années précédentes, il est impossible de déterminer les risques de pauvreté permanente. La pauvreté permanente de 4 ans n'a pas pu être calculée pour l'Autriche en 1997 (le taux de pauvreté permanente de 3 ans est inférieur à la moyenne de l'UE). Aucune donnée n'est disponible pour le Luxembourg.

Liens vers d'autres parties du rapport

Emploi (3.7), Dépenses de protection sociale (3.12), Répartition des revenus (3.15), Ménages sans emploi et bas salaires (3.17), Revenu, pauvreté, cohésion sociale et consommation (annexes II et IV).

Pour en savoir plus

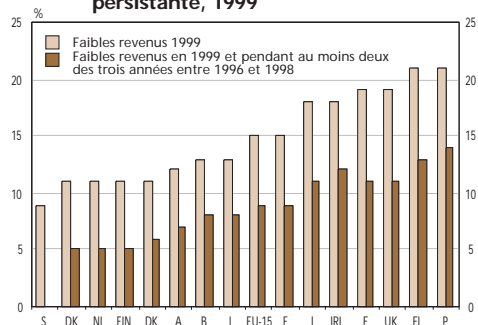
- "European social statistics: Income, Poverty and Social Exclusion in the Member States of the European Union", édition 2000, Eurostat.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Pauvreté monétaire persistante et exclusion sociale dans l'Union européenne", n° 13/2000. "La pauvreté monétaire dans l'Union européenne: la situation des enfants, les différences entre les sexes et l'écart de pauvreté", n° 12/2000. "Les transferts sociaux et leurs effets redistributifs dans l'UE", n° 9/2000. "L'exclusion sociale dans les États membres de l'Union européenne", n° 1/2000. "Faibles rémunérations et faibles revenus: une analyse EU-12 au niveau des ménages", n° 6/1998, Eurostat.
- "Evaluation of income support policies at the local urban level", Commission européenne, DG Recherche, rapport 1999.
- Rapport conjoint sur l'inclusion sociale - COM (2001) 565.

Indicateur-clé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
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 revenus avant transferts et non comme transferts sociaux.																
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.																
1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
60% du revenu annuel médian (€)	7 334*	8 531	11 649	8 754	3 810	4 491*	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)	7 263*	8 659	9 414	8 236	4 753	5 347*	7 944	6 721	6 305	12 532	8 067	8 158	4 400	6 921	6 942	7 694

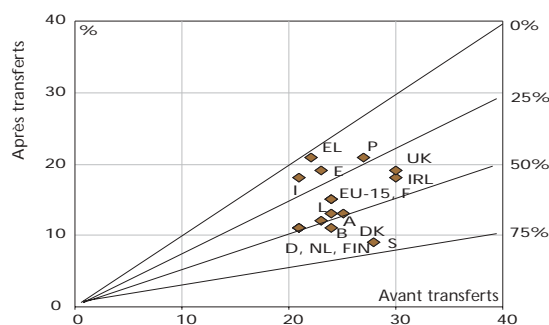
Source: Eurostat - Panel communautaire des ménages BDU, version de décembre 2002.

Graph 31 Taux de risque de pauvreté - après transferts sociaux et taux de risque de pauvreté persistante, 1999



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

Graph 32 Taux de risque de pauvreté - avant et après transferts sociaux, 1999



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

17

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.

Les personnes qui vivent dans un ménage sans emploi risquent 2,8 fois plus d'être victimes de la pauvreté que les membres des ménages dont au moins une personne travaille

En 2002, 12,1 % \ 8,9 % de la population âgée de 0-65 \ 0-60 ans vivaient dans des ménages "sans emploi", c'est-à-dire dont aucun membre n'avait d'emploi (à l'exclusion des personnes vivant dans des ménages dont tous les membres ont moins de 18 ans, ou entre 18 et 24 et encore aux études, ou 65 \ 60 ans ou plus et non actifs). 79 % des ménages européens comptaient au moins un membre économiquement actif (effectivement au travail ou demandeur d'emploi). Cette proportion était la plus basse au Portugal (5,4% \ 3,7%). En revanche, la Belgique (16,3 % \ 12,9 %) et le Royaume-Uni (14,3 % \ 12 %) enregistrent les chiffres les plus élevés (les données ne sont pas disponibles pour les trois États nordiques).

Dans l'ensemble de l'UE, le risque de pauvreté des personnes vivant dans un ménage sans emploi était de 51 % contre 18 % pour les ménages dont au moins un membre travaille et 5 % parmi les ménages dont toutes les personnes en âge de travailler ont un emploi. En d'autres termes, les personnes qui vivent dans un ménage sans emploi risquent environ 2,8 fois plus de vivre sous le seuil de pauvreté que celles qui vivent dans un ménage qui travaille. Cet écart varie considérablement d'un État à l'autre. Au Danemark, en Allemagne, en Irlande ou en Finlande, le rapport est d'au moins cinq pour un alors qu'il est seulement proche de deux pour un en Grèce, en France, en Italie, au Luxembourg, en Autriche au Portugal.

En 1999, en Allemagne, en Espagne, en Irlande, en Italie et au Royaume-Uni, plus de la moitié des membres d'un ménage sans emploi vivait sous le seuil de pauvreté. Cette proportion était nettement moindre au Luxembourg (24 %) et en Autriche (26 %). Les taux de la Belgique, du Danemark, de la Grèce, de la France, du Portugal et de la Finlande s'échelonnaient entre 41 % et 50 %.

Le tableau complexe des travailleurs pauvres

Bien que les personnes qui occupent un emploi aient moins de probabilités de vivre dans un ménage à faibles

revenus, c.-à-d. d'être des "travailleurs pauvres", elles ne sont pas pour autant à l'abri du risque de pauvreté. Le niveau de vie (mesuré suivant le revenu) n'est que partiellement déterminé par le salaire. Dans de nombreux cas, les faibles rémunérations perçues par un membre du ménage sont en quelque sorte "compensées" par les salaires plus élevés d'un ou de plusieurs autres membres du même ménage ou par des revenus autres que salariaux (revenus d'un travail indépendant, prestations sociales, produits immobiliers, etc.). Enfin, le niveau de vie ne dépend pas seulement des ressources disponibles mais aussi de la taille du ménage ainsi que de ses caractéristiques économiques (nombre de personnes occupées, etc.) et démographiques (nombre d'enfants et d'autres personnes à charge, etc.). Cela explique que tous les salariés aux rémunérations faibles ne vivent pas forcément dans des ménages à bas revenus. Inversement, ce peut être le cas de ceux dont le salaire est supérieur au seuil critique, mais qui, par exemple, ont un certain nombre de personnes à charge.

7 % des travailleurs de l'UE sont pauvres

En 1999, dans l'ensemble de l'Union, le risque de pauvreté de la population salariée est d'environ 6 %. Il est toutefois nettement plus élevé en Grèce et au Portugal (9 à 10%), mais inférieur en Belgique, au Danemark et en Finlande (2 à 3 %). Dans tous les pays analysés – et ce n'est pas une surprise –, le risque de pauvreté des travailleurs est inférieur à celui de la population dans son ensemble. Cependant, ce ne sont pas nécessairement les pays où le risque de pauvreté est le plus élevé qui comptent les plus fortes proportions de travailleurs menacés de pauvreté, mais cela semble généralement le cas. Le Danemark a l'un des taux de risque de pauvreté les plus bas tant pour l'ensemble de sa population que pour les travailleurs, tandis que le Portugal connaît l'un des taux de risque de pauvreté les plus élevés à la fois pour l'ensemble de sa population et pour les travailleurs.

Dans toute l'Union et dans la plupart des pays, le risque de pauvreté des travailleurs est inférieur à la moitié de celui de la population totale.

Contexte politique

Le système des incitations financières est l'un des principaux déterminants de la participation au marché du travail. Il a été largement pris en considération dans les lignes directrices pour l'emploi et les GOPE, et la future SEE mettra davantage l'accent sur cette question. L'objectif consistant à "ren-

dre le travail plus avantageux" doit être poursuivi dans l'intérêt tant du demandeur d'emploi que de l'employeur. Conformément aux recommandations formulées dans le rapport conjoint concernant l'accroissement de la participation au marché du travail, il importe de procéder à une révision systématique des systèmes d'imposition et d'indemnisation visant en particulier à éliminer les pièges du chô-

mage et de la pauvreté, à encourager les femmes à entrer et à rester sur le marché du travail ou à le réintégrer après une interruption de carrière, et à prolonger la vie professionnelle des travailleurs âgés. En outre, l'imposition de la main-d'œuvre, en particulier des travailleurs peu qualifiés, devrait être adaptée de manière à réduire l'attrait du travail non déclaré et à encourager la création d'emplois.

Voir aussi Ménages à faibles revenus (3.16)

Notes méthodologiques

Sources: Eurostat – Enquête communautaire sur les forces de travail (statistiques sur la population vivant dans des ménages 'actifs' et 'sans emploi'). Panel communautaire des ménages (PCM), BDU, version décembre 2002 données 1999, 6e vague.

Voir Répartition des revenus (3.15) pour la définition des concepts du revenu et du revenu équivalent. Pour la définition des ménages à faibles revenus (ou pauvres), voir Ménages à faibles revenus (3.16).

Liens vers d'autres parties du rapport

Emploi (3.7), Dépenses de protection sociale (3.12), Répartition des revenus (3.15), Ménages à faibles revenus (3.16), Revenu, pauvreté et cohésion régionale (Annexes II et IV)

Pour en savoir plus

- "Statistiques sociales européennes: Income, Poverty and Social Exclusion in the Member States of the European Union", édition 2000. "European Community Household Panel: selected indicators from the 1995 wave", 1999. Eurostat.
- "Emploi en Europe 2002", chapitre 3 "Synergies entre qualité et quantité sur les marchés européens du travail", septembre 2002. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- "Emploi en Europe 2001", chapitre 4 "Qualité au travail et inclusion sociale", juillet 2001. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "La pauvreté monétaire dans l'Union européenne: la situation des enfants, les différences entre les sexes et l'écart de pauvreté", n° 12/2000. "Les bas salaires dans les pays de l'UE", n° 11/2000. "Les transferts sociaux et leurs effets redistributifs dans l'UE", n° 9/2000. "L'exclusion sociale dans les États membres de l'Union européenne", n° 1/2000, Eurostat.
- "Low pay and earning mobility in Europe", programme TSER. Edward Elgar Publishing, Royaume-Uni 1999.

Indicateur-clé

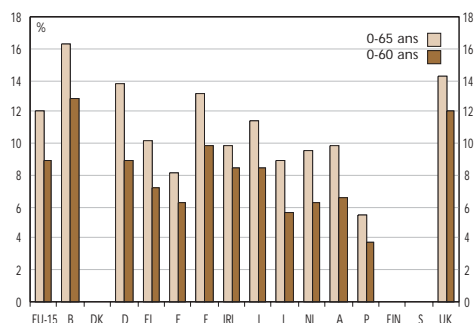
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Population dans les ménages sans emploi – Personnes âgées 0-65 ans (ans)(pourcentage des personnes vivant dans un ménage dont aucun des membres n'a d'emploi comme pourcentage de la population totale (à l'exclusion des personnes où tous les membres ont moins 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

	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

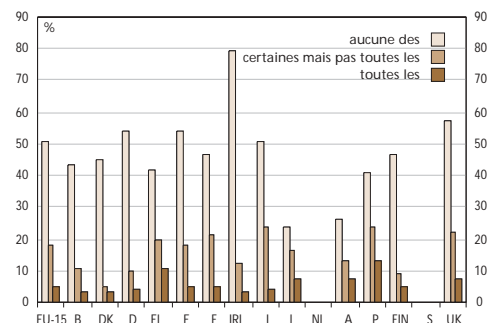
Source: Eurostat - Panel communautaire des ménages BDU, version de décembre 2002.

Graph 33 Population dans les ménages sans emploi, 2002



Source: Eurostat - Enquête communautaire sur les forces de travail.

Graph 34 Taux de risque de pauvreté pour les personnes vivant dans des ménages où ... personnes actives ont/n'a un emploi, 1999



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

18

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.

La participation équilibrée des femmes et des hommes aux processus de décision est une étape capitale sur la voie de l'égalité entre les sexes et une condition essentielle du bon fonctionnement des démocraties, tenant compte des intérêts et des besoins de l'ensemble de la population. Il existe toutefois dans l'Union européenne un déséquilibre persistant en ce qui concerne la participation des femmes et des hommes à la prise de décision dans la vie politique, le management, les syndicats, les universités, la société civile et le pouvoir judiciaire. Les femmes sont loin de participer à parts égales à ces processus décisionnels. Lutter contre leur sous-représentation constitue un défi structurel à plusieurs aspects.

Il reste du chemin à parcourir pour mettre pleinement en œuvre la recommandation du Conseil du 2 décembre 1996 concernant la participation équilibrée des femmes et des hommes aux processus de décision (96/694/CE). Actuellement, dix États membres ont, dans leur constitution ou dans des lois sur l'égalité entre les sexes, des dispositions légales qui régissent, à des degrés divers, la question de la participation équilibrée des femmes et des hommes aux processus décisionnels.

Prise de décision politique

Au printemps 2001, les femmes n'occupaient que 23 % des sièges des parlements nationaux. Les différences entre pays étaient énormes, variant d'un minimum de 9 % en Grèce à un maximum de 44 % en Suède. En moyenne, 24,1 % des ministres du cabinet au sein du gouvernement sont des femmes. C'est en Suède que ce pourcentage est le plus élevé (52,6 %).

Il est plus difficile de comparer les assemblées régionales, dans la mesure où ces organes n'existent pas dans tous les États membres. Sur les 9 842 élus aux parlements régionaux, 2 896 sont des femmes, soit un taux de participation de 29% (données communiquées en 2000).

Pour les conseils locaux des pays de l'Union européenne, les données sont incomplètes et pas toujours comparables, en raison des énormes différences en matière de prise de décision politique au niveau local. Les données disponibles pour 1997 indiquent un taux de participation des femmes proche de 20 %.

Ces dernières années, le Parlement européen a connu une lente progression en termes d'équilibre entre les hommes et les femmes: il y a 30 % de femmes aujourd'hui, alors

qu'elles n'étaient que 19 % en 1991. La représentation des femmes à la Commission européenne est de 25 %.

Participation aux organes exécutifs

Dans 12 États membres, le taux de participation des femmes est plus élevé au gouvernement national qu'au parlement national (ou Chambre basse). La différence est particulièrement frappante en France, où l'Assemblée nationale compte 10 % de femmes et le gouvernement national 29 %.

La tendance est différente au niveau régional, avec une plus grande participation des femmes dans les assemblées régionales (29 %) que dans les organes exécutifs: sur 940 membres de structures exécutives régionales, 206 sont des femmes, soit 22 %. Dans un État fédéral comme l'Allemagne, par exemple, les taux de participation des femmes aux assemblées nationales et régionales sont très comparables, 32 % et 31% respectivement. Les chiffres sont toutefois différents pour les organes exécutifs: 39 % et 24 % respectivement au niveau national et au niveau régional.

La Commission européenne et certains États membres ont adopté des réglementations sur la participation équilibrée des femmes et des hommes au sein des groupes d'experts et des comités. La Commission européenne a fixé un objectif d'au moins 40 % de chaque sexe dans chaque groupe d'experts ou comité à moyen terme.

La présence des femmes aux postes les plus élevés des administrations publiques varie de 40% en Suède à 10 % en Autriche, en Belgique, en Allemagne, en Irlande, en Italie et au Luxembourg. Pour ce qui est des fonctionnaires de la Commission européenne, il y avait en 2001 7,4 % et 11,3 % de femmes aux deux niveaux les plus élevés (grades A1 et A2). Le rapport du comité de l'emploi sur les indicateurs de qualité au travail propose de développer un indicateur pour mesurer la part des femmes ayant un rôle de supervision professionnelle par rapport à celle des hommes.

La participation équilibrée à la prise de décision sera favorisée par une meilleure conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale

La conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale est un facteur essentiel de l'accès des femmes aux postes de décision. Une étude récente réalisée par l'Institut de la femme⁹ en Espagne montre que les femmes

9 Instituto de la Mujer (organisme public indépendant), "El acceso de las mujeres a los puestos de dirección. Étude "Accès des femmes aux postes de direction" réalisée par Ester Barbera, professeur de psychologie fondamentale à l'université de Valence, à la demande de "l'Instituto de la Mujer". Non publiée à ce jour.

qui ont accédé à des postes de direction sont plus susceptibles d'être célibataires que les hommes et qu'elles ont moins d'enfants que leurs homologues masculins. Elle montre également que la famille peut encore représenter un obstacle important à la promotion des femmes à des postes de direction.

Un projet cofinancé par le programme sur l'égalité entre les hommes et les femmes¹⁰ a examiné la situation des

représentants élus au sein des conseils locaux d'Europe et les difficultés rencontrées par les femmes qui acceptent des mandats locaux. Il montre que les problèmes de gestion du temps constituent un facteur très contraignant. Remplir des mandats locaux implique souvent des horaires incompatibles avec la charge d'élever des enfants, si le père ne partage pas les responsabilités familiales ou si des services de garde d'enfants adéquats et abordables ne sont pas disponibles.

Contexte politique

La déclaration et la plate-forme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Pékin, 4-15/9/95) insistent sur la "nécessité de partager équitablement les responsabilités, les pouvoirs et les droits".

La recommandation du Conseil (2-12/1996) concernant la participation équilibrée des femmes et des hommes aux processus de décision (96/694/CE) recommandait aux États membres "d'adopter une stratégie intégrée d'ensemble visant à promouvoir la participation équilibrée des femmes et des hommes aux processus de décision et de développer ou d'instaurer, pour y parvenir, les mesures appropriées; ... de promouvoir et d'améliorer la collecte et la publication de données statistiques permettant de mieux connaître la participation relative des femmes et des hommes à tous les niveaux des processus de décisions dans les domaines politique, économique, social et culturel; ... de promouvoir une participation équilibrée des femmes et des hommes dans les organes et commissions gouvernementaux à tous les niveaux; (voir le rapport de la Commission COM(2000) 120 final du 7.3.2000).

La décision de la Commission concernant l'équilibre entre les hommes et les femmes au sein des comités et des groupes d'experts qu'elle établit (2000/407/CE du 19.6.2000) fixe un objectif d'au moins 40 % de chaque sexe dans tous les comités et panels à moyen terme.

La stratégie-cadre en matière d'égalité des sexes (2001-2005) encourage le développement de réseaux de femmes élues, promeut les actions de sensibilisation, évalue l'influence des systèmes électoraux et surveille les améliorations concernant l'équilibre entre les sexes dans les comités et groupes d'experts établis par la Commission.

Le thème prioritaire pour la mise en œuvre du programme d'action en faveur de l'égalité 2003 s'intitule "Les femmes dans la prise de décision". Deux appels de propositions ont été lancés en octobre 2002. Le premier appel demandait aux gouvernements d'organiser des initiatives transnationales telles que des conférences, des campagnes ou d'autres actions sur les femmes dans la

prise de décision. Le second appel s'adressait aux ONG ou aux partenaires sociaux au niveau européen, ainsi qu'aux réseaux d'autorités régionales ou locales et aux organisations ayant pour but de promouvoir l'égalité entre hommes et femmes.

Notes méthodologiques

Des données sont disponibles sur le nombre de femmes au parlement et dans la plupart des gouvernements nationaux. La source utilisée ici est la base de données européenne – Women in Decision-making (Femmes dans la prise de décision) – (<http://www.db-decision.de>).

Tous les pays ne disposent pas de statistiques concluantes sur la participation des femmes dans d'autres organes de décision. Voir le rapport de la présidence finlandaise sur les neuf indicateurs pour mesurer les progrès en matière de prise de décision (SI(1999)873).

En 2002, la Commission a sous-traité l'établissement d'une base européenne de données sur les femmes et les hommes dans les postes de décision de la vie politique, de l'économie et de la vie sociale dans les États membres, les pays de l'EEE et les pays candidats à l'UE.

Liens vers d'autres parties du rapport

Éducation et résultats (3.5), Emploi des femmes et des hommes (3.19), Rémunérations des femmes et des hommes (3.20), Égalité entre les hommes et les femmes (annexes II et IV).

Pour en savoir plus

- Rapport de la Commission sur la mise en œuvre de la recommandation 96/694 du Conseil du 2 décembre 1996 sur la participation équilibrée des femmes et des hommes aux processus de décision – COM(2000) 120 final.
- Rapport annuel sur l'égalité des chances entre les femmes et les hommes dans l'Union européenne – 2001 – COM(2002) 258 final.
- Rapport ETAN sur les femmes et la science: Intégrer la dimension du genre, un facteur d'excellence, 2000.

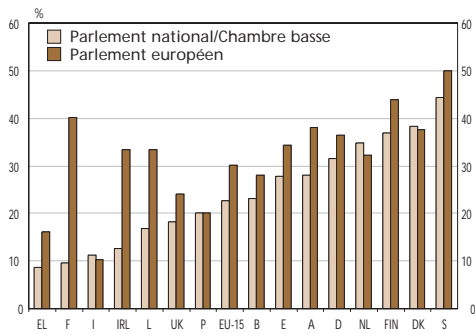
¹⁰ Pourquoi pas conseillères municipales ? Internet : www.ellesaussi.asso.fr

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
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

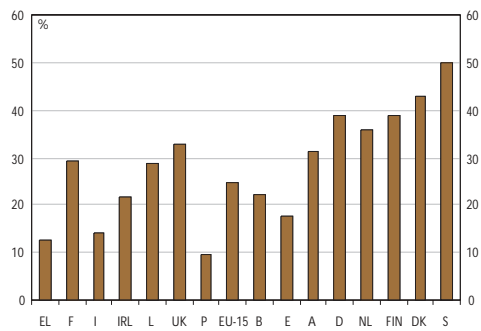
Source: Base de données européenne - Women in decision making.

Graphe 35 Pourcentage de femmes siégeant aux parlements, 2001



Source: Base de données européenne - Women in decision making.

Graphe 36 Pourcentage de femmes au sein des gouvernements nationaux, printemps 2001



Source: Base de données européenne - Women in decision making.

19

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.

Les femmes restent défavorisées sur le marché du travail

Malgré les progrès accomplis ces dernières années, les femmes éprouvent toujours des difficultés spécifiques à accéder au marché de l'emploi – en particulier aux postes d'encadrement (voir aussi Femmes dans la prise de décision 3.18) : moins de 6 % de l'ensemble des femmes ayant un emploi occupent des postes d'encadrement contre 10% de l'ensemble des hommes ayant un emploi. Nonobstant ces évolutions, le chômage touche beaucoup plus les femmes que les hommes. Bien que les femmes représentent environ 43 % de la main-d'œuvre de l'UE, la moitié des sans-emploi sont des femmes (50,4 %). En 2001, dans la plupart des régions de l'Union, le taux de chômage des femmes était plus élevé que celui des hommes: en moyenne 8,6% contre 6,4 %. (voir aussi Chômage 3.9). Les taux d'emploi des femmes demeurent systématiquement inférieurs à ceux des hommes. En outre, de nombreuses femmes travaillent à temps partiel. Les femmes salariées (14,6 %) ont plus fréquemment que leurs homologues masculins (12,4 %) des contrats à durée déterminée.

L'écart hommes/femmes se resserre mais demeure important

Suite au relèvement du niveau d'éducation, à la croissance dans le secteur des services et à l'évolution des attitudes, le taux d'emploi des femmes se rapproche de celui des hommes. Entre 1996 et 2001, il est passé à 54,9 % (+ 5 points environ), tandis que celui des hommes atteignait 73 % (+ 3 points seulement). L'écart hommes/femmes, même s'il se réduit, reste important dans la grande majorité des pays. En Suède, le taux d'emploi des femmes représente 96 % de celui des hommes, malgré le recul relatif du nombre de femmes actives enregistré ces dernières années dans ce pays. Dans la quasi-totalité des États membres, l'écart entre les sexes est moins large parmi la jeune génération que parmi la génération plus âgée.

À l'échelle de l'Union, les femmes travaillent surtout dans le secteur des services, en expansion (83 % de l'ensemble des femmes occupées, contre 58,9 % des hommes), alors que les hommes travaillent en nombre disproportionné dans les secteurs de l'agriculture et de l'industrie, en cours de restructuration. La ségrégation professionnelle, par secteur et par emploi, peut limiter le choix des femmes qui entrent ou souhaitent entrer dans le marché du travail: les femmes sont souvent surreprésentées dans les secteurs et les emplois à bas salaires.

D'une manière générale, les mères âgées de 25 à 49 ans ayant au moins un enfant en bas âge (de 0 à 5 ans) ont moins de chances (56,5 %) de travailler que les femmes du même âge sans jeunes enfants (71 %). L'écart entre ces deux groupes de femmes est particulièrement important en Allemagne et au Royaume-Uni. En Belgique et au Portugal, en revanche, les deux taux sont presque identiques. Les différences entre les pays reflètent les variations dans l'ampleur des services de garde d'enfants, les mesures permettant de concilier travail et vie familiale, la possibilité de travailler à temps partiel, la fiscalité et l'aide sociale.

Un tiers des femmes occupées travaillent à temps partiel

Dans l'ensemble de l'Union, 33 % des femmes exerçant une activité professionnelle travaillent à temps partiel, contre 6 % des hommes seulement. La proportion de femmes dans cette situation est particulièrement élevée aux Pays-Bas (71,3 %) et au Royaume-Uni (44,1%). Parmi les travailleurs à plein temps, les femmes effectuent moins d'heures de travail que les hommes dans tous les États membres, la différence étant cependant de moins d'une heure en Autriche et en Suède. À l'opposé, l'écart hommes/femmes est supérieur à 4 heures au Royaume-Uni.

Contexte politique

Le traité CE (article 137) prévoit que "la Communauté soutient et complète l'action des États membres dans les domaines suivants: ... l'égalité entre hommes et femmes en ce qui concerne leurs chances sur le marché du travail et le traitement dans le travail".

Directive 2002/73/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 modifiant la directive 76/207/CEE du Conseil relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité

de traitement entre hommes et femmes en ce qui concerne l'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelles, et les conditions de travail

Directive 93/104/CE du Conseil du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.

Directive 96/34/CE du Conseil du 3 juin 1996 concernant l'accord-cadre sur le congé parental conclu par l'UNICE, le CEEP et la CES.

La réduction des écarts entre hommes et femmes a représenté une priorité dès le lancement de la SEE. Ce domaine restera prioritaire pour la future SEE. L'augmentation continue de la participation des femmes au marché du travail est essentielle pour atteindre les objectifs fixés à Lisbonne en matière d'emploi, ce qui implique en particulier d'encourager les travailleuses âgées à rester plus longtemps sur le marché du travail et de faciliter la participation des mères ayant de jeunes enfants. Afin d'intensifier la croissance de l'emploi et d'améliorer la qualité du travail, les politiques de l'emploi devraient se concentrer sur les inégalités structurelles du marché du travail, parmi lesquelles les disparités entre les hommes et les femmes dans les domaines de l'emploi, du chômage et des formes d'emploi atypiques, la ségrégation fondée sur le sexe dans les différents secteurs et professions, et les écarts de rémunération entre hommes et femmes. La sous-représentation des femmes dans des domaines clés pour le façonnement de la future société de la connaissance, à savoir l'enseignement supérieur et la recherche, doit être considérablement modifiée. En outre, il est important de favoriser l'émergence de conditions permettant aux femmes et aux hommes d'accéder au marché du travail, de s'y réinsérer et de s'y maintenir. Les politiques de conciliation à mener à cet effet consistent notamment à assurer une offre adéquate de services de garde des enfants et autres personnes à charge, d'un accès et d'une qualité acceptables, assurer une répartition égale des responsabilités domestiques et en matière de garde, encourager les hommes à prendre un congé parental et à recourir à d'autres formules de congé et permettre aux femmes comme aux hommes de bénéficier de formules de travail flexibles.

Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Conseil économique et social et au Comité des régions concernant un programme-cadre communautaire sur l'égalité entre les femmes et les hommes (2001-2005).

Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Conseil économique et social et au Comité des régions intitulée "Politiques sociales et de l'emploi: un cadre pour investir dans la qualité" qui établit un ensemble d'indicateurs sur la qualité au travail et considère que "l'égalité entre les femmes et les hommes est un principe horizontal de base" (COM (2001) 313).

Examen de la mise en œuvre par les États membres et les institutions européennes de la plate-forme d'action de Pékin: les femmes dans le processus de décision, Conseil de l'Union européenne, 11829/1/99.

Le Conseil européen de Lisbonne de mars 2000 concluait que "le marché du travail est caractérisé par un taux d'emploi trop faible et par une participation insuffisante des femmes....." (conclusion de la présidence n° 4) et a fixé un objectif de taux d'emploi des femmes de plus de 60 % d'ici 2010. Il identifiait également quatre domaines-clés pour une politique active de l'emploi. L'un d'eux consiste à "améliorer l'égalité des chances sous tous ses aspects, y compris en réduisant la ségrégation professionnelle et en permettant de concilier plus aisément vie professionnelle et vie familiale, notamment en fixant un nouveau critère d'éva-

luation des performances relatif à l'amélioration des structures de garde des enfants". Le sommet de Stockholm en mars 2001 a fixé un objectif intermédiaire pour l'emploi des femmes, de 57 % d'ici à 2005, et a invité le Conseil et la Commission à développer des indicateurs sur l'offre de services de garde d'enfants et autres personnes à charge.

Le Conseil européen de Barcelone a conclu à la nécessité d'assurer d'ici à 2010 la garde des enfants pour au moins 90 % des enfants entre l'âge de 3 ans et l'âge de la scolarité obligatoire et pour au moins 33 % des enfants de moins de 3 ans.

Enfin, l'un des principaux objectifs de l'Agenda pour la politique sociale (COM (2000) 379 final), section 4.1.1.1, est de "réaliser le potentiel de plein emploi de l'Europe en cherchant à ... augmenter le nombre de femmes au travail au-delà de 60 % en 2010, compte tenu des différents points de départ des États membres". Le texte souligne aussi la nécessité d'accorder une plus grande priorité à l'égalité des chances.

Notes méthodologiques

Source: Eurostat – Données trimestrielles sur les forces de travail et enquête communautaire sur les forces de travail (EFT).

Pour une définition des taux d'activité (sur le marché du travail), d'emploi et de chômage et du travail à temps plein et à temps partiel, voir Emploi (3.7) et Chômage (3.9). Vu que les données sur le statut au regard de l'emploi de tous les membres des ménages à l'exception de la personne chargée de l'enquête manquent pour le Danemark, l'Irlande, la Finlande et la Suède, la comparaison de l'emploi par statut parental est incomplète.

Liens vers d'autres parties du rapport

Emploi (3.7), Rémunérations des hommes et des femmes (3.20), Marché du travail et Égalité des sexes (annexes II et IV).

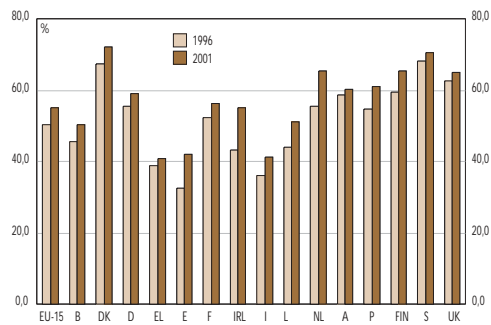
Pour en savoir plus

- "Statistiques sociales européennes - Résultats de l'enquête sur les forces de travail 2000", 2001. Eurostat.
- "L'emploi en Europe 2002", septembre 2002. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales. 2001.
- "L'égalité des chances pour les femmes et les hommes dans l'Union européenne – Rapport annuel 1999". "Magazine Égalité entre les femmes et les hommes", trimestriel, Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Le travail à temps partiel dans l'Union européenne", n° 13/1997. "Enquête sur les forces de travail – Principaux résultats 2000", n° 10/2001, Eurostat.
- Rapport annuel sur l'égalité des chances entre les femmes et les hommes dans l'Union européenne – 2001 – COM (2002) 258 final.

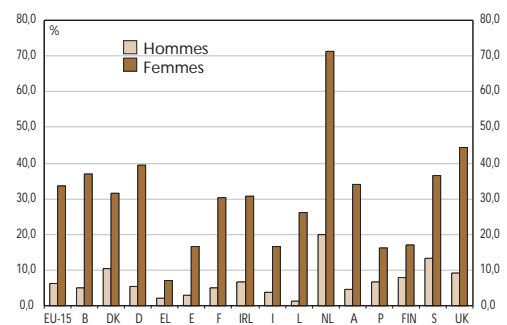
Indicateur-clé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Taux d'emploi, 15-64 ans, 2001																
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).

Graphe 37 Taux d'emploi des femmes (15-64 ans), 1996 et 2001


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

Graphe 38 Pourcentage des personnes actives à temps partiel, par sexe, 2001


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

20

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.

D'importants écarts de rémunération subsistent entre les hommes et les femmes, le salaire horaire brut moyen des femmes équivalant à environ 84 % de celui des hommes

D'après le panel communautaire des ménages (PCM), en 1999, le salaire horaire brut moyen des femmes équivalait à 84 % de celui des hommes. La rémunération des femmes reste en moyenne inférieure à celle des hommes dans tous les pays de l'UE. En pourcentage de celui des hommes, le salaire moyen des femmes varie de 78 % en Irlande et 79 % au Royaume-Uni à 91 % en Italie et 95 % au Portugal.

Les écarts de rémunération sont liés, d'une part, aux différences de caractéristiques personnelles et de l'emploi des travailleurs masculins et des travailleurs féminins et, d'autre part, aux différences de rémunération de ces caractéristiques

Il existe entre les femmes et les hommes ayant un emploi d'importantes disparités en ce qui concerne les caractéristiques personnelles et de l'emploi, y compris la participation au marché du travail, la rémunération, la structure sectorielle et professionnelle de l'emploi ainsi que le statut professionnel, le type d'emploi et l'évolution de carrière. L'écart de salaire est particulièrement élevé parmi les travailleurs âgés (30 %), les travailleurs hautement qualifiés (23 %) et ceux qui occupent des postes d'encadrement (19 %). Il varie également suivant le secteur d'activité et la profession, atteignant 24 % dans le secteur privé en général, 28 % dans les services financiers, 25 % dans l'industrie manufacturière ainsi que 31 % parmi les artisans et ouvriers de métiers de type artisanal et 25 % parmi les opérateurs d'installations et d'appareils.

Les femmes ont beaucoup moins souvent que les hommes des responsabilités d'encadrement: en 1998, 16 % des hommes ayant un emploi salarié dans l'UE avaient des fonctions d'encadrement et 19 % des responsabilités intermédiaires, contre respectivement 9 % et 16 % des femmes. Les hommes étaient deux fois plus susceptibles d'occuper ces fonc-

tions. Cette caractéristique est commune à tous les États membres, l'Italie, la Grèce et les Pays-Bas étant les pays où les femmes sont le moins susceptibles d'occuper des fonctions d'encadrement par rapport aux hommes.

Les femmes sont, par ailleurs, plus souvent dans des formes d'emploi atypiques telles que le travail à durée déterminée et le travail à temps partiel. Par exemple, 33,4 % de toutes les femmes contre 6,2 % de tous les hommes ayant un emploi travaillent à temps partiel. Ainsi, non seulement les hommes sont davantage concentrés dans les secteurs et professions offrant les rémunérations les plus élevées mais, dans ces secteurs et professions, il sont également plus susceptibles que les femmes d'occuper des postes d'encadrement, auquel cas leur rémunération est relativement plus élevée.

En outre, si les hommes comme les femmes ont des salaires inférieurs dans les secteurs et professions à dominante féminine, ce handicap salarial est plus prononcé pour les femmes. Enfin, indépendamment de cette différence de rémunération initiale, l'écart salarial entre les hommes et les femmes s'élargit considérablement au cours de la vie active.

Les différences susmentionnées, d'une part dans la composition de la main-d'œuvre masculine et féminine et, d'autre part, dans la rémunération des caractéristiques personnelles et de l'emploi entre les hommes et les femmes contribuent à l'écart de rémunération général entre les sexes. Comme l'indique *L'emploi en Europe 2002*, les différences dans la composition de la main-d'œuvre masculine et féminine liées aux professions et secteurs d'emploi contribuent dans une large mesure à l'écart de salaire entre les hommes et les femmes. Vu que ces différences de composition peuvent être imputées à diverses formes de discrimination indirecte telles que les traditions et les normes sociales ainsi que les contraintes de choix en matière d'éducation, de participation au marché du travail, de profession et d'évolution de carrière, pour réduire l'écart salarial, il faut aborder les deux types de différences entre les sexes et les deux formes de discrimination potentielle, directe (relative à la rémunération) et indirecte (relative aux choix susmentionnés).

Contexte politique

Pour promouvoir la croissance économique, l'emploi et la cohésion sociale, il faut réduire les différences importantes qui subsistent entre les hommes et les femmes sur les marchés du travail européens.

Le traité CE dispose (article 141) que: "Chaque État membre assure l'application du principe de l'égalité des rému-

nerations entre travailleurs masculins et travailleurs féminins pour un même travail ou un travail de même valeur. Aux fins du présent article, on entend par rémunération, le salaire ou traitement ordinaire de base ou minimum et tous autres avantages payés directement ou indirectement, en espèces ou en nature, par l'employeur au travailleur en raison de l'emploi de ce dernier. L'égalité de rémunération, sans discrimination fondée sur le sexe, implique:

- (a) que la rémunération accordée pour un même travail payé à la tâche soit établie sur la base d'une même unité de mesure;
- (b) que la rémunération accordée pour un travail payé au temps soit la même pour un même poste de travail".

Directive 75/117/CEE du Conseil du 10 février concernant le rapprochement des législations des États membres relatives à l'application du principe de l'égalité des rémunérations entre les travailleurs masculins et les travailleurs féminins.

Lignes directrices pour l'emploi en 2000 (n° 19): "[les États membres] prendront des mesures positives pour promouvoir l'égalité de rémunération pour un même travail ou des tâches équivalentes, et pour réduire les écarts de revenu entre les femmes et les hommes." Les lignes directrices pour l'emploi en 2001 précisent en outre que des mesures sont nécessaires pour réduire les écarts de salaires entre les femmes et les hommes dans les secteurs public et privé et qu'il convient de déterminer et de remédier à l'impact des politiques sur les écarts de rémunérations entre les femmes et les hommes. Les lignes directrices pour l'emploi en 2002 ont aussi demandé la fixation d'objectifs visant à combler l'écart de rémunération et l'inclusion dans la stratégie, entre autres, d'une révision des systèmes de classification des emplois et de rémunération visant à supprimer les inégalités entre les femmes et les hommes, d'une amélioration des systèmes de surveillance statistique, ainsi que de mesures de sensibilisation et de transparence en ce qui concerne les écarts de rémunération.

Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions "Politiques sociales et de l'emploi: un cadre pour investir dans la qualité".

Le rapport du Comité de l'emploi sur les indicateurs de qualité au travail contient des indicateurs sur les rémunérations sous forme de tableaux de transition.

Notes méthodologiques

Sources: Eurostat – Panel communautaire des ménages (PCM), base de données utilisateurs version de décembre 2002 (sauf France, Pays-Bas et Suède; France: Enquête communautaire sur les forces de travail, Pays-Bas et Suède: Enquête sur la structure des salaires.)

Le chiffre pour l'EU-15 est une moyenne pondérée de valeurs nationales estimées sans les pays manquants.

Les données du PCM ne sont pas adaptées en fonction de l'âge, de la profession et du secteur. En mai 2002, le groupe de travail PCM a conclu à l'impossibilité de calculer un écart de salaires adapté sur la base du PCM. Il a décidé en outre que les études économétriques des facteurs relatifs à l'écart salarial entre les sexes fondées sur les données du PCM doivent se poursuivre.

En 2003, le PCM sera remplacé par un nouvel instrument, l'EU-SILC (statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie). Il sera toutefois difficile d'effectuer les analyses économétriques de l'écart salarial entre les sexes

en raison de la séparation des informations transversales et longitudinales ainsi que du manque de données sur la structure de l'emploi par profession, les caractéristiques des petits boulots et celles des rémunérations brutes.

Les statistiques fondées sur l'enquête sur la structure des revenus (SES) de 1995 excluent les travailleurs indépendants ou d'entités locales de moins de 10 personnes ainsi que les travailleurs des secteurs agricole et de la pêche, les employés de l'administration publique et de la défense, de l'éducation, des soins de santé et du travail social, d'autres activités de service aux collectivités de services sociaux et aux particuliers, des ménages privés ou des organisations extra-territoriales. La couverture de l'enquête n'est pas idéale pour observer les salaires des femmes, car certains secteurs à dominante féminine (santé, éducation et services aux personnes) ne sont pas couverts. Les écarts de rémunération entre les hommes et les femmes sont sans doute légèrement moins importants dans ces catégories, mais les salaires moyens sont plus faibles, diminuant les moyennes globales des femmes.

Liens vers d'autres parties du rapport

Emploi des femmes (3.19), Marché du travail et Égalité des sexes (annexes II et IV).

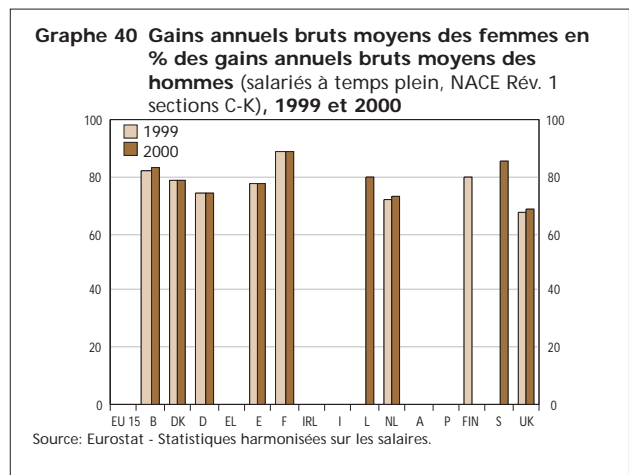
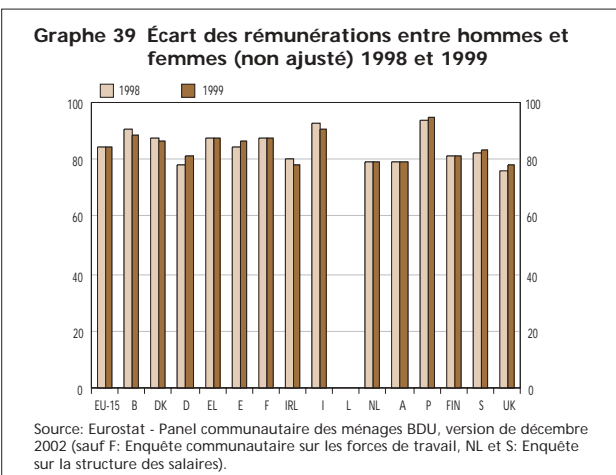
Pour en savoir plus

- "L'emploi en Europe 2002", section "Évaluer les écarts de rémunération entre les hommes et les femmes dans l'UE", septembre 2002. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- Panorama de l'Union européenne (Population et conditions sociales): "La vie des femmes et des hommes en Europe. Un portrait statistique". Eurostat 2002.
- Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2002 - Chapitre 2 "Les femmes au travail: qui sont-elles et quelle est leur situation?"
- "'Earnings in industry and services - Hours of work in industry, 1996-1998", édition 2000. Eurostat.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Gains des hommes et des femmes dans l'UE: l'écart se resserre mais lentement", N° 5/2001 et "Dans l'UE, les femmes gagnent en moyenne 28 % de moins que les hommes", N° 6/1999. Eurostat.
- Parlement européen: - Résolution et rapport sur une rémunération égale pour un travail de valeur égale
- "Relations industrielles en Europe, 2000". Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales.
- Indicateurs sur les inégalités salariales entre les hommes et les femmes. Rapport de la présidence belge, 2001.
- "The adjusted gender pay gap: a critical appraisal of the standard decomposition techniques". Network of experts on employment and equality between women and men, DG Emploi et affaires sociales.
- "The gender pay gap and the gender mainstreaming pay policy: synthesis report of the gender pay equality in EU Member States". Network of experts on employment and equality between women and men, DG Emploi et affaires sociales.
- Rapport annuel sur l'égalité des chances entre les femmes et les hommes dans l'Union européenne en 2001-COM(2002) 258 final.

Indicateur-clé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
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.																
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).



21

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.

L'espérance de vie moyenne continue d'augmenter

Ces 50 dernières années, l'espérance de vie des hommes et des femmes a connu une augmentation constante aboutissant à un gain total d'environ 10 années pour chaque sexe. Dans toute l'Union, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. En 2000, l'espérance de vie des femmes y était de 81,4 ans et celle des hommes de 75,3 ans. D'après les estimations d'Eurostat, ces chiffres pourraient atteindre 84 ans pour les femmes et 78 ans pour les hommes d'ici 2020.

Espérance de vie sans incapacité de 66 ans pour les femmes et 63 ans pour les hommes

L'espérance de vie en bonne santé englobe un groupe d'indicateurs de santé associant les données sur la mortalité, l'incapacité et la morbidité. Le présent rapport s'appuie sur l'espérance de vie sans incapacité (grave). À l'échelle de l'Union, les femmes peuvent espérer vivre jusqu'à 66 ans sans aucune incapacité et les hommes jusqu'à 63 ans. Les personnes souffrant d'une incapacité grave ont une faible espérance de vie. Ainsi, les femmes de 16 ans souffrant d'une incapacité grave peuvent espérer vivre 5 ans. Le chiffre correspondant pour les hommes est de 4 ans.

Forte baisse de la mortalité infantile

Les progrès de la recherche médicale et des soins de santé ont également entraîné une amélioration spectaculaire du taux de mortalité infantile dans l'EU-15, le nombre de décès par millier de naissances vivantes tombant de 23 en 1970 à moins de 5 en 2000. Les différences entre États membres ont pratiquement disparu.

Près d'une personne âgée sur quatre qualifie sa santé de "mauvaise"

À l'échelle de l'Union, environ 12% des adultes (âgés de 16 et plus) jugeaient leur santé "mauvaise" ou "très mauvaise" en 1998. 60 % estimaient qu'elle était "bonne" ou "très bonne", tandis que les 28 % restants la qualifiaient de "moyenne". Les femmes avaient un peu plus tendance que les hommes à dire de leur santé qu'elle était moyenne, mauvaise ou très mauvaise (43,3 % contre 36,1 %). D'une manière générale, la proportion de personnes s'estimant en très bonne ou en bonne santé diminuait avec l'âge. Après un palier de 85,3 % pour les personnes âgées de 16 à 24 ans, la proportion de personnes se considérant en très bonne ou en bonne santé tombait à 78,6 % pour le groupe suivant (25 à 34 ans) et continuait de baisser pour chaque tranche d'âge successive, pour n'être plus que de 23,7 % chez les personnes de 85 ans ou plus. Ce schéma se retrouve dans tous les États membres à une ou deux petites exceptions près.

Les personnes ayant un niveau d'éducation élevé se disent en meilleure santé que celles dont le niveau d'éducation est faible. En moyenne, 6 % seulement des diplômés de l'enseignement supérieur se disent en "(très) mauvaise" santé, contre 16 % des personnes qui ont, au mieux, terminé leur scolarité obligatoire.

52 % de la population européenne âgée de 65 et plus déclarent souffrir d'un problème de santé chronique, physique ou mental, d'une maladie ou d'un handicap qui entrave leurs activités quotidiennes ("gravement" pour 29 %, "dans une certaine mesure" pour 37 %).

Environ six millions d'Européens sont atteints de démence

La démence est l'une des causes les plus importantes d'incapacité chez les personnes âgées et, compte tenu du vieillissement d'un grand nombre de populations, le nombre de patients atteints de démence est appelé à augmenter. Dans l'UE, les causes les plus courantes de démence sont la maladie d'Alzheimer (environ 50 à 70 % des cas) et les accidents cérébrovasculaires successifs qui entraînent la démence vasculaire (environ 30 %). On estime à 5,65 millions le nombre d'Européens de 30 à 99 ans qui souffraient de différents types de démence en 2000 (12,3 pour 1 000 habitants), les femmes (3,5 millions) étant plus touchées que les hommes (2,1 millions). C'est en Suède (14,9) et en Italie (13,9) que la prévalence estimée est la plus forte et au Portugal (10,4) et en Irlande (8,4) qu'elle est la plus faible. Il en résulte une augmentation des pressions sur les systèmes de soins de santé de longue durée.

Les maladies circulatoires et le cancer restent les principales causes de mortalité

La mortalité varie considérablement en fonction de l'âge et du sexe. En règle générale, elle est plus élevée dans la population masculine que dans la population féminine dans toutes les tranches d'âge. Pour les deux sexes, les maladies circulatoires sont la principale cause de mortalité dans l'Union (à la seule exception de la France, où elles sont supplantées par le cancer pour les hommes): en 1999, elles ont fait 700 000 victimes chez les hommes et 850 000 chez les femmes, ce qui représentait, pour les hommes 325 et 248 décès par 100 000 habitants et pour les femmes, 207 et 139 décès par 100 000 habitants. Dans la catégorie des jeunes de 15 à 34 ans, les premières causes de décès sont les blessures et les empoisonnements. Comparativement, elles n'interviennent que pour une petite proportion dans la catégorie des 55 ans et plus. Dans la tranche d'âge des 45 à 64 ans, le cancer est la principale cause de décès. Dans la catégorie des 75 ans et plus, les maladies circulatoires sont responsables d'environ la moitié de l'ensemble des décès.

10 % de la population adulte de l'UE sont hospitalisés chaque année

En 1998, 10,1 % de la population adulte de l'Union ont été hospitalisés au cours des 12 mois précédents (9,1 % des hommes et 11,0 % des femmes). Cette proportion s'échelonne entre 5,9 % au Portugal et en Grèce, 12,1 % en Allemagne et 14,2 % en Autriche. Ces différences reflètent partiellement celles dans l'organisation des services de soins de santé. Le pourcentage des personnes ayant été hospitalisées dépasse les 20 % parmi les personnes "très âgées". Les hommes âgés sont plus susceptibles d'être hospitalisés que les femmes. En termes de fréquence d'admission (sorties des hôpitaux), d'après la CIM (Classification internationale des maladies) de l'OMS, les maladies du système circulatoire (2 420 par 100 000 habitants) requièrent les hospitalisations les plus fréquentes, suivies du cancer (1 367), des traumatismes et empoisonnements (1 646) et des maladies respiratoires (1 427). L'incidence n'est pas aussi grande pour les troubles mentaux (655) et les maladies infectieuses (394).

Le nombre de lits d'hôpitaux diminue considérablement

Le nombre total de lits d'hôpitaux a considérablement diminué dans l'UE depuis 1990. Pour l'EU-15, il a reculé de 17 % entre 1990 et 2000. Cette diminution est probablement due, pour une bonne part, à la réduction de la durée du séjour hospitalier qui, pour l'UE, est passé de 17,4 jours en 1980 à moins de 11 jours en 1999. C'est en Espagne et au

Royaume-Uni que le nombre de lits par 100 000 habitants est le plus faible de tous les États membres (413 en 1999), et en Allemagne qu'il est le plus élevé (920). Ces nombres tiennent compte à la fois des hôpitaux publics et privés, mais ils diffèrent en ce qui concerne l'inclusion des lits de cliniques et des lits de soins de jour. Cette baisse peut aussi être due aux contraintes financières apparues dans les années 90, qui ont entraîné une rationalisation générale des services de santé. Dans la plupart des cas, on a fait face à l'augmentation de la demande de soins de santé pour les personnes âgées, dont beaucoup souffrent d'incapacité et de maladies chroniques, en transférant des lits réservés aux soins aigus ou psychiatriques dans les services de soins de longue durée, alors que le nombre total de lits continue à diminuer.

La fourniture de services hospitaliers au niveau national et régional est étroitement liée aux dépenses totales en matière de soins de santé.

8 % du PIB de l'UE pour la santé

En 2000, le total des dépenses de santé dans l'UE représentait 8,0 % du PIB communautaire. L'Allemagne (10,3 %) et la France (9,5 %) dépensaient le plus, même si elles restent très loin derrière les États-Unis (13 %). Ces dix dernières années, ces dépenses ont augmenté, en pourcentage du PIB, dans la majorité des pays. Les hausses les plus significatives ont été observées en Belgique, en Allemagne et au Portugal. Les seuls pays en baisse sont la Suède et le Luxembourg.

Contexte politique

Le traité CE (titre XIII Santé publique, article 152) stipule: "L'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé."

La décision n° 1400/97/CE du Parlement européen et du Conseil, du 30 juin 1997, qui institue le programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé, précise, dans son article 1er: "Le présent programme a pour objectif de contribuer à l'établissement d'un système communautaire de surveillance de la santé qui permette de a) mesurer l'état de santé, les tendances et les déterminants de santé dans l'ensemble de la Communauté ...".

Le Conseil européen de Laeken (2001) a demandé l'élaboration, dans le domaine des soins de santé et des soins aux personnes âgées, d'une stratégie similaire à celle en cours d'élaboration dans le domaine des pensions. Les objectifs à long terme présentés dans la communication de la Commission (COM (2001) 723) sont l'accessibilité, la quali-

té et la viabilité financière des systèmes de santé. Une attention particulière devra être accordée à l'impact de l'intégration européenne sur les systèmes de santé des États membres.

Le nouveau programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) adopté par une décision du Parlement européen et du Conseil souligne l'importance de la préparation et de la diffusion, auprès des autorités compétentes des États membres, des professionnels de la santé et autres et, le cas échéant, d'autres parties concernées et du grand public, d'informations et de connaissances en matière de santé, y compris sous la forme de statistiques, de rapports, d'études, d'analyses et de conseils sur les questions d'intérêt commun pour la Communauté et les États membres.

Notes méthodologiques

Le taux de mortalité infantile se définit comme le nombre de bébés qui meurent au cours de leur première année de vie, divisé par le nombre de naissances vivantes (en milliers). L'espérance de vie à la naissance correspond à l'âge moyen qu'un individu atteindrait si les taux de mortalité de chaque classe d'âge unitaire observés pour une année civile ou une période donnée devaient se maintenir. L'espérance de vie sans incapacité se calcule par la méthode Sullivan; elle s'appuie sur les statistiques de

mortalité et sur les chiffres de prévalence extraits du PCM. Pour présenter des calculs à la naissance, Eurostat a appliqué un taux d'incapacité constant (de 1 %) entre 0 et 16 ans, pour tous les pays et les deux sexes. Les chiffres d'espérance de vie sans incapacité pour l'année 1994, publiés dans ce rapport l'an dernier, ne sont pas directement comparables à ceux du présent rapport (concernant l'année 1996). Les données relatives à la santé perçue sont fondées sur une question subjective adressée aux ménages privés dans le cadre du PCM. Pour l'ensemble de la population (surtout les personnes âgées de 65 ans et plus), la proportion de personnes en (très) mauvaise santé pourrait être légèrement plus élevée, étant donné qu'un nombre considérable de personnes vivent dans des institutions ou des établissements de soins de longue durée. L'étude sur les cas de démence réalisée par Alzheimer Europe s'appuyait uniquement sur des cas diagnostiqués. Il est donc difficile d'évaluer avec précision le nombre de personnes atteintes de démence dans la mesure où, pour bon nombre de ces dernières, la maladie n'a jamais été diagnostiquée et où se trouvent exclues celles qui en sont aux premiers stades de la maladie non encore diagnostiquée. Les données sur le nombre de lits déclarés à Eurostat sont généralement fournies sous forme de moyenne annuelle des lits utilisés pendant l'année de référence ou selon des concepts d'enregistrement ou d'accord budgétaire ou programmé. Ces données doivent donc être traitées avec prudence en raison des différents concepts " d'hôpital " et de " lit d'hôpital " utilisés dans les pays de l'UE.

Liens vers d'autres parties du rapport

Viellissement de la population (3.3), Santé et sécurité (annexes II et IV).

Pour en savoir plus

- " Statistiques de la santé: Chiffres clés sur la santé 2002 ", édition 2002. Eurostat.
- " Statistiques de la santé: Atlas de la mortalité ", édition 2002. Eurostat.
- Eurostat – Statistiques démographiques et Panel communautaire des ménages (PCM) BDU version septembre 2001.
- OCDE: données sur la santé 2002.
- " Statistiques sociales européennes - Démographie ", édition 2001. Eurostat.
- L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées: garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière- COM (2001) 723
- S'adapter aux changements du travail et de la société: une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail 2002-2006 – COM(2002) 118.

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.

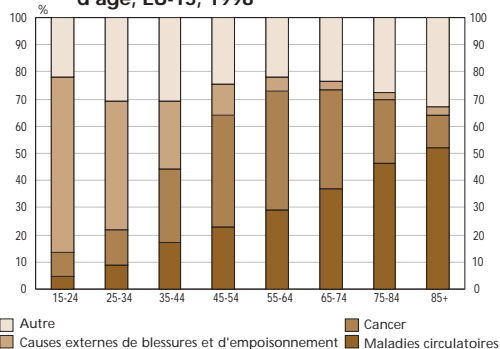
Source: Eurostat - Statistiques démographiques.

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

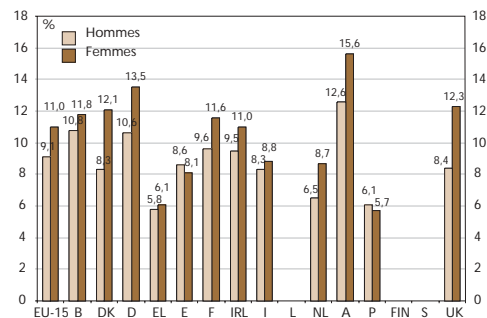
Hommes	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Femmes	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62

Source: Eurostat - Statistiques de mortalité et panel communautaire des ménages.

Graphe 41 Principales causes de mortalité par groupe d'âge, EU-15, 1998



Graphe 42 Pourcentage de la population hospitalisé au cours des 12 derniers mois, 1998



22

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.

Les accidents sont plus fréquents chez les jeunes et les travailleurs ayant peu d'ancienneté

En 2000, environ 4,8 millions d'accidents du travail - entraînant chacun une incapacité de plus de trois jours - ont été enregistrés dans l'Union. Si l'on comptabilise les accidents sans absence ou avec absence de trois jours maximum, le nombre total d'accidents du travail dans l'UE en 2000 est estimé à 7,7 millions. Ces chiffres correspondent respectivement à 4 037 et 6 299 accidents par 100 000 personnes exerçant une activité professionnelle; en d'autres termes, 6,3 % de l'ensemble des travailleurs ont été victimes d'un accident du travail durant l'année (4,0 % pour les accidents avec incapacité de plus de 3 jours). Le taux d'accidents avec absence de plus de trois jours a considérablement diminué, de 11 % entre 1994 et 2000 (indice 99 en 2000 et 111 en 1994), mais s'est relativement stabilisé depuis 1997 (4 106, 4 089 et 4 088 accidents avec absence de plus de trois jours en 1997, 1998 et 1999 respectivement). En outre, 5 275 accidents mortels ont été recensés en 1999 dans l'EU-15, dont 41 % étaient des accidents de la route ou de transport pendant le travail. D'après les chiffres provisoires, pour 2000, le nombre total d'accidents est de 5 052 et le taux d'incidence de 4,4 accidents mortels par 100 000 travailleurs contre 6,1 en 1994 et 4,8 en 1999 (- 28 % et - 8 % respectivement).

Bien entendu, ces proportions varient selon l'activité économique et la taille de l'entreprise, ainsi que selon l'âge et le sexe des travailleurs, et leurs conditions de travail. Bien qu'en recul depuis 1994, l'incidence des accidents est la plus élevée dans le secteur de la construction: 7 579 accidents entraînant plus de trois jours d'incapacité pour 100 000 travailleurs en 2000 contre 9 014 en 1994. L'agriculture occupe la deuxième place avec 6 669 accidents en 2000 contre 6 496 en 1994. Pour les accidents mortels, l'agriculture vient en tête, la construction occupant la deuxième place: environ 12,4 et 11,1 accidents mortels pour 100 000 travailleurs en 2000. Si l'on inclut les accidents avec incapacité de trois jours au maximum (données 1998-1999 du module approprié de l'enquête communautaire sur les forces de travail), le pourcentage d'accidents est particulièrement élevé dans l'industrie de la pêche (où le risque est 2,4 fois supérieur à la moyenne de tous les secteurs dans l'UE), l'agriculture, la construction,

les soins de santé et le travail social (1,3 à 1,4 fois). Dans les entités locales de l'industrie manufacturière, de la construction, du commerce et des réparations, de l'hôtellerie et de la restauration, et des transports, qui emploient de 10 à 49 personnes, le risque est 1,2 à 1,5 fois supérieur à la moyenne de ces secteurs en 1999 (incapacité de plus de trois jours). Tous secteurs confondus, dans les entreprises de 10 à 49 personnes, le risque moyen est d'environ 1,3 fois la moyenne. Le risque est élevé aussi dans les entreprises locales de 1 à 9 salariés de l'industrie manufacturière et de la construction (respectivement 1,7 et 1,2 fois la moyenne de chaque secteur en 1999) et dans les entités locales de 50 à 249 personnes du commerce et des réparations, de l'hôtellerie et de la restauration, et des transports (1,3 à 1,4 fois en 1999). L'incidence des accidents diminue avec l'âge dans tous les États membres sauf en Grèce, en Irlande et au Portugal. En revanche, l'incidence des accidents mortels tend à augmenter considérablement avec l'âge. La probabilité d'avoir un accident entraînant une incapacité de plus de trois jours est près de trois fois plus élevée pour les hommes que pour les femmes et celle d'avoir un accident mortel près de dix fois plus élevée. Ce résultat s'explique par les emplois et secteurs d'activité des hommes où les risques sont généralement plus élevés que dans ceux des femmes. En outre, celles-ci sont comparativement plus nombreuses à travailler à temps partiel, ce qui peut réduire leur exposition au risque. Enfin, les personnes qui travaillent dans une entreprise depuis moins de 2 ans, les travailleurs postés, les travailleurs de nuit ou les personnes travaillant moins de 20 heures par semaine sont également 20 à 50 % plus susceptibles d'avoir un accident que la moyenne.

Accidents du travail: 157 millions de journées de travail perdues

Outre leurs graves conséquences en termes humains, les accidents du travail ont également un coût socio-économique élevé. En 1999, dans 37 % des cas, ils n'ont pas entraîné d'absence ou l'incapacité a duré trois jours au plus; dans 29 % des cas, ils ont entraîné une incapacité de travail comprise entre trois jours et deux semaines et dans 30 % des cas, entre deux semaines et trois mois. Dans les 4 % de cas restants, ils ont entraîné une incapacité de trois mois ou plus ou une invalidité partielle ou totale per-

manente. En 1999, 157 millions de journées de travail auraient été perdues dans l'UE à la suite d'accidents du travail, soit une moyenne de 21 jours par accident (32 jours par accident avec absence de plus de trois jours) et l'équivalent d'une journée de travail perdue par an pour chaque personne occupée. En outre, 5 % des victimes ont dû changer de travail ou d'emploi, ou réduire leurs heures de travail. Enfin, quelque 14 % sont victimes de plus d'un accident du travail par an.

350 millions de journées de travail perdues pour cause de problèmes de santé liés au travail

D'après les résultats de l'enquête communautaire sur les forces de travail disponibles pour 11 États membres (auto-évaluation par les personnes interrogées de leur état de santé lié au travail), près de huit millions de personnes exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle dans l'UE auraient souffert, chaque année en 1998 et 1999, de problèmes de santé autres que des blessures accidentelles causées ou aggravées par leur emploi actuel ou passé. La prévalence chez les travailleurs est de 5 372 cas par 100 000 personnes par an (7 150 pour les 55 à 64 ans) en raison de leur emploi actuel. 53 % concernent des affections musculosquelettiques, plus fréquentes dans les secteurs de la construction, des transports, des soins de santé et du travail social (la prévalence y est de 1,2 à 1,6 fois supérieure à la moyenne). Le stress, la dépression et l'anxiété représentent 18 % des problèmes et 26 % de ceux qui nécessitent deux ou plusieurs semaines d'absence (cette proportion double dans l'enseignement, les soins de santé et le travail social). Enfin, les affections pulmonaires touchent chaque année 0,6 million de personnes (le risque double dans les industries extractives). De 1998 à 1999, quelque 350 millions de journées de travail ont été perdues chaque année dans l'Union en raison de problèmes de santé liés au travail.

Les premiers résultats de la troisième enquête européenne sur les conditions de travail, réalisée par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail en 2000 révèlent que les problèmes de santé, le rythme de travail et le temps de travail continuent à augmenter en Europe. Le pourcentage de travailleurs exposés au bruit intense, à des postures douloureuses/fatigantes et à la manutention de charges lourdes continue d'augmenter et le rythme de travail s'accélère. De nombreux travailleurs se plaignent de stress et d'épuisement.

Près de 600 000 accidents sur le chemin du travail

Dans l'Union européenne, le nombre d'accidents sur le chemin du travail qui ont entraîné une incapacité de plus de trois jours a été estimé à environ 580 000 en 1998 (en plus des accidents du travail). Leur incidence était de 410 pour 100 000. Le nombre d'accidents mortels, essentiellement des accidents de la route ou occasionnés par d'autres moyens de transport, était d'environ 3 100 pour l'ensemble de l'UE.

40 000 morts sur les routes européennes en 2001

Les victimes d'accidents mortels de la circulation continuent à diminuer dans toute l'Union, affichant une baisse d'environ 46 % par rapport à 1970, bien que le transport routier ait plus que doublé pendant la même période. Les meilleures améliorations (réductions de 60 % ou plus) ont été enregistrées en Allemagne, aux Pays-Bas et en Finlande. Par contre, les progrès ont été imperceptibles en Grèce, au Portugal et, dans une moindre mesure, en Espagne où le parc automobile s'est développé très rapidement et où les victimes d'accidents mortels restent très nombreuses. De 1991 à 2001, les accidents mortels ont diminué dans tous les États membres, de 30 % au total. Les diminutions les plus spectaculaires ont été enregistrées en Autriche et en Allemagne (38 % dans ces deux pays), les plus minimes en Irlande (8 %) et en Grèce (11 %).

Dans l'EU-15, malgré l'amélioration généralisée de la sécurité routière, les accidents de la circulation ont fait près de 40 000 morts en 2001. Quel que soit l'indicateur utilisé (le nombre de décès par rapport à la population ou au nombre total de véhicules), la Grèce et le Portugal s'approprient un triste record en la matière. Dans ces deux pays, la route a tué respectivement 184 et 178 personnes par million d'habitants, contre une moyenne d'environ 104 dans l'UE. Le Royaume-Uni et la Suède ont enregistré le plus petit nombre de décès (60 et 63 respectivement), suivis par les Pays-Bas (66) et le Danemark (77). Le transport ferroviaire a fait relativement peu de victimes d'accidents mortels et présente un net avantage sur la route du point de vue de la sécurité.

Les accidents domestiques et de loisirs

En 1995, l'UE a enregistré quelque 430 000 accidents domestiques et de loisirs (240 000 victimes parmi les hommes et 190 000 parmi les femmes). Les accidents domestiques sont les plus fréquents (32 % du total chez les hommes et 46 % chez les femmes), suivis par les accidents sportifs (18 % chez les hommes, 10 % chez les femmes).

Contexte politique

Le traité CE (article 137) dispose que "la Communauté soutient et complète l'action des États membres dans (...) l'amélioration, en particulier, du milieu de travail pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs". L'article 140 ajoute: "la Commission encourage la coopération entre les États membres et facilite la coordination de leur action dans tous les domaines de la politique sociale relevant du présent chapitre, et notamment dans les matières relatives ... à la protection contre les accidents et les maladies professionnels."

Le 29 avril 1999, le Comité économique et social a rendu un avis sur "La santé et la sécurité sur le lieu de travail – Application des mesures communautaires et nouveaux risques" (JO C 51 du 23.2.2000, p. 33). Il analyse les changements apportés aux systèmes d'organisation du travail et les risques professionnels associés, comme l'augmentation des plaintes d'ordre psychosocial et d'épuisement.

Le 17 mars 2000, la Commission a adopté une communication (COM (2000) 125 final) intitulée "Les priorités de la sécurité routière dans l'Union européenne – Rapport d'avancement et hiérarchisation des actions". Elle y encourage les États membres, les autorités régionales et locales à "prendre l'habitude de chiffrer les coûts et les répercussions des mesures de sécurité routière et, le cas échéant, de comparer les sommes obtenues avec les coûts des accidents qui ont pu être évités". Elle les invite également à "accroître les investissements réalisés dans les projets de sécurité routière...".

Le 20.6.2001, la Commission a présenté la communication intitulée "Politiques sociales et de l'emploi: un cadre pour investir dans la qualité". Elle poursuit l'engagement de l'Agenda de politique sociale et la stratégie de Lisbonne, renforcée par Nice et Stockholm, pour promouvoir la qualité de l'emploi. En particulier, elle définit l'approche qui consiste à améliorer la qualité du travail et assure son intégration dans les politiques sociales et de l'emploi. À cette fin, elle instaure un ensemble d'indicateurs de la qualité au travail pouvant être utilisés dans le cadre de la stratégie européenne pour l'emploi.

Les listes des indicateurs du rapport de synthèse et du rapport du Comité de l'emploi sur les indicateurs de qualité au travail comprennent l'évolution du taux d'incidence des accidents du travail, défini par le nombre d'accidents du travail par 100 000 travailleurs. À l'avenir, la Commission développera un indicateur composite couvrant les accidents du travail et les maladies professionnelles, y compris résultant du stress.

Plus récemment, le 11 mars 2002, la Commission a adopté une communication (COM (2002) 118 final) intitulée "S'adapter aux changements du travail et de la société : une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail 2002-2006", et le 3 juin 2002, le Conseil

a adopté une résolution concernant "Une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail 2002-2006". Cette résolution évoquait parmi les principaux objectifs "la réduction des accidents et des maladies professionnelles. Il conviendrait pour cela de fixer des objectifs quantitatifs; à cette fin, il est nécessaire au préalable d'intensifier les travaux actuellement en cours en ce qui concerne l'harmonisation des statistiques sur les accidents du travail et les maladies professionnelles", "- la prévention renforcée des maladies professionnelles", "la prise en compte des risques sociaux, tels que le stress et le harcèlement au travail ainsi que ceux liés aux dépendances à l'alcool, aux drogues et aux médicaments", la promotion d'"une culture de la prévention dès les premières étapes de l'éducation et d'assurer une formation professionnelle continue", l'intégration de "la santé et la sécurité au travail dans la gestion des entreprises".

Notes méthodologiques

Sources: Eurostat - Statistiques européennes sur les accidents du travail (SEAT), module approprié sur les accidents du travail et les maladies professionnelles de l'enquête communautaire sur les forces de travail 1999 et Statistiques sur le transport. Commission européenne DG Transport – Base de données communautaire sur les accidents de la circulation routière (CARE). Système européen de surveillance des accidents domestiques et de loisirs (EHLASS).

Pour les accidents de la route, les décès englobent les personnes qui ont trouvé la mort dans les 30 jours après l'accident. Des facteurs de correction ont été appliqués aux statistiques des États membres qui n'appliquent pas cette définition.

Les données relatives aux accidents du travail concernent près de 90 % des personnes exerçant une activité professionnelle dans l'Union. Seuls les accidents entraînant une incapacité de travail supérieure à trois jours sont repris dans la source des données annuelles (SEAT) mais les accidents sans incapacité ou avec absence d'un à trois jours sont repris dans le module approprié sur les accidents du travail et les maladies professionnelles de l'enquête communautaire sur les forces de travail 1999. Les taux d'incidence n'ont été calculés que pour neuf grands secteurs d'activité économique (sections de la NACE Rév. 1).

La troisième enquête européenne sur les conditions de travail a été réalisée en 2000 par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Les enquêtes précédentes avaient été menées en 1990 et 1996.

Le Système européen de surveillance des accidents domestiques et de loisirs (EHLASS) a été mis en place par la décision 93/683/CEE du Conseil, du 29 octobre 1993. Depuis 1999, ce système est intégré au programme communautaire de prévention des blessures.

Liens vers d'autres parties du rapport

Santé et sécurité (annexes II et IV).

Pour en savoir plus

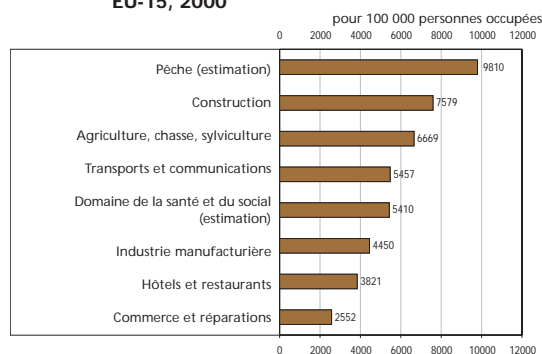
- "Statistiques sociales européennes – Accidents du travail et problèmes de santé liés au travail – 1994-2000" – Tableaux détaillés - édition 2002 - Eurostat.
- Statistiques en bref (Population et conditions sociales): "Les accidents du travail dans l'Union européenne en 1998-1999", n° 16/2001 et "Problèmes de santé liés au travail dans l'UE 1998-99"; Eurostat. Statistiques en bref (Transport): "La sécurité dans les transports", n° 3/2000, Eurostat. Statistiques en bref (Statistiques générales): "Décès sur les routes en Europe – Quelques données régionales", n°5/2001; Eurostat.
- "Statistiques européennes sur les accidents du travail – Méthodologie", édition 2001. Eurostat et DG Emploi et affaires sociales, série "Santé et sécurité au travail".
- "Chiffres-clés sur la santé", édition 2000. Eurostat.
- "Panorama des transports" (édition 2001), 2002, Eurostat.
- "Troisième enquête européenne sur les conditions de travail", 2000. "Precarious Employment and Health-Related Outcomes in the European Union", 1999. "For a better quality of work", septembre 2001. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Manuel d'orientation sur le stress lié au travail – Piment de la vie... ou coup fatal?", Commission européenne, 2000-12-16.

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
Groupe d'âge 18-24	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
Groupe d'âge 45-50	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

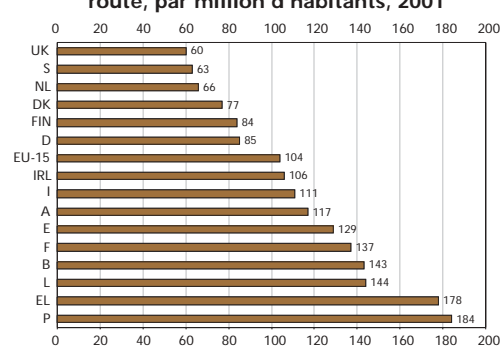
Source: Eurostat - Statistiques européennes sur les accidents du travail (SEAT).

Graphe 43 Accidents du travail par secteur d'activité, EU-15, 2000



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

Graphe 44 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.

Annexes

- | | |
|-------------------|--|
| Annexe I | Indicateurs-clés sociaux par État membre |
| Annexe II | Données statistiques - États membres de l'Union européenne |
| Annexe III | Indicateurs-clés sociaux par pays candidat |
| Annexe IV | Données statistiques - Pays candidats à l'adhésion à l'UE |
| Annexe V | Symboles, pays et groupes de pays, autres abréviations et acronymes |
| Annexe VI | Liste des "Data Shops" d'Eurostat |

Annexe I: Indicateurs-clés 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 solde migratoire pour 1 000 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	Age 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	Age 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	Age 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 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 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

- 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) homme/femme dans 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.

Annexe II: Données statistiques - États membres de l'Union européenne

1 ECONOMIE	EU-15	EUR-12 B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
Produit intérieur brut aux prix du marché																	
2001, en milliards d'euros	8 815	6 811	257	180	2 063	130	650	1 464	115	1 217	21	425	211	123	136	234	1 589
Taux de croissance du PIB à prix constants (1995)																	
Taux de croissance annuelle en 2000	3,5	3,5	4,0	3,0	3,0	4,1	4,1	3,8	11,5	2,9	7,5	3,5	3,0	3,5	6,1	3,6	3,1
Taux de croissance annuelle en 2001	1,5	1,4	1,0	1,0	0,6	4,1	2,8	1,8	5,9	1,8	3,5	1,1	1,0	1,7	0,7	1,2	1,9
"Par rapport au même trimestre de l'année précédente, 2002T1"	0,4	0,3	-0,3	1,1	-0,2	4,3	2,0	0,4	2,9	0,0	:	0,4	-0,6	1,4	-1,9	1,0	1,1
"Par rapport au même trimestre de l'année précédente, 2002T2"	0,7	0,6	0,3	1,9	0,1	:	2,0	1,0	:	0,2	:	0,1	:	:	:	1,6	1,2
Les taux de croissance pour 2002T1 et 2002T2 sont calculés à partir de données corrigées des variations saisonnières (sauf pour l'Irlande).																	
PIB par habitant (Indice EU-15 = 100, en SPA)																	
1995	100	101	113	118	110	66	78	104	94	104	172	110	111	70	97	103	97
2001	100	100	106	119	104	67	83	100	119	105	191	112	112	74	103	100	100
PIB par habitant en SPA																	
2001	23 200	23 100	24 600	27 600	24 100	15 500	19 200	23 300	27 700	24 400	300 26 000	25 900	17 100	24 000	23 200	23 200	
Revenu national net par habitant																	
2001, EU-15 = 100	100,0	95,3	109,4	136,3	106,0	55,8	69,3	104,2	113,4	91,3	172,4	113,0	110,0	51,8	109,0	109,6	119,4
Consommation des ménages par habitant																	
2001, EU-15 = 100	100,0	94,1	99,8	116,3	110,1	60,7	69,7	97,3	105,0	93,0	144,1	96,6	109,6	54,6	96,2	96,4	129,3
Elle comprend les dépenses de consommation individuelle des institutions sans but lucratif au service des ménages																	
Épargne nette par habitant																	
2001, EU-15 = 100	100,0	105,7	171,4	162,4	76,9	60,0	91,9	113,6	253,3	98,1	:	196,1	118,1	20,5	190,4	97,9	56,9
Rémunération brute par salarié																	
2001, EU-15 = 100	100,0	93,2	109,9	151,3	114,5	32,6	67,9	106,9	:	72,2	211,6	115,8	114,4	:	106,6	131,8	125,6
La rémunération brute des salariés inclut les traitements et salaires ainsi que les cotisations patronales. La rémunération brute des salariés est mesurée sur la base du concept domestique, tandis que leur nombre est déduit du concept national. Cette méthode a une incidence considérable pour le ratio de pays tels que le Luxembourg, dont une proportion relativement élevée de travailleurs résident dans les pays voisins.																	
Source: Eurostat - Comptes nationaux.																	
Dettes des administrations publiques (en % du PIB)																	
1999	67,8	72,5	115,0	52,7	61,3	103,8	63,1	58,5	49,6	114,5	6,0	63,1	64,9	54,2	46,8	65,0	45,2
2000	63,9	70,1	109,3	46,8	60,3	102,8	60,4	57,4	39,0	110,6	5,6	56,0	63,6	53,4	44,0	55,3	42,4
2001	63,0	69,1	107,5	44,5	59,8	99,7	57,2	57,2	36,6	109,4	5,5	53,2	61,7	55,6	43,6	56,0	39,0
Déficit des administrations publiques (-) (en % du PIB)																	
1999	-0,7	-1,3	-0,6	3,1	-1,6	-1,7	-1,1	-1,6	2,3	-1,8	3,8	0,4	-2,2	-2,2	1,9	1,6	1,1
2000	1,1	0,2	0,1	2,5	1,3	-0,8	-0,3	-1,3	4,5	-0,5	5,8	2,2	-1,5	-1,5	7,0	3,7	4,1
2001	-0,6	-1,3	0,2	2,5	-2,7	0,1	0,0	-1,4	1,7	-1,4	5,0	0,2	0,1	-2,2	4,9	4,7	0,9
Source: Eurostat - Comptes nationaux et financiers.																	
Taux d'inflation annuel par rapport au même mois de l'année précédente																	
Juillet 2001	2,5	2,6	2,7	2,3	2,6	4,2	2,4	2,2	4,0	2,4	2,4	5,3	2,8	4,3	2,6	2,9	1,4
Mai 2002	1,8	2,0	1,4	1,9	1,0	3,8	3,7	1,5	5,0	2,4	1,3	3,8	1,7	3,4	1,8	1,7	0,8
Juin 2002	1,6	1,8	0,8	2,2	0,7	3,6	3,4	1,5	4,5	2,2	1,3	3,9	1,5	3,5	1,5	1,7	0,6
Juillet 2002	1,8	2,0	1,1	2,2	1,0	3,6	3,5	1,5	4,2	2,4	1,9	3,8	1,5	3,6	2,0	1,8	1,1
Taux d'inflation annuel moyen sur 12 mois																	
Juillet 2002	2,1	2,3	1,9	2,2	1,7	3,8	3,0	1,8	4,4	2,3	1,7	4,6	1,9	3,7	2,3	2,6	1,2
"Le taux annuel d'inflation mesure l'évolution des prix entre le mois en cours et le même mois un an plus tôt. Cette mesure est sensible aux fluctuations récentes des prix, mais peut être influencée par des effets ponctuels enregistrés au cours d'un mois quelconque. Le taux moyen sur une période d'un an ignore cette volatilité en comparant les indices des prix à la consommation harmonisés (ICPH) des 12 derniers mois à la moyenne des 12 mois précédents. Cette mesure est moins sensible aux changements passagers des prix."																	
Source: Eurostat - Statistiques des prix."																	
Rendement des obligations d'État à 10 ans (taux d'intérêt à long terme de Maastricht), rendement mensuel moyen																	
Août 2001	5,03	5,07	5,15	5,12	4,82	5,33	5,16	4,95	5,01	5,22	4,81	4,98	5,09	5,23	5,06	5,16	5,07
Juin 2002	5,17	5,16	5,24	5,27	5,02	5,37	5,23	5,11	5,25	5,26	5,09	5,16	5,19	5,28	5,26	5,52	5,19
Juillet 2002	5,02	5,03	5,09	5,13	4,87	5,21	5,07	4,96	5,11	5,11	4,87	4,99	5,08	5,18	5,10	5,37	5,02
Août 2002	4,73	4,73	4,80	4,87	4,59	5,21	4,78	4,67	4,84	4,83	4,70	4,71	4,78	4,93	4,81	5,13	4,67
Rendement des obligations d'État à 10 ans (taux d'intérêt à long terme de Maastricht), rendement annuel moyen																	
1996	7,47	7,23	6,49	7,19	6,22	14,36	8,73	6,31	7,29	9,40	6,32	6,15	6,32	8,56	7,07	8,02	7,94
1999	4,73	4,66	4,75	4,91	4,50	6,30	4,73	4,61	4,72	4,73	4,67	4,63	4,68	4,79	4,73	4,99	5,02
2000	5,42	5,44	5,59	5,64	5,26	6,10	5,53	5,39	5,51	5,58	5,52	5,40	5,56	5,60	5,48	5,37	5,33
2001	5,00	5,03	5,13	5,08	4,80	5,30	5,12	4,94	5,01	5,19	4,86	4,96	5,07	5,16	5,04	5,11	5,01
Pour les années précédant 2001, les taux d'intérêt de la zone euro concernent EUR-11 (c'est-à-dire à l'exclusion de la Grèce).																	
Source: Eurostat - Indicateurs financiers.																	

2 POPULATION	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Population totale (en milliers)																
1.1.1960	314 826	9 129	4 565	72 543	8 300	30 327	45 465	2 836	50 026	313	11 417	7 030	8 826	4 413	7 471	52 164
1.1.1980	354 572	9 855	5 122	78 180	9 588	37 242	53 731	3 393	56 388	363	14 091	7 546	9 714	4 771	8 303	56 285
1.1.2000	375 974	10 239	5 330	82 163	10 543	39 442	58 744	3 777	57 680	436	15 864	8 103	9 998	5 171	8 861	59 623
1.1.2001, estimation révisée	377 988	10 263	5 349	82 260	10 565	40 122	59 040	3 826	57 844	441	15 987	8 121	10 243	5 181	8 883	59 863
1.1.2002, première estimation	379 449	10 292	5 367	82 360	10 596	40 428	59 344	3 874	58 018	447	16 101	8 140	10 303	5 195	8 910	60 075
2010, scénario de réf., révision de 1999	383 397	10 352	5 476	83 435	10 768	39 857	61 369	4 141	57 277	471	16 690	8 149	10 309	5 267	8 951	60 885
2015, scénario de réf., révision de 1999	385 186	10 419	5 514	83 477	10 817	39 824	62 192	≤4 295	56 761	485	16 993	8 163	10 437	5 295	9 017	61 495
2020, scénario de réf., révision de 1999	385 984	10 483	5 554	83 295	10 806	39 528	62 840	4 427	55 985	500	17 270	8 170	10 526	5 314	9 115	62 173
2050, scénario de réf., révision de 1999	364 485	10 104	5 555	76 006	10 231	35 145	62 153	4 757	48 072	559	17 679	7 612	10 669	4 951	9 197	61 793

Les nouvelles estimations relatives au 1.1.2001 et au 1.1.2002 n'ont pu être intégrées dans le portrait "2. Démographie, ménages et familles" de la section 3.

Taux de croissance de la population (par millier d'habitants), 2000

Accroissement total	2,8	2,3	3,6	0,4	2,1	1,2	5,0	11,4	2,8	12,8	7,5	2,3	2,5	1,9	2,4	3,5
Accroissement naturel	1,0	1,1	1,7	-0,9	-0,2	0,7	4,1	6,1	-0,3	4,5	4,1	0,2	1,4	1,4	-0,3	1,2
Solde migratoire	1,8	1,2	1,9	1,3	2,3	0,5	0,9	5,3	3,1	8,3	3,3	2,1	1,1	0,5	2,7	2,3

L'accroissement total de la population se compose de l'accroissement naturel (naissances vivantes moins les décès) et du solde migratoire. Le solde migratoire est estimé à partir de la différence entre l'accroissement de la population et l'accroissement naturel (solde migratoire corrigé).

Structure de la population (% du total), 2000

Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
0-19	23,0	23,6	23,7	21,3	21,8	21,7	25,6	30,8	19,8	24,4	24,4	22,8	23,5	24,7	24,2	25,3
20-59	55,4	54,5	56,6	55,7	55,1	56,7	53,9	54,1	56,3	56,5	57,5	56,8	55,9	55,5	53,6	54,3
60-79	18,0	18,4	15,8	19,4	19,6	17,9	16,9	12,6	20,0	16,0	15,0	16,9	17,8	16,5	17,2	16,5
80 et plus	3,7	3,5	3,9	3,6	3,5	3,7	3,6	2,5	3,9	3,1	3,2	3,5	2,8	3,3	4,9	4,0

Source: Eurostat - statistiques démographiques

Population âgée de 0 à 14 ans 2000 (en milliers)	63533	1795	983	12915	1603	5940	11145	826	8290	82	2946	1360	1677	943	1638	11390
Évolution en pourcentage, 2000/2015	-8	-11	-6	-11	-1	-4	-4	6	-10	-3	-2	-18	7	-12	-18	-11
Population âgée de 15 à 24 ans 2000 (en milliers)	46 736	1 240	620	9 123	1 476	5 778	7722	658	6823	49	1877	954	1484	662	1025	7244
Évolution en pourcentage, 2000/2015	-7	-1	15	-2	-26	-31	-4	-17	-17	30	11	-1	-21	-3	10	7
Population âgée de 25 à 54 ans 2000 (en milliers)	163 365	4434	2344	35 831	4 446	17 158	25 441	1 549	25 324	197	7299	3 611	4 245	2 258	3 678	25 549
Évolution en pourcentage, 2000/2015	-3	-6	-7	-3	3	2	-3	19	-6	0	-6	-3	4	-10	-3	-1
Population âgée de 55 à 64 ans 2000 (en milliers)	41 549	1042	595	10 955	1 199	3 960	5473	319	6 808	44	1 583	912	1 060	543	987	6 070
Évolution en pourcentage, 2000/2015	19	36	16	3	13	25	46	49	9	41	41	16	18	37	14	23
Population âgée de 65 ans et plus 2000 (en milliers)	60 988	1712	790	13 313	1 819	6 596	9419	424	10343	62	2 154	1 253	1 535	766	1 533	9 268
Évolution en pourcentage, 2000/2015	22	17	28	28	20	15	23	32	22	32	36	23	16	36	21	18
Population âgée de 80 ans et plus 2000 (en milliers)	13752	353	208	2 897	373	1 453	2117	95	2 240	13	501	278	285	171	436	2 332
Évolution en pourcentage, 2000/2015	48	61	7	49	71	59	66	26	63	67	36	38	51	44	6	18

Source: Eurostat: Statistiques démographiques; Scénario démographique de référence, projection de 1995, révision de 1999.

Immigration par grands groupes de nationalités, 1999

Total	2 062 982	68 466	51 372	874 023	12 630	127 365	57 846	47 522	171 967	12 794	119 151	86 710	14 476	14 744	49 839	354 077
Ressortissants nationaux	510 137	10 682	22 542	200 150	:	28 243	:	25 922	28 816	1 018	40 786	14 331	:	6 807	15 266	115 574
Ressortissants d'autres EM de l'UE	354 588	28 022	7 983	135 268	2 888	32 104	5 551	14 695	9 240	8 204	20 439	13 326	4 568	1 521	8 836	61 943
Ressortissants de pays hors UE	1 198 257	29 762	20 847	538 605	9 742	67 018	52 295	6 905	133 911	3 572	57 926	59 053	9 908	6 416	25 737	176 560

DK et EL: 1998, I: 1996.

Émigration par grands groupes de nationalités, 1999

Total	1 256 000	41 307	40 340	672 048	:	:	:	29 000	46 273	8 075	59 023	66 923	:	11 966	35 705	245 340
Ressortissants nationaux	403 139	16 927	24 693	116 410	:	:	:	:	38 984	1 172	38 358	19 644	:	9 966	22 123	114 862
Ressortissants d'autres EM de l'UE	244 527	15 997	5 807	141 205	:	:	:	:	2 173	5 560	10 127	7 653	:	947	6 365	48 693
Ressortissants de pays hors UE	579 334	8 383	9 840	414 433	:	:	:	:	5 116	1 343	10 538	39 626	:	1 053	7 217	81 785

DK IRL et I: 1998. 1997.

2 POPULATION (Suite)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
----------------------	-------	---	----	---	----	---	---	-----	---	---	----	---	---	-----	---	----

Solde migratoire par grands groupes de nationalités, 1999

Total	: 27 159	11 032	201 975	:	:	:	:	:	:	4 719	60 128	19 787	:	2 778	14 134	108 737
Ressortissants nationaux	: - 6 245	- 2 151	83 740	:	:	:	:	:	:	- 154	2 428	- 5 313	:	- 3 159	- 6 857	712
Ressortissants d'autres EM de l'UE	: 12 025	2 176	- 5 937	:	:	:	:	:	:	2 644	10 312	5 673	:	574	2 471	13 250
Ressortissants de pays hors UE	: 21 379	11 007	124 172	:	:	:	:	:	:	2 229	47 388	19 427	:	5 363	18 520	94 775

DK 1998.

Population par grands groupes de nationalités, en milliers, 2000 (ou dernières données disponibles)

Total	374 667	10 239	5 314	82 163	10 487	39 442	58 521	3 787	57 680	424	15 864	8 103	9 998	5 171	8 861	58 614
Ressortissants nationaux	355 974	9 386	5 057	74 820	10 325	38 640	55 258	3 660	56 409	276	15 212	7 349	9 807	5 084	8 374	56 317
Étrangers	18 692	853	256	7 344	161	801	3 263	127	1 271	148	652	754	191	88	487	2 298
Ressortissants d'autres EM de l'UE	5 801	564	53	1 859	45	312	1 195	92	149	131	196	99	52	16	177	859
Ressortissants de pays hors UE	12 892	290	203	5 485	116	489	2 068	34	1 122	16	456	654	138	71	310	1 439

DK: 1999, EL: 1997, F: 1999, L: 1998, UK: 1999. A: La ventilation des étrangers a été calculée sur la base du ratio de 1998 des ressortissants d'autres EM de l'UE par rapport aux ressortissants hors UE. Les chiffres EU-15 sont simplement le résultat de l'addition des autres chiffres de la rangée. Les données de cinq pays étant antérieures à 2000, la population totale de l'EU-15 est supérieure au nombre indiqué. Elle est actuellement estimée à 375 974 000. Elle sera révisée au printemps 2002 sur la base des nouveaux chiffres communiqués par la France et l'Espagne, voire d'autres pays également.

Population par grands groupes de nationalités, en %, 2000 (ou dernières données disponibles)

Total	95,0	91,7	95,2	91,1	98,5	98,0	94,4	96,7	97,8	65,1	95,9	90,7	98,1	98,3	94,5	96,1
Ressortissants nationaux	5,0	8,3	4,8	8,9	1,5	2,0	5,6	3,3	2,2	34,9	4,1	9,3	1,9	1,7	5,5	3,9
Étrangers	1,5	5,5	1,0	2,3	0,4	0,8	2,0	2,4	0,3	31,0	1,2	1,2	0,5	0,3	2,0	1,5
Ressortissants d'autres EM de l'UE	3,4	2,8	3,8	6,7	1,1	1,2	3,5	0,9	1,9	3,8	2,9	7,9	1,4	1,4	3,5	2,5
Ressortissants de pays hors UE																

DK: 1999, EL: 1997, F: 1999, L: 1998, UK: 1999. A: ventilation des étrangers: 1998.

Demandes d'asile (par milliers)

1990	397,0	12,9	5,3	193,1	4,1	8,6	54,8	0,1	3,6	0,1	21,2	22,8	0,1	2,7	29,4	38,2
1991	511,2	15,4	4,6	256,1	2,7	8,1	47,4	0,0	24,5	0,2	21,6	27,3	0,2	2,1	27,4	73,4
1992	672,4	17,7	13,9	438,2	2,1	11,7	28,9	0,0	2,6	0,1	20,3	16,2	0,7	3,6	84,0	32,3
1993	516,7	26,7	14,3	322,6	0,9	12,6	27,6	0,1	1,3	0,2	35,4	4,7	2,1	2,0	37,6	28,5
1994	300,3	14,3	6,7	127,2	1,1	12,0	26,0	0,4	1,8	0,3	52,6	5,1	0,6	0,8	18,6	32,8
1995	263,7	11,4	5,1	127,9	1,3	5,7	20,4	0,4	1,8	0,3	29,3	5,9	0,3	0,8	9,0	44,0
1996	227,8	12,4	5,9	117,3	1,6	4,7	17,4	1,2	0,7	0,3	22,9	7,0	0,3	0,7	5,8	29,6
1997	242,8	11,8	5,1	104,4	4,4	5,0	21,4	3,9	1,9	0,4	34,4	6,7	0,3	1,0	9,7	32,5
1998	295,5	22,0	5,7	98,6	3,0	4,9	22,4	4,6	13,1	1,7	45,2	13,8	0,4	1,3	12,8	46,0
1999	352,5	35,7	6,5	95,1	1,5	8,4	30,9	7,7	18,5	2,9	39,3	20,1	0,3	3,1	11,2	71,2

Taux par millier d'habitants, 1999 0,9 3,5 1,2 1,2 0,1 0,2 0,5 2,1 0,3 6,8 2,5 2,5 0,0 0,6 1,3 1,2

B - exclut les enfants à charge. Le chiffre de 1999 est la somme des données mensuelles fournies à Eurostat. I: exclut les enfants à charge. DK - exclut les demandes faites en dehors du DK et les demandes rejetées à la frontière. D: exclut les demandes répétées. Comprend les enfants à charge si les parents ont demandé l'asile pour eux. EL: les chiffres de 1989 à 1992 sont la somme des demandes enregistrées par les autorités grecques et par le HCR (Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés). E E: jusqu'en 1998 - exclut les personnes à charge; depuis 1999 - inclut les personnes à charge. F: exclut les enfants et certains adultes les accompagnant. NL, A: exclut les personnes déplacées de l'ex-Yougoslavie qui ont reçu l'autorisation de rester à titre exceptionnel. S: exclut les demandes répétées. UK: exclut les personnes à charge.

Source: Eurostat - statistiques sur la migration.

Nombre de ménages (milliers), 2001

155 842	4 294	2 457	37 853	3 993	13 184	24 477	1 291	21 968	172	6 850	3 298	3 410	2 382	4 394	25 820	
Nombre moyen de personnes par ménage																
1981/1982	2,8	2,7	2,4	2,5	3,1	3,6	2,7	3,6	3,0	2,8	2,8	2,7	3,3	2,6	2,3	2,7
1991	2,6	2,6	2,2	2,3	2,8	3,3	2,5	3,3	2,8	2,7	2,4	2,6	3,1	2,3	2,1	2,5
2001	2,4	2,4	2,2	2,1	2,6	3,0	2,4	3,0	2,6	2,5	2,3	2,4	2,9	2,1	2,0	2,3

DK: 2000, S: 1990 et 2000. DK, IRL (2001), FIN, S: données provenant de sources nationales. Source: Eurostat - Recensements de la population (1981/1982). Enquête européenne sur les forces de travail (1991 et 2001).

Ventilation par type de ménage de la population vivant au sein de ménages privés, 2000

Population totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1 adulte sans enfant à charge	12	12	17	16	8	5	13	7	9	10	14	12	5	17	20	13
... De moins de 30 ans	2	1	4	3	1	0	2	1	0	2	3	2	0	4	5	2
... Âgé de 30 à 64 ans	5	5	7	7	3	2	5	3	3	5	6	6	1	8	9	6
... Âgé de 65 ans et plus	5	6	6	6	4	3	5	3	5	4	5	5	3	6	6	6
... Homme	5	5	8	7	3	2	5	4	3	4	6	5	1	7	10	6
... De moins de 30 ans	1	1	2	1	1	0	1	0	0	1	2	1	0	2	3	1
... Âgé de 30 à 64 ans	3	3	4	4	1	1	3	2	2	3	4	3	1	4	5	3
... Âgé de 65 ans et plus	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
... Femme	7	8	9	9	5	3	8	4	6	5	8	8	3	10	10	7
... De moins de 30 ans	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	2	2	1
... Âgé de 30 à 64 ans	2	2	2	3	1	1	3	1	2	2	3	3	1	4	3	3
... Âgé de 65 ans et plus	4	5	5	5	3	2	4	2	4	3	4	4	2	4	5	4
2 adultes sans enfant à charge	24	25	28	29	22	17	25	14	18	19	29	23	16	26	25	27
... Tous deux de moins de 65 ans	14	14	19	18	9	7	15	8	8	12	20	14	8	16	15	17
... Dont au moins l'un des deux de 65 ans	10	11	9	11	13	10	10	6	10	7	9	9	9	9	10	10

2 POPULATION (Suite)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
3 adultes ou plus sans enfant à charge	14	11	8	10	21	23	8	13	21	12	10	15	18	5	1	11
1 adulte avec enfant à charge	4	5	3	4	2	2	5	3	2	3	3	3	3	5	7	8
2 adultes avec enfant à charge	35	40	35	33	34	34	42	39	36	44	35	33	38	41	45	32
...1 enfant	11	12	11	12	10	11	12	8	13	14	9	11	16	13	12	9
...2 enfants	17	17	15	15	18	18	18	15	18	19	17	16	17	17	20	15
... 3 enfants ou plus	8	11	9	6	5	5	12	17	5	11	8	6	5	11	13	9
3 adultes ou plus avec enfants à charge	11	7	10	7	13	20	8	24	13	12	9	14	20	6	1	8

Note: les enfants à charge incluent tous les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans et toutes les personnes de 15 à 24 ans qui sont économiquement inactives (principalement des élèves/étudiants) et vivent avec au moins l'un de leurs deux parents.

Source: Eurostat - Enquête européenne sur les forces de travail 2000. DK, IRL, FIN, S: 1997, Panel communautaire des ménages, UDB septembre 2001.

Ventilation par type de ménage de la population vivant au sein de ménages privés, 1988

Population totale	100	100	:	100	100	100	100	100	100	100	:	100	:	:	:	100
1 adulte sans enfant à charge	10	11	:	15	6	3	11	6	8	9	:	4	:	:	:	10
2 adultes sans enfant à charge	21	21	:	25	18	13	22	13	18	21	:	15	:	:	:	25
3 adultes ou plus sans enfant à charge	14	10	:	14	15	17	9	12	18	16	:	15	:	:	:	16
1 adulte avec enfant à charge	3	3	:	3	2	1	3	3	2	2	:	2	:	:	:	4
2 adultes avec enfant à charge	38	46	:	33	42	37	46	46	40	38	:	34	:	:	:	35
3 adultes ou plus avec enfants à charge	14	8	:	10	18	29	9	21	14	15	:	29	:	:	:	11

Source: Eurostat - Enquête européenne sur les forces de travail 1988.

Ventilation de la population âgée en fonction de la position dans le ménage et de la classe d'âge, 2010

Population âgée de 65 ans et plus	32	35	42	35	27	22	34	32	27	28	33	31	23	38	42	35
Personnes vivant seules	54	48	52	56	57	58	54	42	52	52	55	52	57	48	54	52
Personnes vivant avec un partenaire	9	13	2	5	10	18	6	17	14	16	3	13	18	9	2	8
Autres positions dans le ménage	4	4	5	3	6	2	5	9	7	4	9	4	2	5	2	4
Ménages institutionnalisés	27	29	36	30	23	18	29	30	23	24	30	26	20	34	33	30
Personnes vivant seules	63	56	60	64	65	67	64	49	61	61	65	60	64	56	64	61
Personnes vivant avec un partenaire	8	13	2	4	8	13	5	15	12	12	2	12	15	8	2	7
Autres positions dans le ménage	2	2	3	1	4	1	2	6	4	3	3	2	1	2	1	2
Ménages institutionnalisés	45	51	62	52	36	30	46	39	39	38	44	43	32	49	62	50
Personnes vivant seules	31	28	26	29	35	34	34	19	30	28	27	29	35	23	30	31
Personnes vivant avec un partenaire	14	14	2	9	16	32	10	23	17	25	5	17	30	14	3	11
Autres positions dans le ménage	10	8	10	10	12	4	10	19	13	9	24	11	4	14	4	8
Ménages institutionnalisés																

La catégorie "Personnes vivant avec un partenaire" inclut les personnes âgées vivant avec leur partenaire et d'autres adultes ou enfants.

Source: Eurostat - Scénarios (de base) des ménages (Base: 1995).

Taux brut de nuptialité (par millier d'habitants)

1960	8,0	7,2	7,8	9,5	7,0	7,7	7,0	5,5	7,7	7,1	7,8	8,3	7,8	7,4	6,7	7,5
1970	7,7	7,6	7,4	7,4	7,7	7,3	7,8	7,0	7,3	6,4	9,5	7,1	9,4	8,8	5,4	8,5
1980	6,3	6,7	5,2	6,3	6,5	5,9	6,2	6,4	5,7	5,9	6,4	6,2	7,4	6,1	4,5	7,4
1990	6,0	6,5	6,1	6,5	5,8	5,7	5,1	5,1	5,6	6,1	6,4	5,8	7,2	5,0	4,7	6,5
1999	5,1	4,3	6,7	5,2	5,9	5,2	4,8	4,9	4,8	4,8	5,7	4,9	6,9	4,7	4,0	5,1
2000	:	4,4	:	5,1	5,9	:	5,1	5,0	:	4,9	5,5	4,8	6,4	5,1	4,5	:

Le taux brut de nuptialité est le rapport des mariages à la population moyenne d'une année donnée.

Indicateur conjoncturel de fécondité

1960	2,59	2,56	2,57	2,37	2,28	2,86	2,73	3,76	2,41	2,28	3,12	2,69	3,1	2,72	2,2	2,72
1970	2,38	2,25	1,95	2,03	2,39	2,90	2,47	3,93	2,42	1,98	2,57	2,29	2,83	1,82	1,92	2,43
1980	1,82	1,68	1,55	1,56	2,21	2,20	1,95	3,23	1,64	1,49	1,60	1,65	2,18	1,63	1,68	1,90
1990	1,57	1,62	1,67	1,45	1,39	1,36	1,78	2,11	1,33	1,61	1,62	1,45	1,57	1,78	2,13	1,83
2000	1,53	1,65	1,76	1,34	1,30	1,22	1,89	1,89	1,25	1,78	1,72	1,32	1,54	1,73	1,54	1,64

L'indicateur conjoncturel de fécondité est le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme si les taux actuels de fécondité se maintenaient.

Pourcentage de naissances vivantes hors mariage

1960	5,1	2,1	7,8	7,6	1,2	2,3	6,1	1,6	2,4	3,2	1,4	13,0	9,5	4,0	11,3	5,2
1970	5,6	2,8	11,0	7,2	1,1	1,4	6,9	2,7	2,2	4,0	2,1	12,8	7,3	5,8	18,6	8,0
1980	9,6	4,1	33,2	11,9	1,5	3,9	11,4	5,0	4,3	6,0	4,1	17,8	9,2	13,1	39,7	11,5
1990	19,6	11,6	46,4	15,3	2,2	9,6	30,1	14,6	6,5	12,8	11,4	23,6	14,7	25,2	47,0	27,9
1999	27,2	20,1	44,9	21,6	4,0	14,1	40,7	30,9	9,2	18,6	22,8	30,5	20,8	38,7	55,3	38,8
2000	:	:	:	23,0	4,0	:	:	31,8	:	21,9	25,1	31,3	22,2	39,2	55,3	39,5

2 POPULATION (Suite)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Taux brut de divorcialité (par millier d'habitants)																
1960	0,5	0,5	1,5	1,0	0,3	-	0,7	-	-	0,5	0,5	1,1	0,1	0,8	1,2	0,5
1970	0,8	0,7	1,9	1,3	0,4	-	0,8	-	-	0,6	0,8	1,4	0,1	1,3	1,6	1,1
1980	1,4	1,5	2,7	1,8	0,7	-	1,5	-	0,2	1,6	1,8	1,8	0,6	2,0	2,4	2,8
1990	1,7	2,0	2,7	2,0	0,6	0,6	1,9	-	0,5	2,0	1,9	2,1	0,9	2,6	2,3	2,9
1999	1,8	2,6	2,5	2,3	0,9	0,9	2,0	-	0,6	2,4	2,1	2,3	1,8	2,7	2,4	2,7
2000	:	2,6	:	:	0,9	:	:	:	0,6	2,3	2,1	2,4	1,9	2,7	2,4	:

Le taux brut de divorcialité est le rapport du nombre des divorces à la population moyenne d'une année donnée.

Proportion de mariages rompus par un divorce, par promotion (%)

1950	:	:	:	:	:	:	:	-	2	:	10	:	:	:	:	:
1960	15	15	29	18	6	5	17	-	3	14	17	18	4	22	32	23
1970	22	26	40	28	8	8	28	:	5	26	25	27	9	33	38	34
1980	28	35	44	36	12	12	35	:	8	40	33	34	16	41	46	42
1983	29	37	43	36	13	14	35	:	9	40	33	36	17	45	47	43

En cumulant les séries de taux de divorcialité par durée de mariage calculés pour une suite de n années calendaires pour la même promotion de mariage, on obtient la proportion de mariages rompus par divorce pour cette promotion au bout de n années. En pratique, les taux de divorcialité pour les mariages de longues durées peuvent être estimés à partir des taux observés sur des promotions antérieures sans attendre que la cohorte ait complètement terminé sa vie matrimoniale. On obtient ainsi une estimation de la proportion définitive des mariages qui seront rompus par divorce pour cette promotion.

EU-15: Royaume-Uni; Écosse et Irlande du Nord non comprises.

Durée médiane du mariage au divorce par promotion, en années

1950	:	:	:	:	:	:	:	-	21,4	:	16,9	:	:	:	:	:
1960	14,4	17,5	14,4	12,5	14,6	19,0	15,5	-	21,0	17,5	17,2	11,2	22,7	15,5	14,9	16,3
1970	14,0	16,6	11,9	12,0	14,3	19,8	15,5	:	20,5	15,6	14,8	11,9	19,0	14,6	13,3	13,3
1980	12,7	15,0	10,7	11,5	12,3	16,6	14,2	:	17,4	13,6	12,7	11,4	16,1	14,2	12,1	12,0
1983	12,5	14,9	10,8	11,8	12,1	15,6	14,0	:	17,1	13,2	12,7	11,3	15,7	13,7	12,1	11,6

EU-15: Royaume-Uni; Écosse et Irlande du Nord non comprises.

Source: Eurostat - Statistiques démographiques.

Pourcentage de couples vivant en union consensuelle, 1998

Classe d'âge 16 à 29 ans	33	35	57	35	8	12	41	29	11	27	56	30	15	61	70	53
Population totale	9	9	17	9	1	3	10	4	2	7	15	9	5	21	23	13

L: 1996, FIN: 1997.S: 1997 données de l'enquête nationale sur la répartition des revenus. Source: base de données "Utilisateurs" du PCM, version de décembre 2001.

Pourcentage de la population âgée de 16 ans ou plus qui s'occupe gratuitement d'enfants ou d'autres personnes (1) lors de ses activités quotidiennes, par sexe, 1998

Hommes	18	23	26	19	11	12	13	16	20	21	32	14	7	22	:	20
Femmes	33	41	34	28	35	32	24	40	43	36	43	36	31	31	:	31

Pourcentage de la population âgée de 16 ans ou plus qui s'occupe gratuitement d'enfants lors de ses activités quotidiennes, par sexe, 1998

Hommes	14	19	23	17	10	10	11	14	18	19	28	12	6	18	:	8
Femmes	27	36	28	26	32	26	21	36	39	32	39	32	26	26	:	18

Pourcentage de la population âgée de 16 ans ou plus qui s'occupe gratuitement de personnes autres que des enfants (1) lors de ses activités quotidiennes, par sexe, 1998

Hommes		5	5	3	2	3	3	3	4	4	5	2	1	4	:	13
Femmes		8	8	2	6	7	5	6	8	7	9	7	8	6	:	16

(1) Soins aux personnes malades, handicapées ou de constitution fragile.

Source: Eurostat - Panel communautaire des ménages (PCM), UDB, version de décembre 2001. L: 1996, FIN: 1997.

3 ÉDUCATION ET FORMATION

EU-15 B DK D EL E F IRL I L NL A P FIN S UK

Ventilation de la population âgée de 25 à 64 ans par groupe d'âge, sexe et niveau d'études (%), 2000

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
25 à 64 ans																
..Hommes et femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	36,4	41,7	20,2	18,7	48,8	62,9	37,7	50,7	54,8	39,1	33,9	23,8	78,4	26,8	22,8	19,3
....2 ^e cycle du secondaire	42,4	31,2	54,0	57,4	34,3	15,3	40,7	27,1	35,6	42,6	42,0	61,9	11,7	40,5	47,5	52,5
....Enseignement supérieur	21,2	27,1	25,8	23,8	16,9	21,8	21,6	22,2	9,6	18,3	24,1	14,2	9,8	32,6	29,7	28,1
..Hommes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	33,7	42,3	18,5	14,2	46,7	61,4	34,8	54,3	54,1	34,8	30,2	17,0	80,1	28,4	24,3	16,3
....2 ^e cycle du secondaire	43,5	31,1	57,1	56,8	34,4	15,8	44,0	23,2	36,0	44,4	43,1	65,9	11,7	42,2	48,3	54,0
....Enseignement supérieur	22,8	26,6	24,4	28,9	18,8	22,8	21,1	22,5	9,9	20,8	26,7	17,1	8,2	29,4	27,4	29,6
..Femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	39,1	41,1	22,0	23,3	50,8	64,2	40,6	47,1	55,5	43,5	37,8	30,6	76,7	25,3	21,2	22,6
....2 ^e cycle du secondaire	41,3	31,2	50,8	58,0	34,1	14,9	37,4	30,9	35,1	40,8	40,8	58,0	11,8	38,8	46,7	50,9
....Enseignement supérieur	19,6	27,7	27,2	18,6	15,1	20,9	22,0	22,0	9,4	15,7	21,4	11,4	11,5	35,9	32,1	26,5
25 à 29 ans																
..Hommes et femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	24,3	19,8	13,5	16,3	25,3	38,6	21,1	:	36,7	29,9	24,2	16,1	62,4	13,2	13,2	9,9
....2 ^e cycle du secondaire	50,0	42,5	61,2	65,7	53,8	22,0	43,4	:	54,0	45,3	48,0	70,7	23,3	50,5	52,3	57,5
....Enseignement supérieur	25,7	37,7	25,3	18,0	20,9	39,5	35,5	:	9,2	24,8	27,8	13,3	14,3	36,3	34,5	32,6
..Hommes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	25,4	22,4	15,6	14,7	29,4	43,1	21,3	:	39,8	32,4	26,1	12,0	65,7	15,7	12,8	9,6
....2 ^e cycle du secondaire	50,8	43,6	63,4	67,8	52,6	23,0	46,5	:	52,4	45,1	48,0	73,7	22,8	55,8	56,7	56,2
....Enseignement supérieur	23,8	34,1	21,0	17,5	18,0	33,9	32,2	:	7,8	22,6	25,9	14,3	11,6	28,5	30,5	34,2
..Femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	23,3	17,2	11,5	17,9	21,1	34,0	20,8	:	33,7	27,3	22,3	20,0	59,2	10,5	13,6	10,3
....2 ^e cycle du secondaire	49,2	41,3	59,0	63,6	55,0	20,9	40,4	:	55,6	45,5	47,9	67,8	23,8	44,9	47,7	58,9
....Enseignement supérieur	27,6	41,5	29,5	18,5	23,9	45,0	38,8	:	10,7	27,2	29,8	12,3	16,9	44,7	38,7	30,8
30 à 49 ans																
..Hommes et femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	31,9	37,2	17,3	15,7	40,7	57,7	33,9	:	49,1	36,3	30,7	19,8	78,9	18,6	18,0	15,4
....2 ^e cycle du secondaire	45,1	33,2	53,4	58,0	38,7	18,7	44,0	:	39,7	45,3	44,0	64,4	11,2	45,0	50,2	55,3
....Enseignement supérieur	22,9	29,6	29,3	26,3	20,7	23,6	22,1	:	11,2	18,4	25,3	15,9	9,9	36,3	31,8	29,2
..Hommes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	30,4	39,7	16,6	13,1	39,4	56,9	31,9	:	49,4	32,3	28,9	14,5	80,6	21,2	19,8	12,9
....2 ^e cycle du secondaire	45,5	31,9	57,1	56,3	38,1	18,6	46,8	:	39,3	46,6	43,5	67,8	11,1	47,7	51,0	56,4
....Enseignement supérieur	24,1	28,4	26,4	30,6	22,5	24,5	21,3	:	11,3	21,0	27,7	17,7	8,3	31,2	29,3	30,8
..Femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	33,5	34,7	18,2	18,5	41,8	58,4	35,9	:	48,8	40,4	32,6	25,1	77,2	16,0	16,1	18,0
....2 ^e cycle du secondaire	44,7	34,5	49,4	59,7	39,2	18,8	41,3	:	40,1	43,8	44,5	60,8	11,3	42,3	49,5	54,3
....Enseignement supérieur	21,8	30,8	32,4	21,8	18,9	22,8	22,8	:	11,1	15,7	22,9	14,0	11,5	41,7	34,4	27,7
50 à 64 ans																
..Hommes et femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	48,9	58,6	27,2	24,3	69,2	82,0	51,9	:	72,4	48,6	43,8	34,4	87,5	44,0	33,3	31,8
....2 ^e cycle du secondaire	34,6	23,0	52,3	54,0	20,8	6,9	33,5	:	20,4	36,3	35,9	53,9	5,6	30,4	41,8	44,4
....Enseignement supérieur	16,4	18,4	20,5	21,7	10,0	11,1	14,7	:	7,2	15,1	20,3	11,7	6,9	25,6	24,9	23,7
..Hommes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	42,8	55,3	22,5	15,9	63,9	77,3	46,1	:	68,4	40,6	34,2	23,8	87,6	44,2	35,3	25,6
....2 ^e cycle du secondaire	37,2	24,5	54,9	54,3	22,2	7,9	37,9	:	23,2	39,8	40,4	59,1	6,3	29,0	41,3	48,8
....Enseignement supérieur	20,1	20,2	22,6	29,8	13,8	14,9	16,0	:	8,4	19,6	25,4	17,1	6,1	26,8	23,4	25,6
..Femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	55,2	61,8	32,2	32,8	74,0	86,4	57,4	:	76,3	56,7	53,6	44,6	87,4	43,8	31,3	39,6
....2 ^e cycle du secondaire	32,0	21,5	49,6	53,7	19,5	6,0	29,2	:	17,7	32,7	31,3	48,9	4,7	31,8	42,3	39,0
....Enseignement supérieur	12,7	16,7	18,2	13,5	6,4	7,5	13,4	:	6,0	10,6	15,1	6,5	7,9	24,5	26,4	21,4

Les niveaux d'études sont définis en fonction de la CITE (Classification internationale type de l'éducation). Les niveaux inférieurs à ceux du 2ème cycle du secondaire correspondent aux catégories 0 à 2 de la CITE, le 2^e cycle du secondaire à la catégorie 3-4 (comprenant donc l'enseignement postsecondaire non supérieur) et l'enseignement supérieur aux catégories 5 à 6. IRL: données de 1997. UK - Les "O' Levels" du GCSE sont classés au niveau 3.

Taux de chômage de la population âgée de 25 à 59 ans par sexe et par niveau d'études, 2000

Hommes et femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	11	9	7	14	9	14	14	:	10	3	3	8	4	12	8	9
....2 ^e cycle du secondaire	7	5	4	8	11	11	8	:	7	2	2	2	4	9	5	4
....Enseignement supérieur	4	2	3	4	7	9	5	:	6	1	2	2	2	5	3	2
Hommes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	9	7	5	15	6	10	12	:	8	3	3	10	3	11	8	12
....2 ^e cycle du secondaire	6	4	3	8	7	7	6	:	5	1	1	2	2	8	5	5
....Enseignement supérieur	4	2	3	4	5	6	5	:	4	1	1	2	2	4	4	2
Femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	14	13	8	13	14	22	16	:	15	4	4	7	4	13	8	6
....2 ^e cycle du secondaire	8	7	5	9	17	18	11	:	11	3	2	2	5	10	5	4
....Enseignement supérieur	5	3	3	5	10	13	6	:	8	1	2	2	3	6	2	2

Participation (%) à des activités d'éducation ou de formation au cours des quatre dernières semaines de la population âgée de 25 à 64 ans par sexe et par niveau d'études, 2000

..Hommes et femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	8	7	21	5	1	5	3	5	5	5	16	8	3	20	22	21
....2 ^e cycle du secondaire	2	2	11	2	0	1	1	2	2	1	9	4	1	9	14	7
....Enseignement supérieur	10	7	20	6	2	9	2	5	10	6	18	9	14	19	19	20
..Hommes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	16	14	31	7	2	13	7	12	10	11	21	15	11	30	31	35
....2 ^e cycle du secondaire	8	8	18	6	1	4	3	5	5	6	16	9	3	18	19	18
....Enseignement supérieur	2	3	9	2	0	1	1	2	2	1	11	:	1	8	12	6
..Femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	9	8	16	6	2	9	2	:	10	7	19	:	16	17	17	16
....2 ^e cycle du secondaire	14	15	29	6	2	11	7	:	9	12	19	:	11	28	28	29
....Enseignement supérieur	9	6	24	5	1	5	3	5	5	4	15	7	3	22	24	24
..Hommes et femmes																
....< 2 ^e cycle du secondaire	3	2	13	1	0	1	1	:	2	1	8	:	1	9	17	8
....2 ^e cycle du secondaire	10	6	24	5	2	9	3	:	10	4	16	:	13	21	20	24
....Enseignement supérieur	18	12	33	9	2	15	7	:	11	11	23	:	10	32	34	41

F, NL, P - L'information sur la formation n'est recueillie que si celle-ci se déroule au moment de l'enquête. Par conséquent, l'ampleur des formations peut être sous-estimée. IRL et A: données de 1997. UK - Les "O' Levels" du GCSE sont classés au niveau 3. Source: Eurostat - Enquête européenne sur les forces de travail

3 ÉDUCATION ET FORMATION (Suite)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
-------------------------------------	-------	---	----	---	----	---	---	-----	---	---	----	---	---	-----	---	----

Taux de participation par sexe (16-18 ans), 1998/1999

Hommes	81	91	82	92	80	75	89	76	71	75	94	84	72	91	93	68
Femmes	84	95	84	91	70	80	90	90	77	81	94	80	85	93	100	73

D: niveau 6 non disponible, L: ne possède pas de système universitaire complet, niveau 6 non disponible.

Nombre de femmes pour 100 hommes dans l'enseignement supérieur

1981/1982	80	76	98	72	74	83	105	67	77	:	70	76	102	89	108	59
1997	107	102	120	84	92	112	122	107	117	:	93	95	134	112	126	107
1998/1999	111	109	129	90	101	113	119	115	123	107	97	100	127	117	136	114

D: niveau 6 non disponible, L: ne possède pas de système universitaire complet, niveau 6 non disponible.

Age médian des étudiants de l'enseignement supérieur, 1998/1999

Hommes et femmes	23	21	26	26	20	22	22	21	23	23	23	25	23	25	26	24
Hommes	24	22	26	27	20	23	22	21	24	:	23	26	23	25	25	24
Femmes	23	21	26	25	20	22	22	21	23	:	22	25	23	25	26	24

D: niveau 6 non disponible, L: 1997.

Dépenses publiques totales consacrées à l'éducation en tant que % du PIB (en SPA)

1998	5,0	5,2	8,2	4,7	3,5	4,5	5,9	4,9	4,6	:	4,9	6,3	5,6	6,2	8,0	4,6
1999	5,0	5,5	8,0	4,7	3,7	4,5	5,9	4,6	4,5	:	4,8	6,3	5,7	6,2	7,7	4,6
2000	5,1	:	:	:	3,5	4,5	5,8	4,5	4,6	:	4,9	:	:	6,0	8,4	4,9
2001	:	:	:	:	3,5	4,4	5,7	:	4,5	:	4,9	:	:	:	8,3	:

Source: Eurostat - UOE (Questionnaires Unesco, OCDE et Eurostat sur les statistiques de l'éducation).

4 MARCHÉ DE L'EMPLOI	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Personnes occupant un emploi par secteur (% du total), 2000																
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Agriculture	:	2,0	3,6	2,5	16,7	6,6	4,4	7,5	4,8	:	3,5	13,4	10,8	6,2	2,7	1,5
Industrie	:	23,4	22,9	29,2	24,1	29,7	23,6	28,9	29,7	:	20,1	25,0	31,2	28,1	23,8	25,3
Services	:	74,6	73,5	68,4	59,1	63,7	72,0	63,6	65,5	:	76,4	61,5	58,0	65,7	73,5	73,2
Pourcentage de travailleurs indépendants parmi les personnes occupant un emploi, 2000																
Total	14,7	17,5	7,1	10,3	44,3	16,5	7,4	18,1	26,2	6,4	14,1	18,9	27,4	11,6	5,3	11,8
Travail à temps partiel en tant que % de l'emploi total, par sexe, 2000																
Total	17,7	20,8	21,3	19,4	4,5	8,0	16,7	16,4	8,4	10,4	41,0	14,3	10,8	12,3	22,6	25,0
Hommes	6,2	5,8	10,2	5,0	2,5	2,8	5,3	6,9	3,7	1,9	19,3	3,9	6,2	8,0	10,6	9,1
Femmes	33,2	40,5	34,1	37,9	7,8	16,9	30,8	30,1	16,5	24,9	70,4	28,3	16,3	17,0	36,0	44,6
Taux d'emploi par classe d'âge, 2000																
50-54	70,0	61,0	80,8	74,3	61,8	58,4	74,9	64,4	58,1	66,4	71,4	72,1	71,9	80,1	83,8	76,1
55-59	51,9	37,9	72,6	56,4	48,2	46,0	48,1	53,1	36,5	38,9	54,1	42,4	58,3	58,5	78,6	63,2
60-64	22,6	12,4	30,9	19,6	31,3	26,4	10,2	35,8	18,0	14,5	18,5	12,1	45,2	22,8	46,0	36,1
65-69	6,5	2,3	8,1	4,9	11,2	3,9	2,1	14,7	6,0	3,4*	5,1	5,5	27,1	5,0	14,2	11,3
70-74	2,9	1,8	:	2,3	3,7	1,0	0,9	7,7	2,7	:	2,9	2,8	18,8	2,9	5,6	4,8
Pourcentage de salariés possédant un contrat à durée déterminée																
1990	10,2	5,3	10,8	10,3	16,5	29,8	10,4	8,5	5,2	3,4	7,6	:	18,3	:	:	5,2
2000	13,6	9,1	9,7	12,8	12,8	32,0	14,9	4,6	10,1	5,3	13,8	8,1	20,4	16,3	13,9	7,0
Pourcentage de salariés possédant un contrat à durée déterminée, par sexe, 2000																
Hommes	12,7	6,7	8,5	12,5	11,1	30,6	14,1	3,6	8,7	4,5	11,4	7,4	18,8	12,8	11,5	6,2
Femmes	14,7	12,3	11,1	13,1	15,5	34,2	16,0	5,9	12,2	6,6	16,9	9,0	22,3	19,7	16,2	8,0
Temps de travail moyen habituellement effectué par semaine, salariés à temps plein, par sexe, 2000																
Total	40,3	38,5	39,3	40,1	40,9	40,6	38,9	39,9	38,6	39,8	39,0	40,1	40,3	39,3	40,0	43,6
Hommes	41,1	39,2	40,2	40,5	41,7	41,1	39,5	41,1	39,8	40,7	39,2	40,2	41,1	40,1	40,2	45,2
Femmes	38,9	37,1	37,9	39,3	39,5	39,6	38,0	38,1	36,5	38,0	38,2	39,8	39,3	38,4	39,7	40,6
Taux de chômage, hommes																
2001																
2000	7,0	5,7	4,2	7,6	7,3	9,8	7,8	4,3	8,0	1,9	2,3	3,2	3,3	9,0	6,0	6,0
1999	7,9	7,5	4,5	8,2	7,5	11,2	9,4	5,7	8,7	1,8	2,4	3,4	3,9	9,7	7,2	6,7
1994	9,9	7,9	7,3	7,2	6,0	19,8	10,5	14,2	8,6	2,7	6,3	3,0	6,1	18,1	10,7	11,2
Nombre de chômeurs (en milliers), 2000																
2000	6 894,8	143	64,4	1 686,1	193,8	984,7	1 097,2	43,9	1 161,4	2,1	106,5	68,3	92,1	122,1	142,2	982,1
Taux de chômage, femmes																
2000	9,7	8,8	5,3	8,3	16,7	20,6	11,5	4,2	14,4	3,3	3,8	4,4	5,1	10,6	5,8	4,9
1999	10,8	10,5	6,0	9,1	17,6	23,0	13,2	5,5	15,6	3,4	4,6	4,7	5,2	10,7	7,1	5,3
1994	12,7	12,9	9,3	10,1	13,7	31,4	14,5	14,6	15,6	4,1	8,3	4,9	8,0	14,9	7,8	7,5
Nombre de chômeurs (en milliers), 2000																
2000	7 298,5	168,3	70,3	1 446,4	298,9	1 395,2	1 357,9	29,7	1 304,3	2,4	132,2	74,1	118,6	130,8	122,2	648,2
Proportion des jeunes au chômage par rapport à la population totale âgée de 15 à 24 ans, hommes																
2000	7,7	5,9	5,0	5,3		9,8	7,0	3,4	11,5	2,4	3,5	2,8	3,5	10,9	5,4	9,4
1999	8,5	8,7	6,7	5,3		10,8	8,7	4,5	12,4	2,4	3,5	2,6	3,7	10,9	6,5	10,2
1994	11,1	8,7	7,8	5,0		19,3	10,2	12,3	12,7	3,5	7,6	2,9	6,5	17,7	13,3	13,8
Proportion des jeunes au chômage par rapport à la population totale âgée de 15 à 24 ans, femmes																
2000	7,9	7,0	5,5	3,9		13,1	7,3	3,3	12,0	2,6	4,6	3,0	4,8	11,4	5,7	7,2
1999	8,6	7,8	7,2	4,0		14,2	8,5	4,0	12,6	2,5	6,2	3,5	4,9	10,8	6,6	7,1
1994	10,3	8,9	7,8	4,5		19,4	11,4	9,0	12,4	3,2	6,4	4,2	7,0	13,3	10,0	8,4
Taux de chômage des jeunes (15-24 ans), hommes																
2000	14,9	15,1	7,0	9,8	22,2	20,6	18,1	6,1	27,2	6,5	4,6	4,8	6,8	21,1	10,7	13,8
1999	16,6	23,1	9,1	9,8	22,8	23,2	22,1	8,2	29,1	6,5	5,4	4,3	7,2	20,8	13,1	14,7
1994	21,4	22,6	10,6	8,9	19,7	41,0	26,4	24,8	29,0	7,5	12,1	4,6	13,4	37,2	24,9	19,6
Taux de chômage des jeunes (15-24 ans), femmes																
2000	17,6	20,8	7,5	8,2	37,9	33,2	22,3	7,0	35,1	8,3	6,6	5,8	11,6	21,6	11,9	11,5
1999	19,3	24,4	10,1	8,4	40,4	37,2	26,2	8,6	37,1	7,9	8,9	6,6	11,1	22,1	14,1	11,5
1994	22,8	26,1	11,6	8,7	37,0	50,0	32,3	20,7	36,6	7,1	10,7	7,0	17,0	30,5	19,0	13,8
Taux de chômage de longue durée (12 mois ou plus), hommes																
2000	3,1	3,2	0,8	3,8	3,6	3,6	3,0	:	4,9	0,5	0,7	0,9	1,5	2,4	2,0	2,0
1999	3,5	4,5	0,9	4,1	3,6	4,5	3,5	:	5,4	0,7	1,1	0,9	1,5	2,3	2,4	2,3
1994	4,6	4,2	2,3	3,0	2,5	9,2	3,9	9,7	5,1	0,9	3,2	:	2,6	:	:	5,7

4 MARCHÉ DE L'EMPLOI (Suite)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Taux de chômage de longue durée (12 mois ou plus), femmes																
2000	4,5	5,0	1,1	4,4	10,2	9,6	4,7	:	8,8	0,6	1,3	1,2	2,0	2,4	1,6	0,9
1999	5,1	6,4	1,2	4,9	10,5	11,7	5,2	:	9,5	0,9	1,9	1,7	2,2	2,3	1,7	1,1
1994	6,3	8,1	3,0	4,8	7,8	18,7	5,5	8,4	9,9	1,0	4,0	:	3,5	:	:	2,5
Personnes sans emploi depuis 12 mois ou plus en % du nombre de chômeurs, 2000																
Hommes	44	56	20	50	49,4	37	38	:	61	26	32	29	47	27	33	34
Femmes	46	57	20	53	61,0	47	41	:	61	19	34	27	40	22	28	19
Taux de chômage de longue durée (6 mois ou plus) des jeunes âgés de 15 à 24 ans, hommes																
2000	7,4	8,1	0,3	4,6	14,2	10,3	7,4	:	21,1	2,0	0,9	1,1	2,0	3,6	3,2	4,5
1999	8,8	14,2	1,1	4,9	15,0	12,3	7,6	:	22,7	3,6	4,0	0,9	4,2	3,1	4,2	5,2
1994	13,8	15,5	3,5	3,9	12,9	27,3	12,1	19,3	23,2	3,9	9,8	:	5,4	:	:	11,7
Taux de chômage de longue durée (6 mois ou plus) des jeunes âgés de 15 à 24 ans, femmes																
2000	9,5	11,4	0,6	4,1	28,7	18,8	9,7	:	28,0	1,5	1,8	2,3	5,7	2,5	3,1	3,1
1999	10,3	13,7	2,1	4,7	31,0	23,7	10,1	:	29,2	2,5	8,1	2,8	5,5	2,2	3,0	3,1
1994	14,7	17,7	3,7	4,9	28,5	38,2	16,4	14,9	30,8	3,4	8,8	:	8,1	:	:	6,4
Jeunes sans emploi depuis 6 mois ou plus en % du nombre total de chômeurs âgés de 15 à 24 ans, 2000																
Hommes	49	53	4	47	64	50	41	:	78	30,0	19	23	29	17	30	32
Femmes	54	55	8	50	76	57	44	:	80	18,5	27	39	49	12	26	27

Les taux d'emploi correspondent aux personnes de 15 à 64 ans occupant un emploi en pourcentage de la population de la même classe d'âge. Les personnes occupant un emploi sont celles qui, durant la semaine de référence (de l'enquête sur les forces de travail) ont effectué un travail en contrepartie d'une rémunération ou de gains pendant au moins une heure ou ne travaillaient pas, mais avaient un emploi dont elles étaient temporairement absentes. Les chômeurs - selon les critères de l'Organisation internationale du travail (OIT) - sont les personnes de 15 ans ou plus qui i) sont sans travail, ii) sont disponibles pour commencer à travailler au cours des 2 semaines suivantes, iii) ont activement recherché un travail à un moment donné. Les taux de chômage correspondent aux proportions de chômeurs dans la population active de la même classe d'âge. La population active est définie comme la somme des personnes occupant un emploi et des chômeurs.

Source: Eurostat - Estimations comparables fondées sur l'enquête communautaire sur les forces de travail.

5 PROTECTION SOCIALE																
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Dépenses de protection sociale en % du PIB																
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
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
1999	27,5	27,4	29,8	29,6	25,5	20,2	30,2	14,8	25,3	21,8	28,0	28,8	22,6	26,7	32,9	26,5
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
Dépenses de protection sociale en SPA, par habitant, 2000																
Total	6 155	6 458	7 754	7 025	4 032	3 713	6 748	4 748	5 943	9 235	7 004	7 396	3 675	5 925	7 367	6 048
Dépenses de protection sociale par habitant à prix constants (index 1995 = 100)																
1995	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1996	102	102	100	104	105	102	101	101	102	104	100	101	99	102	99	103
1997	103	103	99	103	111	102	102	107	108	107	101	102	105	101	99	105
1998	104	105	100	105	120	104	104	110	108	109	101	104	115	100	101	106
1999	107	107	102	108	132	107	106	117	111	116	102	109	123	100	104	108
2000	109	107	102	108	143	110	107	121	113	118	105	111	127	100	105	114
Prestations sociales par groupe de fonctions (en % du total des prestations sociales)																
Prestations de vieillesse et de survie																
1991	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
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
Maladie, soins de santé																
1991	28,1	26,5	20,0	31,5	24,3	29,1	28,3	33,9	27,9	24,9	28,5	25,9	33,5	26,7	:	25,2
2000	27,3	25,1	20,2	28,3	26,6	29,6	29,1	41,2	25,0	25,2	29,3	26,0	30,6	23,8	27,1	25,9
Invalidité																
1991	7,9	7,4	9,9	6,1	6,2	7,7	6,2	4,5	6,9	13,1	16,5	7,0	15,1	15,3	:	9,3
2000	8,1	8,7	12,0	7,8	5,1	7,6	5,8	5,3	6,0	13,7	11,8	8,2	13,0	13,9	12,0	9,5
Chômage																
1991	8,6	13,4	16,0	8,7	4,8	19,4	8,9	15,7	2,8	2,6	8,3	5,1	3,4	8,8	:	7,4
2000	6,3	11,9	10,5	8,4	6,2	12,2	6,9	9,7	1,7	3,3	5,1	4,7	3,8	10,4	6,5	3,2
Famille et enfants																
1991	7,8	8,9	11,7	8,4	8,2	1,5	10,0	11,3	3,6	10,7	5,4	10,3	6,7	13,3	:	8,6
2000	8,2	9,1	13,1	10,6	7,4	2,7	9,6	13,0	3,8	16,6	4,6	10,6	5,5	12,5	10,8	7,1
Logement et exclusion sociale n.c.a.																
1991	3,0	2,0	6,5	2,4	3,5	0,9	3,8	5,0	0,1	1,2	3,9	1,7	0,5	3,1	:	5,9
2000	3,7	1,4	6,1	2,6	5,4	1,6	4,5	5,5	0,2	1,2	6,8	2,1	1,5	3,5	4,5	6,8
Prestations sociales par groupe de fonctions par habitant, à prix constants (indice 1995 = 100)																
Prestations totales																
1996	102	102	100	104	104	102	102	101	103	104	100	101	99	101	99	103
1999	107	107	102	108	132	107	107	116	111	116	101	109	119	100	103,6	108
2000	109	107	102	108	143	110	107	121	113	118	104	111	126	100	104,6	115
Prestations de vieillesse et de survie																
1996	102	101	103	102	106	104	102	98	102	101	104	102	106	105	104	105
1999	110	108	103	106	132	112	108	111	112	105	112	109	129	108	109	116
2000	112	108	103	107	136	116	109	116	113	104	116	111	138	109	109	127
Maladie, soins de santé																
1996	100	106	100	100	100	103	101	98	103	109	97	100	87	104	100	102
1999	106	112	112	98	124	111	106	129	113	117	104	112	109	110	120	115
2000	110	113	116	99	146	114	110	137	122	119	107	113	109	113	130	123
Invalidité																
1996	103	101	101	110	104	105	103	106	104	104	97	105	105	100	96	99
1999	108	105	116	123	132	112	107	121	99	134	95	117	122	95	101	97
2000	109	105	115	123	152	114	107	133	96	127	98	121	137	93	104	100
Chômage																
1996	99	101	94	105	97	90	103	102	94	113	101	105	107	99	94	90
1999	90	101	77	105	168	83	100	84	78	94	61	101	84	79	77	66
2000	86	98	73	101	195	81	94	76	63	125	54	94	89	72	62	65
Famille et enfants																
1996	109	101	100	132	102	120	100	111	112	103	96	98	100	95	94	103
1999	116	112	107	150	112	140	105	126	129	140	95	98	119	96	95	96
2000	117	111	108	152	120	150	104	132	135	149	103	104	133	94	99	91
Logement et exclusion sociale n.c.a.																
1996	102	99	95	104	111	126	101	106	112	102	97	104	117	102	95	106
1999	110	56	91	98	191	125	110	121	160	106	109	139	494	102	80	103
2000	113	56	91	96	204	109	109	127	156	120	109	161	467	97	75	104
Recettes de la protection sociale par type (en % du total des recettes)																
Contributions publiques																
1991	30,9	21,4	81,7	26,9	32,8	27,3	17,6	60,0	29,1	40,6	23,9	35,7	26,1	44,1	:	44,6
2000	35,8	25,3	63,9	32,5	29,1	26,9	30,6	58,3	39,8	47,1	14,2	35,3	38,7	43,1	46,7	47,1
Cotisations sociales à la charge de l'employeur																
1991	41,4	43,7	7,2	42,2	38,1	53,2	50,4	24,0	52,6	29,8	20,1	38,1	41,8	40,9	:	27,9
2000	38,3	49,5	9,1	36,9	38,2	52,7	45,9	25,0	43,2	24,6	29,1	37,1	35,9	37,7	39,7	30,2
Cotisations sociales à la charge de la personne protégée																
1991	23,6	25,7	4,5	28,3	20,3	16,7	28,3	15,0	16,1	22,1	40,3	25,1	19,1	7,2	:	25,8
2000	22,4	22,8	20,3	28,2	22,6	16,4	20,6	15,1	14,9	23,8	38,8	26,8	17,6	12,1	9,4	21,4
Autres recettes																
1991	4,1	9,2	6,6	2,6	8,8	2,7	3,6	1,0	2,2	7,5	15,7	1,2	13,0	7,8	:	1,7
2000	3,5	2,5	6,7	2,4	10,1	4,0	2,9	1,5	2,1	4,5	17,9	0,8	7,8	7,1	4,3	1,3

5 PROTECTION SOCIALE (Suite)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Recettes de protection sociale par type par habitant à prix constants (Index 1995 = 100)																
Recettes totales																
1996	102	106	100	103	102	101	102	101	103	103	100	101	109	102	100	103
1999	109	114	103	109	125	114	110	120	112	115	109	108	122	100	103	109
2000	111	114	104	109	139	121	112	127	114	122	113	110	128	100	109	113
Contributions publiques																
1996	102	103	98	110	100	96	104	101	100	104	99	99	123	99	95	101
1999	118	112	97	125	124	105	155	114	144	115	95	106	146	95	103	101
2000	121	110	95	124	139	108	159	118	151	123	94	108	155	94	104	106
Cotisations sociales à la charge de l'employeur																
1996	101	107	101	98	106	104	101	100	104	105	101	102	98	105	105	104
1999	107	115	94	100	126	117	108	130	96	110	149	108	120	112	100	120
2000	110	115	93	100	142	128	108	142	98	117	156	109	128	112	116	135
Cotisations sociales à la charge de la personne protégée																
1996	103	107	112	104	99	103	104	102	102	100	99	103	100	100	124	105
1999	102	115	144	107	122	112	81	127	95	129	96	111	121	92	179	112
2000	103	117	153	107	133	117	83	137	98	133	102	112	127	88	194	105
Autres recettes																
1996	102	102	101	110	96	109	92	109	111	93	101	102	119	106	92	98
1999	102	93	104	93	128	165	88	165	149	88	107	124	76	96	65	145
2000	101	98	110	96	139	181	90	229	101	106	105	135	69	103	59	165

Données provisoires de 2000 pour B, D, EL, E, F, I, NL, P, FIN, S et UK. Pas de données sur les prestations et les recettes pour S pour les années 1991 et 1992. Les données EU-15 de 1991 sont donc une estimation. L'abréviation n.c.a. signifie "non classé ailleurs".

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

Dépenses publiques totales consacrées aux mesures de PMT en % du PIB

Catégories 2-7 (mesures actives) à l'exclusion de la sous-catégorie 2.4

1998	:	1,109	1,628	0,910	:	0,511	0,901	0,924	:	:	:	0,292	:	0,971	2,260	0,061
1999	0,733	1,026	1,804	1,004	0,258	0,649	0,964	0,861	0,415	:	0,915	0,368	0,247	0,907	1,998	0,089
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

Sous-catégorie 2.4

1998	0,066	-	0,015	0,045	0,045	-	0,112	0,024	0,094	0,030	0,040	0,039	0,066	0,044	-	0,100
1999	0,074	-	0,026	0,059	0,011	-	0,104	0,021	0,128	0,032	0,038	0,050	0,087	0,034	-	0,106
2000	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 (mesures passives)

1998	:	2,514	2,936	2,302	:	1,664	1,566	1,490	0,755	:	2,412	1,430	:	2,575	1,902	0,628
1999	1,452	2,371	2,567	2,152	0,648	1,477	1,534	1,108	0,656	0,512	2,143	1,335	0,850	2,362	1,738	0,555
2000	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

1998	:	3,623	4,579	3,257	:	2,175	2,579	2,439	:	:	:	1,761	:	3,590	4,161	0,789
1999	2,257	3,397	4,397	3,214	0,917	2,126	2,602	1,990	1,200	:	3,095	1,753	1,184	3,303	3,736	0,750
2000	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

Source: Eurostat - Base de données sur la politique du marché du travail (PMT)

6 REVENUS, PAUVRETÉ ET EXCLUSION SOCIALE																
EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
Revenu annuel net équivalent moyen, 1998																
SPA	13 420*	17 235	15 197	15 150	9 238	9 822	14 092	13 025	10 688	22 084	15 235	14 865	8 529	11 656	12 324	15 701
Part du revenu par quintile, 1998																
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Quintile inférieur	8	8	12	8	6	6	8	8	7	9	9	10	6	11	10	7
2ème quintile	13	12	14	14	12	12	13	11	13	13	13	14	11	15	15	12
3ème quintile	17	16	19	18	16	17	18	15	18	17	17	18	16	17	18	17
4ème quintile	23	21	22	22	23	23	23	22	24	23	22	22	22	22	23	23
Quintile supérieur	39	43	33	39	42	41	38	43	39	38	39	36	45	34	35	41
Revenu équivalent médian par sexe, (indexé, total = 100), 1998																
Hommes	102*	102	103	102	102	101	102	103	102	101	101	104	103	103	102	104
Femmes	98*	99	97	98	98	99	99	97	98	99	98	97	99	97	99	96
Revenu équivalent médian par âge (indexé, total = 100), 1998																
Enfant de moins de 16 ans	88*	95	95	83	100	91	94	91	86	86	87	88	88	95	92	85
16-24	90*	85	86	89	97	92	79	96	90	91	84	103	100	91	90	98
25-49	109*	111	110	107	116	110	108	114	108	110	107	106	114	107	101	114
50-64	114*	108	116	111	102	107	113	116	111	104	119	110	113	111	129	127
65 et plus	90*	84	74	97	76	96	94	77	100	97	92	87	76	89	91	69
Revenu équivalent médian par type de ménage (indexé, total = 100), 1998																
1 adulte vivant seul	88*	86	80	93	89	83	93	64	100	111	91	90	66	77	83	70
... 1 homme adulte	106*	98	91	101	116	119	98	83	127	129	107	115	91	82	89	95
... 1 femme adulte	80*	77	71	88	75	76	87	57	90	96	83	79	64	77	77	62
Parent seul avec enfant à charge	73*	68	89	61	110	77	77	64	89	79	66	74	77	87	78	62
2 adultes âgés de 15 à 64 ans sans enfant à charge	132*	122	123	127	119	131	124	162	135	120	135	129	132	118	137	145
2 adultes, dont l'un au moins de 65 ans ou plus, sans enfant à charge	96*	86	78	104	81	98	101	85	102	98	99	94	73	97	109	80
2 adultes avec un enfant à charge	112*	117	122	105	120	112	114	128	115	104	109	103	120	116	117	116
2 adultes avec deux enfants à charge	100*	104	108	93	113	98	112	112	95	100	90	90	106	108	104	99
2 adultes avec trois enfants à charge ou plus	70*	74	86	55	86	106	69	82	52	87	79	74	53	90	87	75
Revenu équivalent médian de toutes les personnes de 16 ans ou plus par niveau d'études (indexé, total = 100), 1998																
... < 2ème cycle du secondaire	89*	80	84	88	82	90	90	84	93	90	102	85	93	92	91*	83
... 2ème cycle du secondaire	108*	102	108	106	121	116	91	123	125	120	96	108	134	100	103	100
... Enseignement supérieur	140*	132	123	127	182	163	115	164	162	163	127	143	260	131	120	125
Risque de pauvreté (60 % du revenu équivalent médian), par sexe, 1998																
Total	18*	16	9	16	22	19	18	17	20	12	12	13	20	8	10	21
Hommes	17*	14	7	15	21	19	18	16	19	12	11	11	19	8	10	19
Femmes	19*	17	10	16	22	19	17	19	20	12	12	15	22	8	10	24
Risque de pauvreté (60 % du revenu équivalent médian), par âge, 1998																
Enfant de moins de 16 ans	24*	18	3	26	21	25	22	23	28	17	17	16	27	6	11	26
16 - 24	23*	22	15	23	21	24	28	16	25	18	24	12	16	19	25	22
25 - 49	14*	11	5	11	16	17	13	14	18	9	10	10	15	7	10	14
50 - 64	14*	16	4	13	22	17	15	12	17	10	6	10	17	6	4	13
65+	20*	20	27	13	36	14	18	24	16	9	6	21	34	8	7	40
Risque de pauvreté (60 % du revenu équivalent médian) pour les personnes de 16 ans et plus, en fonction de leur situation au regard de l'emploi, 1998																
Exerçant un emploi, sauf indépendants	7*	2	3	6	10	7	8	4	7	5	6	5	9	2	:	7
Travailleurs indépendants	16*	10	7	6	23	28	20	8	18	12	17	22	31	13	:	13
Chômeurs	38*	34	5	38	36	38	40	41	48	:	21	32	31	17	:	38
Retraités	18*	17	23	14	36	12	16	20	13	11	3	14	28	7	:	38
Autres personnes économiquement inactives	27*	29	20	27	24	22	31	25	25	15	14	22	22	17	:	33
Risque de pauvreté (60 % du revenu équivalent médian), par type de ménage, 1998																
1 adulte sans enfant à charge	25*	20	27	23	30	11	22	45	21	12	15	24	44	20	20	40
... Homme	20*	13	18	22	19	10	22	33	15	5	16	12	36	20	19	27
... Femme	27*	24	36	24	36	12	22	57	24	17	14	30	48	19	20	48
2 adultes sans enfant à charge																
... Tous deux de moins de 65 ans	9*	9	5	8	15	13	11	10	11	10	5	7	17	8	4	7
... Au moins un des eux âgé de 65 ans	16*	21	18	8	34	17	13	8	13	9	6	17	35	3	3	29
3 adultes ou plus sans enfant à charge	9*	6	3	8	16	11	9	4	13	2	7	6	10	6	:	8
Parent seul avec enfants à charge	35*	25	15	47	13	38	31	48	18	27*	43	32	40	9	19	45
2 adultes avec enfants à charge																
... 1 enfant	11*	7	6	8	10	16	11	15	12	8	9	11	11	5	5	15
... 2 enfants	13*	12	3	12	13	22	8	11	15	9	9	11	13	4	6	14
... 3 enfants ou plus	41*	34	0	56	20	29	40	32	54	22	23	32	53	8	14	34
3 adultes ou plus avec enfants à charge	22*	13	0	11	37	25	33	13	36	17	15	10	21	4	:	17

6 REVENUS, PAUVRETÉ ET EXCLUSION SOCIALE (Suite)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
---	-------	---	----	---	----	---	---	-----	---	---	----	---	---	-----	---	----

Pourcentage de personnes vivant en ménage qui ont des difficultés financières, par type de ménage, 1998

82*	77	87	:	87	85	78	82	86	70	75	88	89	89	:	78
-----	----	----	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	----

Voir notes méthodologiques sous Répartition des revenus et cohésion régionale (3.14).

Source: Eurostat - Panel communautaire des ménages (PCM), UDB, version de décembre 2001. L: 1996, FIN: 1997.

7 ÉGALITÉ DES SEXES
Présence des femmes dans les parlements régionaux en 2000

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Nombre de régions	143	5	14	16	.	19	22	.	20	.	10	9	2	.	23	3
Nombre de membres	9 840	393	374	1 970	.	1 180	1 693	.	933	.	761	448	111	.	1 717	260
Nombre de membres féminins	2 896	85	113	605	.	359	437	.	78	.	208	117	13	.	810	71
Pourcentage de membres féminins	29,4	21,6	30,2	30,7	.	30,4	25,8	.	8,4	.	27,3	26,1	11,7	.	47,2	27,3

EL, IRL, L, FIN: pas de parlement régional élu. F: données de 1999, comprenant l'"Assemblée territoriale de Corse". I: Les données de certaines régions ne sont pas disponibles. P: Seules les régions autonomes des Açores et de Madère possèdent un parlement régional.

Présence des femmes dans les gouvernements régionaux (y compris les secrétaires d'État), 2000

Nombre de régions	97	5	.	16	.	19	.	.	20	.	.	9	2	.	23	3
Nombre de membres	940	37	.	183	.	177	.	.	194	.	.	76	16	.	224	33
Nombre de membres féminins	206	8	.	44	.	31	.	.	15	.	.	17	0	.	81	10
Pourcentage de membres féminins	21,9	21,6	.	24,0	.	17,5	.	.	7,7	.	.	22,4	0,0	.	36,2	30,3

DK, EL, F, IRL, L, FIN: il n'existe pas de gouvernement régional. D: dans certaines régions, les secrétaires d'État ne font plus partie du gouvernement et ne sont plus inclus dans les statistiques. F: données de 1999. I: les données de certaines régions ne sont pas disponibles. NL: les gouvernements régionaux sont désignés. P: seules les régions autonomes des Açores et de Madère possèdent un gouvernement régional. S: certaines régions ne possèdent pas de gouvernement.

Présence des femmes dans les conseils municipaux, 1997

Nombre de sièges	364 367	12 912	4 658	177 193	.	.	.	883	94 886	1 105	11 072	7 508	7 337	12 482	11 006	23 325
Nombre de sièges occupés par des femmes	72 343	2 565	1 261	30 973	.	.	.	103	18 237	114	2 475	929	1 057	3 932	4 533	6 164
Pourcentage de sièges occupés par des femmes	19,9	19,9	27,1	17,5	.	.	.	11,7	19,2	10,3	22,4	12,4	14,4	31,5	41,2	26,4

Les données sont incomplètes pour l'échelon local. Étant donné les importantes différences entre les processus de prise de décision politique au niveau local, les données ne sont pas toujours comparables. D: les données de Saxe-Anhalt et Mecklembourg-Poméranie occidentale ne sont pas disponibles. A: seules les données de la Styrie sont disponibles.

Source: Base de données européenne - Les femmes dans la prise de décision (www.db-decision.de).

8 SANTÉ ET SÉCURITÉ	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
---------------------	-------	---	----	---	----	---	---	-----	---	---	----	---	---	-----	---	----

Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes

1970	23,4	21,1	14,2	22,5	29,6	28,1	18,2	19,5	29,6	24,9	12,7	25,9	55,5	13,2	11,0	18,5
2000	4,9	5,2	5,3	4,4	6,1	4,6	4,6	5,9	5,1	5,1	4,8	4,8	5,5	3,8	3,4	5,6

Source: Eurostat - statistiques démographiques.

Espérance de vie à la naissance

1980, hommes	70,5	70,0	71,2	69,6	72,2	72,5	70,2	70,1	70,6	69,1	72,7	69,0	67,7	69,2	72,8	70,2
2000, hommes	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,0	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
1980, femmes	77,2	76,8	77,3	76,1	76,8	78,6	78,4	75,6	77,4	75,9	79,3	76,1	75,2	77,6	78,8	76,2
2000, femmes	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,5	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2

D, EL et F: 1999. Source: Eurostat - Statistiques démographiques

Espérance de vie avec incapacité grave à 16 ans, par sexe, 1996

Hommes	4	4	3	3	4	4	6	2	3	4	4	6	4	7	:	5
Femmes	5	5	5	3	5	5	8	3	5	5	6	7	5	9	:	6

Espérance de vie sans incapacité grave, par sexe, 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

Pourcentage de personnes âgées de 16 ans ou plus se déclarant entravées dans leurs activités quotidiennes par une maladie physique ou mentale ou une infirmité par sexe, 1998

Total	26	22	23	40	16	16	25	16	13	:	23	17	24	29	:	:
Hommes	23	19	19	37	15	15	23	15	11	:	20	16	21	28	:	:
Femmes	28	25	27	43	18	18	26	18	15	:	26	19	27	31	:	:

Pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus se déclarant entravées dans leurs activités quotidiennes par une maladie physique ou mentale ou une infirmité par sexe, 1998

Total	52	44	45	71	39	38	54	37	34	:	41	43	52	62	:	:
Hommes	50	42	42	73	38	33	54	29	32	:	37	38	46	61	:	:
Femmes	54	45	48	71	40	42	56	43	35	:	45	45	55	62	:	:

Pourcentage de personnes âgées de 16 ans ou plus ayant l'un des problèmes ci-dessus et se déclarant entravées dans leurs activités quotidiennes, 1998

Oui, gravement	10	15	7	11	8	7	12	3	5	:	8	6	10	9	:	14
Oui, dans une certaine mesure	16	7	16	29	9	10	13	13	8	:	15	12	14	20	:	:
Non	74	88	77	60	83	83	75	84	87	:	77	82	76	71	:	:

Pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus ayant l'un des problèmes ci-dessus et se déclarant entravées dans leurs activités quotidiennes, 1998

Oui, gravement	24	31	20	25	21	16	29	8	16	:	18	18	24	28	:	31
Oui, dans une certaine mesure	29	13	25	46	18	22	26	29	18	:	23	25	28	34	:	:
Non	37	56	55	29	61	62	45	63	66	:	59	57	48	38	:	:

Pourcentage de la population âgée de 16 ans ou plus pensant être en mauvaise ou très mauvaise santé, par niveau d'études, 1998

Pré-scolaire, primaire et secondaire inférieur	16	9	13	23	14	17	9	5	18	:	5	13	27	:	:	15
Secondaire supérieur	8	4	5	18	3	3	3	1	4	:	2	5	6	7	:	9
Total enseignement supérieur	6	2	3	16	2	2	3	1	2	:	1	3	6	3	:	7

Pourcentage de la population âgée de 16 ans ou plus pensant être en mauvaise ou très mauvaise santé, par sexe, 1998

Total	12	6	7	19	9	11	9	3	12	:	4	7	22	8	:	10
Hommes	11	4	6	17	8	9	8	3	10	:	3	6	19	7	:	9
Femmes	14	7	7	21	11	13	11	4	14	:	6	9	26	10	:	11

Pourcentage de la population âgée de 65 ans ou plus pensant être en mauvaise ou très mauvaise santé, par sexe, 1998

Total	28	12	17	36	27	31	22	9	36	:	9	23	55	24	:	16
Hommes"	24	10	18	30	25	25	22	6	33	:	6	19	48	19	:	14
Femmes"	30	14	16	40	28	35	22	11	38	:	11	25	61	27	:	17

FIN: 1997. EU-15 sans L, FIN et S. Source: Eurostat - Panel communautaire des ménages (PCM), UDB, version de décembre 2001.

Taux de mortalité standardisés (TMS) pour 100 000 habitants, par sexe, 1999

Hommes																
Maladies circulatoires	325	328	374	388	368	266	252	410	321	328	314	414	394	409	345	351
Cancer	248	301	268	243	217	260	289	248	256	238	270	232	243	208	190	236
Affections respiratoires	83	114	90	62	44	116	69	158	60	92	100	48	133	90	54	141
Causes externes de blessures et d'empoisonnement	59	82	72	51	60	56	88	58	54	72	39	72	73	115	53	40
Femmes																
Maladies circulatoires	207	207	220	250	293	179	136	251	208	203	185	282	282	219	205	214
Cancer	139	155	201	147	117	112	126	167	132	135	162	140	122	122	137	165
Affections respiratoires	42	40	65	28	29	47	32	103	23	42	49	23	61	40	33	95
Causes externes de blessures et d'empoisonnement	23	34	34	20	19	18	38	21	21	30	19	25	22	34	23	17

B: 1995; DK: 1996; EL: 1997; F et I: 1998. Source: Eurostat - Statistiques de la santé et de la sécurité.

8 SANTÉ ET SÉCURITÉ (Suite)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Lits d'hôpitaux par 100 000 habitants																
1990	779	810	567	1 034	507	427	977	619	723	1 182	583	786	558	919	1 249	592
1999	630	716	440	920	489	413	834	485	487	562	497	712	480	761	374	413

Source: Eurostat - Statistiques de la santé et de la sécurité.

Nombre de personnes par 100 000 habitants sortant de l'hôpital par diagnostic ICD, 2000

Maladies circulatoires	2420	2 351	2 640	3 369	1 952	1 292	2 386	1 426	2 592	2 447	1 414	3 970	1 046	3 971	2 983	1 798
Causes externes de blessures et d'empoisonnement	1 646	:	1 896	1 995	:	850	2 151	:	1 624	:	744	2 960	:	2 169	:	1 653
Affections respiratoires	1 427	:	264	1 037	330	262	508	108	463	1 102	129	1 507	112	1 838	1 051	370
Cancer	1 367	976	1 559	1 815	1 229	625	1 224	675	1 043	1 485	774	2 871	507	1 869	1 441	1 791
Troubles mentaux et du comportement	655	1 440	1 598	1 266	1 073	1 036	1 461	1 445	1 239	2 135	639	2 099	718	2 373	1 193	1 184
Maladies infectieuses et parasitaires	394	389	464	365	374	186	448	407	311	347	119	359	200	725	458	257

EL, E, L et S 1998; EU-15, D, I, A et P: 1999. UK: uniquement l'Angleterre. Source: Eurostat - Statistiques de la santé et de la sécurité.

Prévalence pour 1000 habitants de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence, 2000

	12,3	12,6	12,4	12,6	12,5	12,4	12,6	8,4	13,7	10,7	10,4	12,0	10,4	11,4	14,9	12,4
--	------	------	------	------	------	------	------	-----	------	------	------	------	------	------	------	------

Source: Alzheimer Europe et Eurostat.

Dépenses totales de santé (% du produit intérieur brut)

1990	7,9	7,4	8,5	8,7	7,5	6,6	8,6	6,6	8,0	6,1	8,0	7,1	6,2	7,9	8,5	6,0
2000	8,0	8,7	8,3	10,3	8,3	7,7	9,5	6,7	8,1	6,0	8,1	8,0	8,2	6,6	7,9	7,3

D, L et S: 1999. Source: Données sur la santé de l'OCDE en 2001.

Accidents du travail, pour 100 000 salariés, pour certains types d'activité, 1999, Indice (1998 = 100)

Total	100	96	95	99	93	107	101	90	99	105	108*	99	92	91	107	106
Construction	98	110	104	98	92	104	93	112	100	107	:	98	83	94	108	97
Agriculture, chasse, sylviculture	104	76	171	117	81	98	107	86	100	117	:	98	47	107	100	117
Transport, entreposage et communication	97	84	114	94	113	103	102	83	102	121	:	107	93	108	103	102
Industrie manufacturière	100	97	85	97	105	98	99	82	98	101	:	96	114	90	106	106
Hôtels et restaurants	103	114	160	97	98	107	105	218	95	106	:	110	82	79	120	128
Commerce de gros et de détail; réparations	102	90	126	99	82	109	102	151	102	107	:	103	88	82	112	112

Accidents du travail, pour 100 000 salariés, pour certains types d'activité, 1999

Total	4 088	4 924	3 031	4 908	2 740	7 027	4 991	1 291	4 067	4 973	4 223	3 301	5 048	3 137	1 425	1 606
Construction	7 809	9 508	4 062	9 659	6 247	14 901	11 409	2 122	6 440	10 743	2 721	6 311	8 370	7 074	2 430	2 367
Agriculture, chasse, sylviculture	7 060	5 194	2 056	13 825	2 500	3 152	5 175	5 003	9 341	8 985	7 133	11 678	2 682	825	1 450	2 474
Transport, entreposage et communication	5 702	4 820	3 886	11 000	2 275	6 404	6 276	1 589	5 613	4 427	3 179	2 942	3 929	3 954	1 596	1 781
Industrie manufacturière	4 471	4 591	5 011	4 639	4 034	3 152	4 412	1 335	4 889	5 211	5 741	3 637	6 733	4 158	1 777	1 779
Hôtels et restaurants	3 711	4 594	2 224	5 339	1 057	6 187	5 596	948	3 088	4 130	1 730	1 318	2 760	2 023	1 209	1 993
Commerce de gros et de détail; réparations	2 496	3 682	1 502	2 357	1 763	4 950	3 762	572	1 997	3 458	2 469	1 518	4 206	1 831	1 083	1 452

Accidents du travail, pour 100 000 salariés, par sexe, 1999, Indice (1998=100)

Hommes	100	96	93	99	96	107	101	87	99	107	:	100	96	93	108	106
Femmes	101	96	103	99	88	109	106	106	102	99	:	99	75	90	103	109

NL: interruption des séries chronologiques (fondées sur les données de 1994, réévaluées en 1999 proportionnellement à l'évolution 1999/1994 du nombre de personnes ayant un emploi aux Pays-Bas.

Accidents du travail, pour 100 000 salariés, par sexe, 1999

Hommes	5 280	6 215	3 673	6 539	3 654	8 632	6 575	1 706	4 932	6 384	:	4 401	7 042	4 101	1 674	1 971
Femmes	1 909	2 116	1 804	2 109	979	3 499	2 277	629	2 093	1 956	:	1 493	1 852	1 428	907	954

Seuls sont inclus les accidents occasionnant au moins 3 jours d'arrêt de travail.

Source: Eurostat - Statistiques de la santé et de la sécurité.

Nombre de personnes tuées dans des accidents de la circulation

1970	73 229	2 950	1 208	21 332	931	4 197	15 034	540	10 208	132	3 181	2 238	1 417	1 055	1 307	7 499
1980	59 600	2 396	690	15 050	1 225	5 017	12 384	564	8 537	98	1 997	1 742	2 262	551	848	6 239
1990	51 711	1 976	634	11 046	1 737	6 948	10 289	478	6 621	71	1 376	1 391	2 321	649	772	5 402
1999	42 131	1 397	514	7 772	2 116	5 738	8 487	414	6 633	58	1 090	1 079	2 258	431	580	3 564
2000	41 116	1 470	501	7 503	2 074	5 776	8 079	415	6 410	70	1 160	976	2 115	396	591	3 580
2001	:	:	415	6 961	1 882	5 193	8 100	410	:	64	1 065	955	1 895	438	558	:

Nombre de personnes tuées dans des accidents de la circulation, par million d'habitants

2001	104	143	77	85	178	129	137	106	111	144	66	117	184	84	63	60
------	-----	-----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	----	----	----

Pour les accidents de la route, les "personnes tuées" sont celles ayant succombé dans les 30 jours suivant l'accident. Des facteurs de correction ont été appliqués pour les États membres n'utilisant pas cette définition.

B, I et UK: données 2000. Source: Eurostat - Statistiques du transport.

Pour plus de données statistiques sur la consommation, voir "Les consommateurs en Europe - faits et chiffres 1996-2000", Eurostat, 2001, ISBN 92-894-1400-6.

9 CONSOMMATION	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
----------------	-------	---	----	---	----	---	---	-----	---	---	----	---	---	-----	---	----

Dépense de consommation finale des ménages, 2000, prix courants

Milliards d'euros	4 561	131	83	1144	83	356	760	47	699	8	197	113	69	62	121	976
Euros par habitant	12 090	12 790	15 510	13 920	7 870	8 920	12 580	12 490	12 110	17 700	12 380	13 950	6 930	12 050	13 610	16 350
Milliards de SPA	4 561	134	68	1092	106	423	728	46	792	7	206	110	102	57	99	886
SPA par habitant	12 090	13 070	12 730	13 290	10 080	10 710	12 040	12 240	13 730	16 329	12 930	13 570	10 220	10 990	11 140	14 850
Pourcentage du PIB	56,9	52,8	46,9	56,5	70,8	58,5	54,1	45,7	60,0	38,0	49,1	55,2	60,2	47,4	48,6	63,0

EU-15, EL: 1999. Les chiffres "par habitant" concernant EU-15, D, EL, IRL, PT et UK sont des prévisions.

Source: Eurostat, comptes nationaux - ESA95 - Agrégats (thème2/ags).

Structure de la dépense de consommation des ménages, 1999 (%)

Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Produits alim. et boiss. non alcoolisées	:	13,3	13,1	11,1	16,6	18,3	16,2	15,4	19,0	10,1	10,5	13,4	21,2	14,2	15,4	10,5
Boissons alcoolisées et tabac	:	2,3	4,2	2,8	3,5	2,7	2,7	7,7	1,9	2,0	2,1	2,6	2,8	2,9	2,9	3,0
Vêtements et chaussures	:	5,4	5,5	5,7	8,6	7,4	5,6	6,2	7,5	5,9	6,0	6,6	6,3	4,6	5,2	5,5
"Logement, eau, électricité, gaz et autres combustibles"	:	26,2	28,4	31,2	21,9	27,5	23,2	17,4	24,7	27,4	26,7	23,9	19,9	28,1	26,8	28,3
"Meubles, articles de ménage et entretien courant de l'habitation "	:	6,5	6,4	7,4	7,5	5,0	7,6	4,5	7,6	8,2	7,2	7,2	6,7	4,5	5,0	7,3
Santé	:	4,7	2,4	3,6	6,3	2,5	5,2	1,6	4,4	2,4	1,1	2,4	4,6	3,7	3,0	1,1
Transport	:	12,5	14,1	13,3	11,2	12,5	14,5	13,0	13,7	15,4	10,3	14,4	15,7	17,0	13,4	13,6
Communication	:	2,2	2,1	2,5	3,3	2,0	2,0	2,5	2,5	2,1	2,2	2,6	2,0	2,8	2,6	2,3
Loisirs et culture	:	10,7	11,2	11,9	4,5	6,2	7,6	9,1	6,3	8,7	10,4	12,3	3,7	10,7	14,6	13,4
Education	:	0,5	0,4	0,5	2,4	1,4	0,5	1,4	0,8	0,1	1,2	0,3	1,3	0,2	0,1	1,3
Restaurants et hôtels	:	5,7	4,1	4,9	8,8	9,2	6,9	5,1	4,6	9,6	7,0	5,4	9,2	4,1	3,8	7,9
Biens et services divers	:	10,0	8,1	5,0	5,5	5,1	8,1	8,1	7,1	8,0	15,3	8,9	6,5	7,1	7,2	5,8

F, P: 1994.

Source: Eurostat - Enquête sur le budget des ménages (thème3/hbs)

Nombre moyen de pièces par personne

1981/82	1,6	1,8	1,6	1,7	1,2	1,3	1,6	1,3	1,3	1,9	1,8	:	1,0	1,3	1,7	1,8
1998	1,9	2,1	2,0	1,9	1,4	1,8	2,0	2,1	1,6	2,2	2,6	2,0	1,6	1,7	2,0	2,3

Ménages propriétaires de leur logement (%)

1981/82	54	58	55	40	70	73	51	74	59	60	42	48	57	61	59	56
1990/91	59	65	54	39	76	78	54	79	68	65	45	50	65	67	56	66
1998	59	71	56	41	74	82	53	75	71	70	51	51	66	64	59	69

Source: Eurostat - Recensements de la population (1981/1982, 1990/1991). Panel communautaire des ménages (1998), L: 1996, FIN: 1997.S: sources nationales pour 1981/1982 et 1990/1991.

Pourcentage de ménages possédant certains biens de consommation durables, 1998

Télévision couleur	97	96	97	97	96	99	94	98	97	98	98	97	93	94	98	98
Magnétoscope	67	68	72	64	47	67	65	76	59	68	73	65	57	61	68	83
Four à micro-ondes	51	60	41	52	12	46	55	66	18	33	67	56	27	74	66	77
Lave-vaisselle	33	32	39	45	23	22	36	26	25	56	29	49	23	42	41	23

Pourcentage de ménages disposant d'un téléphone, par catégorie de revenu, 1998

Total	95	95	98	96	95	89	97	87	91	98	99	97	81	95	:	96
Catégorie supérieure de revenus	98	99	100	97	99	97	100	93	96	99	100	99	95	100	:	99
Catégorie inférieure de revenus	86	85	95	86	85	77	90	83	81	94	95	92	59	85	:	92

Pourcentage des ménages possédant une voiture ou une camionnette (disponible pour un usage privé), 1998

Ont une voiture	73	76	63	73	57	67	80	70	76	83	68	74	63	65	72	70
N'ont pas les moyens d'en avoir une	4	6	14	:	19	12	7	14	3	4	5	5	20	9	:	:
Ne veulent pas de voiture	23	18	24	:	24	21	13	16	21	14	27	21	17	26	:	:

L: 1996, FIN: 1997. Les objets visés dans les trois tableaux figurant ci-dessus peuvent appartenir effectivement au ménage ou lui être loués ou mis à sa disposition. La catégorie supérieure de revenus se réfère aux revenus des ménages correspondant à 140 % ou plus du revenu national médian, la catégorie inférieure aux revenus des ménages inférieurs à 60 % du revenu national médian.

Source: Eurostat - Panel communautaire des ménages (PCM), UDB, version de décembre 2001.

Taux d'accès à l'Internet - ménages - pourcentage de ménages ayant un accès à l'Internet à domicile

2000	18,3	20,2	45,3	13,6	5,8	9,6	12,9	17,5	19,2	26,9	46,1	16,9	8,4	28,2	47,5	24,4
2001	36,1	34,7	58,9	37,9	11,7	23,4	26,2	46,2	32,9	43,6	58,5	46,2	23,4	48,1	64,3	46,5
2002	40,4	40,9	64,5	43,7	9,2	29,5	35,5	47,9	35,4	55,0	65,5	49,1	30,8	53,7	64,2	45,0

Dépenses relatives aux technologies de l'information en % du PIB (matériels, logiciels et services)

1992	3,03	3,38	3,94	2,94	0,71	1,62	3,59	2,35	1,80	:	3,96	2,73	1,24	2,93	4,37	4,43
1998	3,57	3,97	4,77	3,62	1,00	1,78	4,09	2,38	2,01	4,30	4,83	3,30	1,73	3,89	6,24	4,82
1999	3,90	4,33	5,04	3,95	1,09	1,85	4,33	2,47	2,21	4,90	5,20	3,52	1,86	4,34	6,48	5,15
2000	4,15	4,55	5,35	4,22	1,20	1,96	4,67	2,37	2,36	:	5,37	3,73	1,99	4,46	6,87	5,53

9 CONSOMMATION (Suite)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Dépenses de communication en % du PIB (équipements et services de télécommunication)																
1992	2,1	1,8	2,1	2,2	1,5	2,0	2,0	2,7	1,7	:	2,2	2,1	1,2	1,6	2,9	2,5
1998	2,4	2,4	2,3	2,2	3,2	2,2	2,2	3,0	2,4	2,3	2,7	2,0	3,2	2,3	2,6	2,6
1999	2,5	2,5	2,4	2,3	3,5	2,3	2,3	3,0	2,5	2,7	2,8	2,1	3,3	2,4	2,7	2,7
2000	2,7	2,7	2,4	2,5	3,8	2,5	2,6	3,0	2,7	:	3,1	2,3	3,6	2,3	2,8	2,9

Source: Eurostat - Statistiques de la société de l'information

Annexe III: Indicateurs-clés sociaux par 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	Age effectif moyen de départ à la retraite - total	Ans 2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8m	Age effectif moyen de départ à la retraite - hommes	Ans 2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8f	Age 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) homme/femme dans 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.

Annexe IV: Données statistiques - Pays candidats à l'adhésion à l'UE

Pour plus de données statistiques sur les pays candidats, voir l'"Annuaire statistique des pays candidats et des pays de l'Europe du Sud-Est", Eurostat, 2002, ISBN 92-894-3487-2 (papier et PDF).

1 ECONOMIE	Bulgarie	Chypre	Répub. tchèque	Estonie	Hongrie	Lettonie	Lituanie	Malte	Pologne	Roumanie	Répub. slovaque	Slovénie	Turquie
	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR

Produit intérieur brut aux prix du marché

2001, en milliards d'euros	15,2	10,2	63,3	6,2	57,8	8,5	13,4	4,0	196,7	44,4	22,8	20,9	164,6
----------------------------	------	------	------	-----	------	-----	------	-----	-------	------	------	------	-------

Taux de croissance du PIB à prix constants (1995)

Taux de croissance annuelle en 2000	5,4	5,1	3,3	7,1	5,2	6,8	3,8	4,8	4,0	1,8	2,2	4,6	7,4
Taux de croissance annuelle en 2001	4,0	4,0	3,3	5,0	3,7	7,7	5,9	-0,4	1,1	5,3	3,3	3,0	-7,4
Par rapport au même trimestre de l'année précédente, 2002T1	3,2	2,8	2,8	3,2	2,9	3,8	4,4	1,2	0,5	3,1	3,9	2,2	1,9
Par rapport au même trimestre de l'année précédente, 2002T2	5,3	0,6	2,5	7,0	3,1	4,9	6,9	2,2	1,0	5,7	4,0	3,2	8,2

Les taux de croissance pour 2002T1 et 2002T2 sont calculés sur la base de données corrigées des variations saisonnières

PIB par habitant (Indice EU-15 = 100, en SPA)

1995	33	83	62	34	46	25	32	53	34	28	46	63	27
2001	28	77	57	42	51	33	38	:	40	25	48	69	22

PIB par habitant (SPA)

2001	6 500	17 800	13 300	9 800	11 800	7 700	8 700	:	9 200	5 900	11 100	16 000	5 200
------	-------	--------	--------	-------	--------	-------	-------	---	-------	-------	--------	--------	-------

Revenu national net par habitant

2001, EU-15 = 100	:	:	:	17,9	:	16,2	16,8	:	:	43,6	:	:	11,0
-------------------	---	---	---	------	---	------	------	---	---	------	---	---	------

Consommation des ménages par habitant

2001, EU-15 = 100	:	:	:	18,9	:	16,0	17,6	:	:	43,2	:	:	11,3
-------------------	---	---	---	------	---	------	------	---	---	------	---	---	------

Elle comprend les dépenses de consommation individuelle des institutions sans but lucratif au service des ménages

Epargne nette par habitant

2001, EU-15 = 100 (p) = prévisions	:	:	280 (p)	220	:	320	210	:	:	:	:	850	100 (p)
---------------------------------------	---	---	---------	-----	---	-----	-----	---	---	---	---	-----	---------

Rémunération brute par salarié

2001, EU-15 = 100 (p) = prévisions	:	:	22,2	17,9	:	13,6	17,7 (p)	46,5	:	:	:	47,0	:
---------------------------------------	---	---	------	------	---	------	----------	------	---	---	---	------	---

La rémunération brute des salariés inclut les traitements et salaires ainsi que les cotisations patronales. La rémunération brute des salariés est mesurée sur la base du concept domestique, tandis que leur nombre est déduit du concept national. Cette méthode a une incidence considérable pour le ratio des pays dont une proportion relativement élevée de travailleurs résident dans les pays voisins.

Source: Eurostat - Comptes nationaux.

Dettes des administrations publiques (en % du PIB)

1999	79,3	:	14,5	6,5	61,0	13,7	23,0	59,9	42,7	24,0	40,2	26,4	66,0
2000	73,6	:	17,0	5,1	55,4	13,9	24,0	60,7	38,7	24,0	45,2	27,6	56,0
2001	66,3	:	23,7	4,8	53,1	16,0	23,1	65,7	39,3	23,3	44,1	27,5	103,0

Déficit des administrations publiques (en % du PIB)

1999	0,2	:	-3,2	-4,0	-5,3	-5,3	-5,6	-8,3	-1,5	-4,5	-6,4	-2,2	-19,0
2000	-0,6	:	-3,3	-0,4	-3,0	-2,7	-2,7	-7,0	-1,8	-4,5	-12,8	-3,2	-6,0
2001	1,7	:	-5,5	0,2	-4,1	-1,6	-1,9	-7,0	-3,9	-3,4	-5,6	-2,5	-29,0

Source: Eurostat - Comptes nationaux et financiers.

Taux d'inflation annuel par rapport au même mois de l'année précédente

juillet 2001	8,5	0,9	5,5	5,9	9,4	3,2	1,0	:	4,8	31,8	7,8	9,0	:
Mai 2002	6,9	2,3	2,1	4,2	5,5	2,1	0,7	:	1,5	24,5	3,1	7,6	:
Juillet 2002	5,2	2,1	0,9	3,9	4,8	0,9	-0,3	:	1,2	24,0	2,5	6,9	:
Juillet 2002	5,5	3,8	0,2	3,3	4,5	1,1	0,3	:	1,3	23,0	2,0	7,5	:

1 ECONOMIE (Suite)	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
-----------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Taux d'inflation annuel moyen sur 12 mois

Juillet 2002	6,4	2,3	3,2	4,5	6,4	2,8	1,8	:	3,1	27,4	4,9	7,8	:
--------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---	-----	------	-----	-----	---

Le taux annuel d'inflation mesure l'évolution des prix entre le mois en cours et le même mois un an plus tôt. Cette mesure est sensible aux fluctuations récentes des prix, mais peut être influencée par des effets ponctuels enregistrés au cours d'un mois quelconque. Le taux moyen sur une période d'un an ignore cette volatilité en comparant les indices des prix à la consommation harmonisés (ICPH) des 12 derniers mois à la moyenne des 12 mois précédents. Cette mesure est moins sensible aux variations passagères des prix.
Source: Eurostat - Statistiques des prix.

Taux d'intérêt: rendement des obligations d'État à 10 ans (série Critère de convergence de Maastricht), rendement mensuel moyen

Août 2001	:	:	6,76	7,76	:	7,99	6,21	11,85	:	7,95	:	:
Juin 2002	8,27	:	4,92	7,37	:	6,00	5,76	7,55	:	7,76	:	:
Juillet 2002	7,87	:	4,53	7,45	:	6,00	5,66	7,59	:	:	:	:
Août 2002	7,68	:	:	7,30	:	5,14	5,65	7,26	:	:	:	:

Taux d'intérêt: rendement des obligations d'État à 10 ans (série Critère de convergence de Maastricht), rendement annuel moyen

1996	:	:	:	:	:	:	7,23	:	:	:	:	:
1999	:	7,36	:	:	9,86	:	5,83	:	:	:	:	:
2000	:	7,55	:	:	8,54	:	5,79	11,73	:	:	:	:
2001	:	7,66	6,29	:	7,94	:	6,13	10,68	:	8,02	:	:

Source: Eurostat - Indicateurs financiers.

2 POPULATION	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
--------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Population totale (1000)

1.1.1960	7 830	:	9 638	1 209	9 961	2 104	2 756	327	29 480	18 319	3 970	1 580	27 120
1.1.1980	8 846	608	10 316	1 472	10 709	2 509	3 404	330	35 413	22 133	4 963	1 893	44 016
1.1.2001, estimation révisée	8 150	759	10 295	1 367	10 005	2 366	3 693	383	38 644	22 431	5 402	1 990	65 783
1.1.2002, première estimation	8 107	:	10 275	1 360	9 973	2 352	3 681	384	38 629	22 390	5 403	1 995	:

Taux de croissance de la population (par millier d'habitants), 2000

Accroissement total	-5,1	5,9	-1,1	-3,7	-3,8	-5,8	-1,6	6,8	-0,2	-1,1	0,7	1,2	14,8
Accroissement naturel	-5,1	4,5	-1,8	-3,9	-3,8	-5,0	-1,3	3,3	0,3	-0,9	0,4	-0,2	14,8
Solde migratoire	0,0	1,5	0,6	0,2	0,0	-0,8	-0,3	3,5	-0,5	-0,2	0,3	1,4	0,0

L'accroissement de la population totale se compose de l'accroissement naturel (naissances vivantes moins les décès) et du solde migratoire. Le solde migratoire est estimé à partir de la différence entre l'accroissement de la population et l'accroissement naturel (solde migratoire corrigé).

Structure de la population (% du total), 2000

Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
0-19	22,8	31,3	23,4	25,5	23,6	25,3	27,1	:	28,3	26,0	28,1	23,2	41,4
20-59	55,5	53,4	58,4	54,2	56,7	54,1	54,4	:	55,2	55,3	56,5	57,8	50,7
60-79	19,6	12,9	15,9	17,7	17,2	18,1	16,0	:	14,6	16,9	13,5	16,8	7,2
80 et plus	2,1	2,5	2,3	2,6	2,4	2,5	2,5	:	1,9	1,7	1,8	2,3	0,5

TR 1998.

Immigration par grands groupes de nationalités, 1997

Total	:	6 560	15 811	1 665	9 397	2 913	3 682	937	:	6 600	:	8 982	:
Ressortissants nationaux	:	411	2 931	509	:	1 242	1 146	453	:	:	:	1 093	:
Ressortissants d'États membres de l'UE:	:	2 243	648	40	1 013	:	11	:	:	2 220	:	209	:
Autres	:	3 906	12 232	1 116	8 384	:	2 525	:	:	4 380	:	7 680	:

Émigration par grands groupes de nationalités, 1997

Total	:	8 000	1 491	4 982	3 454	9 677	3 780	73	:	19 945	:	6 254	:
Ressortissants nationaux	:	:	686	911	955	1 257	1 323	73	:	:	:	807	:
Ressortissants d'États membres de l'UE:	:	:	19	17	131	:	4	:	:	11 790	:	221	:
Ressortissants de pays hors UE	:	:	786	4 054	2 368	:	2 453	:	:	8 155	:	5 226	:

Solde migratoire par grands groupes de nationalités, 1997

Total	:	-1 440	14 320	- 3 317	5 943	- 6 764	- 98	864	:	- 13 345	:	2 728	:
Ressortissants nationaux	:	:	2 245	- 402	:	- 15	- 177	380	:	:	:	286	:
Ressortissants d'États membres de l'UE:	:	:	629	23	882	:	7	:	:	- 9 570	:	- 12	:
Ressortissants de pays hors UE	:	:	11 446	- 2 938	6 016	:	72	:	:	- 3 775	:	2 454	:

Source: Eurostat - Statistiques sur la migration.

Population par grands groupes de nationalités, en milliers, 2000

Total	8 191	755	10 448	1 439	10 043	2 424	3 699	380	38 654	22 455	5 399	1 988	64 814
Ressortissants nationaux	:	731	10 209	:	9 890	1 805	:	372	:	22 454	:	1 945	:
Étrangers	:	24	239	:	153	620	:	9	:	1	:	43	:
Ressortissants d'États membres de l'UE:	:	:	17	:	18	1	:	:	:	:	:	1	:
Ressortissants de pays hors UE	:	:	222	:	135	619	:	:	:	:	:	41	:

Source: Eurostat - Statistiques démographiques et Conseil de l'Europe. TR: 61 000 étrangers en 1986.

Ventilation par type de ménage de la population vivant au sein de ménages privés, 2000

Population totale	:	:	100	100	100	:	:	:	:	100	100	100	:
1 adulte sans enfant à charge	:	:	8	10	9	:	:	:	:	7	5	8	:
... .. De moins de 30 ans	:	:	1	1	1	:	:	:	:	1	0	1	:
... .. Âgé de 30 à 64 ans	:	:	3	5	4	:	:	:	:	3	2	3	:
... .. Âgé de 65 ans et plus	:	:	4	4	5	:	:	:	:	4	3	4	:
... .. Homme	:	:	3	3	3	:	:	:	:	2	1	3	:
... .. De moins de 30 ans	:	:	0	1	0	:	:	:	:	0	0	0	:
... .. Âgé de 30 à 64 ans	:	:	1	2	2	:	:	:	:	1	1	2	:
... .. Âgé de 65 ans et plus	:	:	1	1	1	:	:	:	:	1	1	1	:
... .. Femme	:	:	5	7	6	:	:	:	:	5	3	5	:
... .. Âgée de 30 à 64 ans	:	:	0	1	0	:	:	:	:	0	0	0	:
... .. Âgée de 65 ans et plus	:	:	2	3	2	:	:	:	:	2	1	2	:

2 POPULATION (Contd.)	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
2 adultes sans enfant à charge	:	:	4	3	4	:	:	:	:	3	2	4	:
... .. Âgé de 65 ans et plus	:	:	21	18	20	:	:	:	:	16	13	17	:
... .. Tous deux de moins de 65 ans	:	:	12	10	11	:	:	:	:	8	6	9	:
... .. Dont au moins l'un des deux de 65 ans ou plus	:	:	10	8	9	:	:	:	:	8	6	8	:
3 adultes ou plus sans enfant à charge	:	:	15	11	14	:	:	:	:	12	17	21	:
1 adulte avec enfant à charge	:	:	4	6	4	:	:	:	:	2	2	3	:
2 adultes avec enfants à charge	:	:	39	38	37	:	:	:	:	37	32	33	:
... 1 enfant	:	:	12	14	12	:	:	:	:	13	8	13	:
... 2 enfants	:	:	21	16	18	:	:	:	:	17	16	17	:
... 3 enfants ou plus	:	:	6	8	7	:	:	:	:	7	8	3	:
3 adultes ou plus avec enfants à charge	:	:	13	17	16	:	:	:	:	26	31	18	:

Note: les enfants à charge incluent tous les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans et toutes les personnes de 15 à 24 ans qui sont économiquement inactives (principalement des élèves/étudiants) et vivent avec au moins l'un de leurs deux parents.

Source: Eurostat - Enquête européenne sur les forces de travail 2000.

Taux brut de nuptialité (par millier d'habitants)

1960	8,8	:	7,7	10,0	8,9	11,0	10,1	5,9	8,3	10,7	8,1	8,9	:
1970	8,6	8,6	9,2	9,1	9,3	10,2	9,5	7,4	8,6	7,2	7,9	8,3	:
1980	7,9	7,9	7,6	8,8	7,5	9,8	9,2	8,6	8,6	8,2	7,9	6,5	8,2
1990	6,7	9,3	8,8	7,5	6,4	8,8	9,8	7,1	6,7	8,3	7,6	4,3	8,2
2000	4,2	12,3	5,4	4,0	4,8	3,9	4,6	6,2	5,5	6,1	4,8	3,7	7,7

Le taux brut de nuptialité est le rapport des mariages à la population moyenne d'une année donnée. TR: données de 1998 au lieu de 2000.

Indicateur conjoncturel de fécondité

1960	2,31	3,51	2,11	:	2,02	:	2,60	3,62	2,98	2,33	3,07	2,18	6,18
1970	2,18	2,54	1,91	2,16	1,98	2,01	2,40	2,02	2,20	2,89	2,40	2,10	5,68
1980	2,05	2,46	2,10	2,02	1,91	1,90	2,00	1,99	2,28	2,45	2,32	2,11	4,36
1990	1,81	2,42	1,89	2,05	1,87	2,02	2,00	2,05	2,04	1,83	2,09	1,46	2,99
2000	1,25	1,83	1,14	1,39	1,33	1,24	1,33	:	1,34	1,30	1,20	1,25	2,50

L'indicateur conjoncturel de fécondité est le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme si les taux actuels de fécondité se maintenaient.

Pourcentage de naissances vivantes hors mariage

1960	8,0	0,2	4,9	:	5,5	11,9	7,3	0,7	4,5	:	4,7	9,1	:
1970	9,3	0,2	5,4	14,1	5,4	11,4	6,4	1,5	5,0	:	6,2	8,5	:
1980	10,9	0,6	5,6	18,3	7,1	12,5	6,3	1,1	4,7	:	5,7	13,1	2,9
1990	12,4	0,7	8,6	27,1	13,1	16,9	7,0	1,8	6,2	:	7,6	24,5	4,4
2000	38,4	2,1	21,8	54,5	29,0	40,3	22,6	10,1	11,7	25,5	18,3	37,1	:

Données de 1998 (CY) ou 1999 (MT et PL) au lieu de 2000.

Taux brut de divorcialité (par millier d'habitants)

1960	:	:	1,3	2,1	1,7	2,4	0,9	:	0,5	2,0	0,6	1,0	0,4
1970	1,2	0,3	2,2	3,2	2,2	4,6	2,2	:	1,1	0,4	0,8	1,1	0,3
1980	1,5	0,3	2,6	4,1	2,6	5,0	3,2	:	1,1	1,5	1,3	1,2	0,4
1990	1,3	0,6	3,1	3,7	2,4	4,0	3,4	:	1,1	1,4	1,7	0,9	0,5
2000	1,2	1,7	2,9	3,1	2,4	2,6	2,9	:	1,1	1,4	1,7	1,1	0,5

Le taux brut de divorcialité est le rapport du nombre des divorces à la population moyenne d'une année donnée. BG, TR: données de 1999 au lieu de 2000.

Source: Eurostat - Statistiques démographiques, TR (en partie): également Conseil de l'Europe.

3 EDUCATION ET FORMATION	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
Suit une formation mais est sans emploi :		4	:	6	4	:	6	:	:	2	:	10	:
Suit une formation et occupe un emploi :	30	:	42	37	:	40	:	:	34	:	47	:	
Ne suit pas de formation mais a un emploi :	52	:	33	39	:	31	:	:	42	:	31	:	
Ne suit pas de formation et est sans emploi :	14	:	18	19	:	23	:	:	23	:	13	:	

Ventilation de la population âgée de 25 à 64 ans par groupe d'âge, sexe et niveau d'études (%), 2000

25 à 64 ans

..Hommes et femmes													
....< 2 ^e cycle du secondaire	32,9	37,0	13,9	15,3	30,8	16,5	15,1	:	20,3	30,7	16,4	25,2	:
....2 ^e cycle du secondaire	48,7	37,8	74,6	56,3	55,2	65,3	42,6	:	68,3	60,1	73,3	59,1	:
....Enseignement supérieur	18,4	25,2	11,5	28,5	14,0	18,1	42,3	:	11,4	9,2	10,2	15,7	:
..Hommes													
....< 2 ^e cycle du secondaire	33,4	33,2	8,8	16,6	25,9	18,3	15,0	:	18,5	24,2	11,4	20,8	:
....2 ^e cycle du secondaire	51,1	38,8	78,1	61,9	60,4	65,1	47,5	:	71,4	65,4	77,7	65,1	:
....Enseignement supérieur	15,5	28,0	13,1	21,6	13,7	16,6	37,5	:	10,1	10,4	10,9	14,1	:
..Femmes													
....< 2 ^e cycle du secondaire	32,5	40,8	19,0	14,1	35,3	14,9	15,3	:	22,0	37,0	21,3	29,6	:
....2 ^e cycle du secondaire	46,4	36,8	71,1	51,2	50,4	65,6	38,1	:	65,4	54,9	69,1	53,0	:
....Enseignement supérieur	21,1	22,4	9,9	34,7	14,3	19,5	46,6	:	12,6	8,1	9,6	17,3	:

25 à 29 ans

..Hommes et femmes													
....< 2 ^e cycle du secondaire	25,1	18,9	6,9	12,6	19,1	13,4	11,0	:	9,8	14,9	5,0	12,1	:
....2 ^e cycle du secondaire	56,8	47,0	82,9	55,3	66,8	70,6	52,9	:	75,2	76,1	84,0	68,0	:
....Enseignement supérieur	18,1	34,1	10,2	32,1	14,0	16,0	36,1	:	15,0	9,0	10,9	20,0	:
..Hommes													
....< 2 ^e cycle du secondaire	27,0	18,9	5,7	17,7	17,8	14,6	12,6	:	10,8	13,7	4,9	14,1	:
....2 ^e cycle du secondaire	61,7	50,8	84,7	59,7	70,3	71,1	56,4	:	78,1	76,6	85,2	73,3	:
....Enseignement supérieur	11,3	30,2	9,7	22,6	11,9	14,4	31,0	:	11,1	9,7	9,9	12,6	:
..Femmes													
....< 2 ^e cycle du secondaire	22,9	18,9	8,1	7,7	20,5	12,2	9,4	:	8,7	16,1	5,2	10,0	:
....2 ^e cycle du secondaire	51,5	43,4	81,2	51,0	63,2	70,2	49,3	:	72,3	75,6	82,8	62,6	:
....Enseignement supérieur	25,6	37,8	10,7	41,3	16,3	17,6	41,4	:	19,0	8,3	12,0	27,3	:

Les niveaux d'études sont définis en fonction de la CITE (Classification internationale type de l'éducation). Les niveaux inférieurs à ceux du 2^e cycle du secondaire correspondent aux catégories 0 à 2 de la CITE, le 2^e cycle du secondaire aux catégories 3 et 4 (comprenant donc l'enseignement postsecondaire non supérieur) et l'enseignement supérieur aux catégories 5 et 6.

Taux de chômage de la population âgée de 25 à 59 ans par sexe et par niveau d'études, 2000

Hommes et femmes													
....< 2 ^e cycle du secondaire	24	7	20	22	10	21	23	:	23	5	37	10	:
....2 ^e cycle du secondaire	14	4	7	15	6	15	20	:	14	8	15	6	:
....Enseignement supérieur	6	3	3	5	1	7	9	:	5	4	4	2	:
Hommes													
....< 2 ^e cycle du secondaire	22	5	22	23	12	23	27	:	21	6	44	11	:
....2 ^e cycle du secondaire	13	2	5	15	6	15	21	:	12	7	15	6	:
....Enseignement supérieur	7	2	2	6	1	7	10	:	5	4	5	1	:
Femmes													
....< 2 ^e cycle du secondaire	26	9	19	22	9	17	17	:	24	4	32	10	:
....2 ^e cycle du secondaire	14	8	9	15	5	14	18	:	17	8	15	6	:
....Enseignement supérieur	6	3	3	4	1	8	8	:	5	3	3	3	:

3 EDUCATION ET FORMATION (Suite)	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
-------------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Participation (%) à des activités d'éducation ou de formation au cours des quatre dernières semaines de la population âgée de 25 à 64 ans par sexe et par niveau d'études, 2000

Hommes et femmes	:	3	:	6	3	:	3	:	:	1	:	4	:
....< 2 ^e cycle du secondaire	:	1	:	0	1	:	0	:	:	0	:	1	:
....2 ^e cycle du secondaire	:	2	:	4	3	:	2	:	:	1	:	5	:
....Enseignement supérieur	:	8	:	13	8	:	5	:	:	1	:	8	:
Hommes	:	3	:	4	3	:	2	:	:	1	:	4	:
....< 2 ^e cycle du secondaire	:	1	:	0	1	:	0	:	:	0	:	1	:
....Enseignement supérieur	:	2	:	3	3	:	1	:	:	1	:	4	:
Femmes	:	8	:	9	7	:	4	:	:	1	:	7	:
....Enseignement supérieur	:	3	:	8	3	:	3	:	:	1	:	5	:
....< 2 ^e cycle du secondaire	:	0	:	0	0	:	0	:	:	0	:	1	:
....2 ^e cycle du secondaire	:	3	:	5	4	:	2	:	:	1	:	5	:
....Enseignement supérieur	:	9	:	15	9	:	6	:	:	1	:	9	:

Source: Eurostat - Enquête européenne sur les forces de travail

Taux de participation par sexe (16-18 ans), 1998/1999

Hommes	63	:	82	79	82	75	78	59	83	58	:	83	33
Femmes	66	:	83	84	85	83	84	51	88	62	:	89	24

CY: pas de chiffres de population pour les hommes et les femmes; SK: pas de ventilation par âge.

TR: 228 844 étudiants du niveau 3C de la CITE ne peuvent être ventilés par âge ou par sexe. Les données du niveau 3C portent sur l'année scolaire 1997-1998.

Nombre de femmes pour 100 hommes dans l'enseignement supérieur

1998/1999	147	127	99	137	118	160	150	106	133	104	107	127	66
-----------	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

RO, SI: niveau 6 CITE non disponible.

Age médian des étudiants de l'enseignement supérieur, 1998/1999

Hommes et femmes	22	21	22	22	22	22	21	21	23	22	:	22	22
Hommes	23	21	22	22	23	22	21	22	23	22	:	23	22
Femmes	22	20	22	22	22	23	21	21	22	22	:	22	22

RO, SI: niveau 6 CITE non disponible.

Source: Eurostat - UOE (Questionnaires Unesco, OCDE et Eurostat sur les statistiques de l'éducation).

4 MARCHÉ DE L'EMPLOI	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
Total													
Hommes	51,5	65,5	64,9	60,6	55,9	58,2	60,1	:	55,1	64,2	56,3	62,7	:
Femmes	56,1	78,9	73,1	64,3	62,7	62,3	61,8	:	61,2	69,5	61,6	66,7	:
Taux d'emploi par groupe d'âge et par sexe, 2 ^e trimestre 2000	47,2	52,5	56,8	57,1	49,4	54,3	58,5	:	49,3	59,0	51,1	58,5	:
Femmes													
Hommes et femmes													
...50-54	65,6	71,3	80,4	73,6	66,4	69,9	72,8	:	61,4	70,3	69,0	64,4	:
...55-59	33,5	60,5	50,2	58,4	33,7	49,3	56,8	:	37,7	56,6	34,5	29,0	:
...60-64	10,5	35,1	16,9	29,4	7,6	21,8	26,4	:	20,9	48,0	6,1	15,1	:
Hommes													
...50-54	67,6	91,0	84,5	72,5	69,7	69,9	69,3	:	65,7	77,4	74,4	77,7	:
...55-59	53,6	80,8	71,6	66,5	50,2	64,5	64,3	:	47,5	63,1	55,3	40,3	:
...60-64	15,7	50,0	23,5	35,5	10,8	31,6	38,4	:	27,5	52,5	10,4	19,8	:
Femmes													
...50-54	63,8	51,8	76,3	74,5	63,2	69,9	75,8	:	57,4	63,3	63,9	51,2	:
...55-59	16,2	40,7	30,4	52,0	19,8	37,5	50,8	:	28,9	51,1	16,8	17,5	:
...60-64	6,1	21,5	11,2	24,8	5,1	14,9	17,7	:	15,4	44,1	2,7	11,2	:
Taux de chômage par sexe, 2001													
Total	19,6	4,5	:	12,3	5,7	12,9	16,5	6,8	18,6	6,5	19,7	5,9	:
Hommes	20,5	3,0	:	12,0	6,3	14,2	19,0	6,2	17,2	7,0	20,5	5,6	:
Femmes	18,6	6,5	:	12,5	4,9	11,5	13,8	8,2	20,3	5,9	18,8	6,3	:
Proportion de jeunes (15 à 24 ans) au chômage dans la population totale du même âge, par sexe, 2^e trimestre 2000													
Total	10,2	4,0	7,5	8,5	4,6	8,2	10,1	:	13,4	7,4	16,5	6,1	:
Hommes	13,0	2,8	8,3	10,3	5,9	9,4	11,5	:	13,8	8,8	19,1	6,0	:
Femmes	7,6	5,1	6,6	6,7	3,4	6,9	8,8	:	13,0	5,9	13,9	6,2	:
Taux de chômage des jeunes (15 à 24 ans), par sexe, 2001													
Total	39,5	9,6	:	24,6	10,9	22,6	31,3	16,7	42,0	17,0	38,5	16,9	:
Hommes	36,1	6,7	17,4	24,7	13,7	21,1	27,6	:	34,3	19,3	40,0	14,8	:
Femmes	29,6	14,2	16,4	22,4	10,4	21,3	27,4	:	37,2	15,9	33,3	18,5	:
Taux de chômage de longue durée (12 mois ou plus), 2^e trimestre 2000													
Total	10,2	1,3	4,5	6,7	3,2	8,4	8,8	:	8,0	3,6	11,3	4,5	:
Hommes	10,4	0,5	3,7	7,7	3,8	9,0	10,9	:	6,5	3,9	11,4	4,5	:
Femmes	9,9	2,5	5,5	5,7	2,6	7,8	6,7	:	9,8	3,2	11,1	4,4	:
Taux de chômage de longue durée (6 mois ou plus) des jeunes (15 à 24 ans), 2^e trimestre 2000													
Total	25,8	4,9	11,8	12,8	8,5	13,7	20,4	:	26,5	13,1	28,8	11,9	:
Hommes	28,0	2,3	11,9	14,0	9,8	13,4	21,5	:	24,0	14,2	31,5	9,9	:
Femmes	22,9	7,5	11,7	11,1	6,8	14,1	18,9	:	29,4	11,8	25,9	14,6	:

Les taux d'emploi correspondent aux personnes de 15 à 64 ans occupant un emploi en pourcentage de la population de la même classe d'âge. Les personnes occupant un emploi sont celles qui, durant la semaine de référence (de l'enquête sur les forces de travail) ont effectué un travail en contrepartie d'une rémunération ou de gains pendant au moins une heure ou ne travaillaient pas, mais avaient un emploi dont elles étaient temporairement absentes. Les chômeurs - selon les critères de l'Organisation internationale du travail (OIT) - sont les personnes de 15 ans ou plus qui i) sont sans travail, ii) sont disponibles pour commencer à travailler au cours des 2 semaines suivantes, iii) ont activement recherché un travail à un moment donné. Les taux de chômage correspondent aux proportions de chômeurs dans la population active de la même classe d'âge. La population active est définie comme la somme des personnes occupant un emploi et des chômeurs.

Source: Eurostat - Enquête européenne sur les forces de travail.

5 PROTECTION SOCIALE	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
----------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Dépenses de protection sociale en % du PIB

1998	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,4	26,6	:
1999	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:

Dépenses de protection sociale en SPA, par habitant, 2000

Total	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	2097,114	4057,539	:
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------	----------	---

Prestations sociales par groupe de fonctions (en % du total des prestations sociales), 2000

Prestations de vieillesse et de survivant	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:
Maladie, soins de santé	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	32,9	30,7	:
Invalité	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	8,0	9,0	:
Chômage	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	4,6	4,3	:
Famille et enfants	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	9,3	9,2	:
Logement et exclusion sociale n.c.a.	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	6,8	1,6	:

Recettes de la protection sociale par type (en % du total des recettes), 2000

Contributions publiques	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	27,0	31,5	:
Cotisations sociales à la charge de l'employeur	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	48,5	27,0	:
Cotisations sociales à charge de la personne protégée	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	18,6	39,3	:
Autres recettes	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	5,9	2,2	:

L'abréviation n.c.a. signifie "non classé ailleurs".

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

6 REVENUS, PAUVRETE ET EXCLUSION SOCIALE	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
--	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Salaire horaire brut moyen des salariés de l'industrie (travailleurs manuels, sections C à F de la NACE rév. 1) en euros

1997	80,38	:	1,73	1,28	1,83	1,26	0,98	4,39	2,08	104,95	1,35	3,88	1,67
1998	105,66	6,20	1,89	1,42	1,85	1,35	1,20	4,46	2,28	125,60	1,40	4,18	:
1999	114,02	6,36	1,91	1,53	2,03	1,46	1,27	4,70	2,87	106,95	1,37	4,37	:
2000	128,45	:	2,20	:	2,21	1,68	1,48	:	3,15	:	1,51	4,56	:

BG, RO: salaires mensuels. CZ: à l'exception du secteur de la construction.

Salaire mensuel brut moyen des salariés à plein temps de l'industrie et des services (sections C à K de la NACE rév. 1) en euros

1997	76	1 181	309	242	277	198	190	759	323	111	269	768	382
1998	100	1 240	339	276	289	214	233	764	346	136	280	823	407
1999	109	1 342	359	291	318	226	251	836	442	120	271	809	:
2000	127	:	400	323	348	270	299	:	490	:	286	860	:

BG, RO: salaires mensuels. CZ: à l'exception du secteur de la construction.

7 EGALITE DES SEXES	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
---------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Présence des femmes dans les parlements nationaux (pourcentage de sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux (Chambre basse))

Année	:	:	1998	1999	1998	:	:	1998	1997	:	:	1996	:
Pourcentage	:	:	15,2	17,8	8,4	:	:	9,2	13,4	:	:	12,2	:

Présence des femmes dans les gouvernements nationaux

Année	:	:	1998	1999	2000	:	:	1998	1999	:	:	1997	:
Pourcentage	:	:	0,0	13,3	6,1	:	:	7,1	10,5	:	:	5,6	:

Source: Base de données européenne - Les femmes dans la prise de décision (www.db-decision.de).

Salaire mensuel moyen des femmes en pourcentage de celui des hommes dans l'industrie et les services (sections C à K de la NACE rév. 1)

1995	:	69,5	:	73,3	80,3	:	76,9	:	77,7	78,0	:	83,2	:
1996	72,9	70,0	77,2	72,6	79,0	78,4	81,3	:	77,8	77,8	75,2	83,8	:
1997	74,1	70,2	75,7	72,0	77,6	79,9	78,4	:	80,2	74,3	75,0	83,8	:
1998	73,5	68,7	72,0	74,2	81,4	80,1	78,4	:	83,2	77,5	86,3	:	:
1999	77,6	69,3	74,2	:	81,3	77,8	80,7	76,4	82,6	81,9	76,9	90,3	:
2000	74,6	:	73,3	:	81,0	76,9	80,9	:	:	79,5	73,7	:	:

CZ: salariés à temps plein, sections A à O de la NACE rév.1. EE: Salaire horaire, toutes activités confondues. LV: données tirées des statistiques à court terme, primes comprises. PL: Source: L'enquête représentative de septembre 1995 à 1997 ou d'octobre 1998-1999. RO: Salaire des femmes en pourcentage de celui des hommes pour le mois d'octobre, primes comprises. Source: Enquête annuelle sur les rémunérations par profession pour le mois d'octobre. SI: toutes activités; industrie seule: 80,6 (1998).

8 SANTE ET SECURITE	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
---------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Taux de mortalité infantile, pour 1000 naissances vivantes

1970	27,3	26,0	20,2	17,7	35,9	17,7	19,3	27,9	36,4	49,4	24,5	25,7	:
2000	13,3	6,1	4,1	8,4	9,2	10,4	8,6	6,1	8,1	18,6	8,6	4,9	:

CY: 1998

Espérance de vie à la naissance, hommes

1980	68,7	72,3	66,8	64,1	65,5	63,5	65,5	68,5	66,9	66,5	66,8	67,4	55,8
2000	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

CY: 1999. TR: 1998.

Espérance de vie à la naissance, femmes

1980	74,0	77,0	73,9	74,1	72,7	74,2	75,4	72,7	75,4	71,8	74,3	75,2	60,4
2000	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

CY: 1999. TR: 1998.

Source: Eurostat - Statistiques démographiques, TR: Council of Europe.

Taux de mortalité standardisés (TMS) pour 100 000 habitants, par sexe, 1999Hommes

Maladies circulatoires	877	:	603	783	745	812	647	406	597	836	671	424	:
Cancer	203	:	320	282	402	303	287	236	299	217	336	295	:
Affections respiratoires	64	:	55	62	79	55	70	113	72	104	74	112	:

Causes externes de blessures et d'empoisonnement

	83	:	91	271	141	261	244	41	112	102	98	120	:
--	----	---	----	-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	----	-----	---

Femmes

Maladies circulatoires	607	:	402	442	477	477	415	324	374	625	442	269	:
Cancer	121	:	179	144	205	139	140	137	153	126	156	156	:
Affections respiratoires	33	:	28	14	34	16	18	52	30	56	34	45	:

Causes externes de blessures et d'empoisonnement

	24	:	34	59	50	69	57	17	31	30	23	39	:
--	----	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

Données de 1998, sauf PL (1996)

Source: OMS - Base de données "Santé pour tous" 2002

Lits d'hôpitaux pour 100 000 habitants

1990	1004	:	1348	1154	1009	1245	1402	:	575	605	:	243
1999	748	:	1103	717	837	938	885	547	514	554	1116	257

Nombre de personnes pour 100 000 habitants sortant de l'hôpital par diagnostic ICD, 2000

Maladies infectieuses et parasitaires	505	:	467	674	395	1 040	748	:	:	990	480	490	295
Cancer	522	:	1 494	1 555	1 810	1 464	1 233	:	:	1 091	1 658	1 377	258
Affections respiratoires	1 781	:	1 567	2 165	2 201	3 094	2 441	:	:	3 008	1 292	1 606	725
Maladies circulatoires	1 766	:	3 271	3 118	4 084	3 939	3 060	:	:	2 253	1 671	2 723	732
Troubles mentaux et du comportement	:	:	302	:	1 524	1 291	1 607	:	:	:	543	594	86
Causes externes de blessures et d'empoisonnement	1 036	:	1 740	1 282	1 487	2 141	2 213	:	:	1 188	1 639	1 495	341

Source: Eurostat - Statistiques de la santé et de la sécurité.

Prévalence pour 1000 habitants de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence, 2000

	6,1	3,6	9,5	:	9,0	:	9,2	:	8,1	6,2	:	7,8	:
--	-----	-----	-----	---	-----	---	-----	---	-----	-----	---	-----	---

Source: Alzheimer Europe et Eurostat.

Dépenses totales de santé (% du produit intérieur brut)

1990	5,2	:	5,0	:	6,1	2,5	3,3	:	5,3	2,8	5,6	5,4	3,6
2000	4,7	:	7,3	6,1	6,8	4,8	6,2	8,8	6,2	2,6	7,9	6,5	4,8

Données de 2000 sauf BG: 1994, PL: 1999, RO et TR: 1998.

Source: OMS - Base de données "Santé pour tous" 2002.

Nombre de personnes tuées dans des accidents de la circulation

1998	1 003	111	1 360	284	1 371	627	829	17	7 080	2 778	860	309	6 083
1999	1 047	113	1 455	232	1 306	604	748	4	6 730	2 505	671	334	5 723
2000	1 012	111	1 486	204	1 200	588	641	15	6 294	2 499	647	313	5 510

Nombre de personnes tuées dans des accidents de la circulation, par million d'habitants

2000	124	165	144	149	120	248	173	39	163	111	120	157	84
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----	----

Source: Eurostat - Statistiques du transport.

Accidents domestiques et de loisirs (taux de mortalité standardisé en fonction de l'âge, par 100 000 habitants), 1995

	55	:	40	177	70	92	168	11	60	86	32	53	:
--	----	---	----	-----	----	----	-----	----	----	----	----	----	---

Source: Statistiques de mortalité de l'OMS, 1995.

9 COMMATION	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
-------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Pour plus de données statistiques sur la consommation, voir "Les consommateurs en Europe - faits et chiffres 1996-2000", Eurostat, 2001, ISBN 92-894-1400-6.

Dépense de consommation finale des ménages, 2000, à prix courants

Milliards d'euros	9	5	30	3	26	5	8	:	110	28	11	11	:
Euros par habitant	1 100	8 300	2 900	2 200	2 600	2 000	2 100	:	2 800	1 200	2 000	5 300	:
Milliards de SPA	37	8	73	7	59	10	18	:	219	82	31	17	:
SPA par habitant	4 500	:	7 100	5 000	5 900	4 200	4 800	:	5 700	3 700	5 700	8 400	:
Pourcentage du PIB	71,6	:	53,7	57,7	51,1	62,5	64,1	:	64,0	70,0	52,9	54,0	:

Source: Eurostat, comptes nationaux - ESA95 - agrégats (thème2/aggs)
CY: 1998.

Estimation de la structure de la dépense de consommation des ménages, 1999 (%)

Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Produits alimentaires et boissons non alcoolisés	46,5	:	25,2	35,7	28,9	42,1	48,1	:	35,1	55,3	33,0	26,1	:
Boissons alcoolisées et tabac	3,9	:	3,5	3,4	4,3	2,8	4,0	:	3,3	2,7	3,6	3,4	:
Vêtements et chaussures	8,2	:	7,7	7,7	6,6	7,1	8,0	:	7,0	7,4	10,3	8,4	:
Logement, eau, électricité, gaz et autres combustibles (1)	14,2	:	17,1	18,7	19,5	17,0	12,3	:	18,4	15,3	12,4	10,7	:
Meubles, articles de ménage et entretien courant de l'habitation	4,4	:	7,8	5,4	5,4	4,2	4,8	:	5,5	4,3	6,4	6,8	:
Santé (2)	3,3	:	1,5	1,6	3,0	3,5	3,5	:	4,4	2,3	1,2	1,6	:
Transport (3)	7,2	:	10,2	6,8	9,2	6,9	6,7	:	8,6	5,2	8,9	16,5	:
Communication (4)	1,9	:	2,0	2,8	4,4	3,2	1,9	:	2,3	1,4	2,1	1,9	:
Loisirs et culture	3,0	:	11,0	7,5	6,7	5,6	3,5	:	6,5	2,6	8,2	8,8	:
Education	0,6	:	0,6	1,2	0,4	1,0	0,3	:	1,3	0,6	0,5	0,7	:
Restaurants et hôtels	3,5	:	5,0	3,5	3,0	2,5	3,8	:	1,3	0,8	5,8	5,9	:
Biens et services divers	3,3	:	8,4	5,7	8,6	4,1	2,9	:	6,3	2,1	7,6	9,2	:

CZ: Estimations basées sur la classification nationale des 9 principales catégories de dépenses. EE: La consommation non monétaire des produits non alimentaires n'est pas comprise; les denrées alimentaires produites par les particuliers et celles reçues sans contrepartie financière sont comprises. SI: 1997.

(1) Les loyers imputés pour les logements occupés par leur propriétaire ne sont inclus dans aucun des pays; CZ, HU et SI: les logements mis à disposition (gratuitement ou à prix réduit) par les employeurs ne sont pas inclus; CZ: l'avantage découlant de la fourniture gratuite ou à prix réduit de gaz, d'électricité et d'eau n'est pas inclus; LT, LV et PO: problèmes de mesure.

(2) HU, LT et PL: la dépense nette des ménages (après déduction des remboursements de sécurité sociale et assurances privées) est enregistrée; dans les autres pays, ce sont les dépenses brutes des ménages qui sont enregistrées; LT: toutes les dépenses des ménages sont enregistrées, sauf les séjours en sanatorium; PL: les dépenses de santé ne sont pas corrigées pour tenir compte des remboursements; pour les autres pays, on ne dispose pas d'information sur le mode d'enregistrement.

(3) RO, SI et SK, l'utilisation d'une voiture de société pour les besoins personnels et/ou la fourniture gratuite de carburant ne sont pas prises en compte; LV, LT et PL: problèmes de mesure.

(4) CZ, l'utilisation gratuite ou à coût réduit du téléphone n'est pas incluse; LV, LT et PO: problèmes de mesure.

Source: Eurostat - Enquête sur le budget des ménages (thème3/hbs).

Logements équipés des appareils électriques sélectionnés, 1996 (%)

Cuisinière	86,4	:	16,3	47,8	9,7	6,1	11,0	:	:	2,7	30,1	86,0	:
Four à micro-ondes	4,4	:	30,1	11,0	25,8	2,8	5,4	:	:	:	18,1	6,9	:
Réfrigérateur	88,5	:	98,1	89,7	99,9	86,6	93,7	:	100,0	68,9	97,4	95,2	:
Congélateur	17,3	:	65,2	11,7	52,4	2,2	6,2	:	30,0	13,0	55,7	85,8	:
Machine à laver automatique	40,6	:	74,7	22,6	43,9	8,6	11,6	:	50,0	7,2	57,0	96,4	:
Machine à laver non automatique	36,2	:	35,7	52,1	59,6	61,3	63,2	:	80,0	43,6	45,7	:	:
Sèche-linge	0,3	:	3,3	:	0,4	:	:	:	:	:	1,2	7,2	:
Lave-vaisselle	0,9	:	3,3	0,7	0,6	0,1	2,0	:	:	:	1,3	20,2	:
Chauffe-eau	61,1	:	38,8	11,3	47,1	3,1	2,1	:	:	0,3	30,0	47,3	:
Radiateur	83,4	:	20,5	25,4	9,3	93,6	6,5	:	:	11,9	14,4	17,4	:
Climatisation	0,4	:	0,4	:	0,4	:	:	:	:	:	0,2	0,7	:

PL: Chiffres basés sur les ménages plutôt que sur les habitations; 1993 SI: Les machines à laver automatiques comprennent les machines non automatiques.

Source: Eurostat - Enquête sur la consommation d'énergie des ménages

Taux d'accès à l'internet - Ménages - Pourcentage de ménages ayant un accès à l'Internet à domicile

2000	:	14	8	7	2,6	:	2,3	11,2	:	:	:	21	:
2001	:	20	11	10	:	2	3,2	:	8,2	:	:	24	:

Source: Eurostat - Statistiques de la société de l'information.

Annexe VI: Symboles, pays et groupes de pays, autres abréviations et acronymesSymboles

*	données provisoires, estimations ou fiabilité faible en raison du petit nombre d'observations
-b	rupture dans la série chronologique
:	non disponible
-	néant
.	sans objet ou données non significatives sur le plan statistique
0	moins de la moitié de l'unité utilisée
%	pour cent
°	voir la note (le chiffre peut être celui d'une autre année ou faire l'objet d'une autre restriction)

Symboles, abréviations et groupes de pays

EU-15 Les 15 États membres de l'Union européenne

EUR-12 Les 12 États membres de la zone euro (B, D, E, F, IRL, I, L, NL, A, P et FIN).

Les États membres 'du Sud' sont la Grèce, l'Espagne, l'Italie et le Portugal.

Les États membres 'du Nord' sont le Danemark, la Finlande et la Suède.

B	Belgique	DK	Danemark	D	Allemagne	EL	Grèce
E	Espagne	F	France	IRL	Irlande	I	Italie
L	Luxembourg	NL	Pays-Bas	A	Autriche	P	Portugal
FIN	Finlande			S	Suède	UK	Royaume-Uni

Pays candidats:

BG	Bulgarie	CY	Chypre	CZ	République tchèque	EE	Estonie
HU	Hongrie	LV	Lettonie	LT	Lituanie	MT	Malte
PL	Pologne	RO	Roumanie	SK	République slovaque	SI	Slovénie
TR	Turquie						

Autres abréviations et acronymes

BCE	Banque centrale européenne
BDU PCM	Base de données des utilisateurs du panel communautaire des ménages
CE	Communautés européennes
CIM	Classification internationale des maladies
CITE	Classification internationale type de l'éducation
CVTS2	Deuxième enquête sur la formation professionnelle continue
EBM	Enquête sur le budget des ménages
EFLV	Éducation et formation tout au long de la vie
EFT	Enquête sur les forces de travail
ESS	Enquête sur la structure des salaires
Eurostat	Office statistique des Communautés européennes
FPC	Formation professionnelle continue
GCSE	General Certificate of Secondary Education
IPCH	Indice des prix à la consommation harmonisés
n.c.a.	non classée ailleurs
NACE Rév. 1	Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne
NUTS	Nomenclature des unités statistiques territoriales
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OIT	Organisation internationale du travail
PCM	Panel communautaire des ménages.
PIB	Produit intérieur brut
PMT	Politiques du marché du travail
QLFD	Données trimestrielles sur les forces de travail
SEAT	Statistiques européennes sur les accidents du travail
SESPROS	Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale
SPA	Standard de pouvoir d'achat
TMS	Taux de mortalité standardisé
UE	Union européenne
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
UOE	UNESCO/OCDE/Eurostat

Annexe VI: Liste des "Data Shops" 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

Danmark**DANMARKS STATISTIK**

Bibliotek og Information
Eurostat Data Shop
Sejrøgade 11
DK-2100 København Ø
Tél. (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

Deutschland**Statistisches Bundesamt**

Eurostat Data Shop Berlin
Otto-Braun-Straße 70-72
(Eingang: Karl-Marx-Allee)
D-10178 Berlin
Tél. (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

España**INE**

Eurostat Data Shop
Paseo de la Castellana, 183
Despacho 011B
Entrada por Estébanez Calderón
E-28046 Madrid
Tél. (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

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

Italia - Roma ISTAT

Centro di informazione statistica
— Sede di Roma
Eurostat Data Shop
Via Cesare Balbo, 11a
I-00184 Roma
Tél. (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

Italia - Milano ISTAT

Ufficio regionale per la Lombardia
Eurostat Data Shop
Via Fieno, 3
I-20123 Milano
Tél. (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

Luxembourg**Eurostat Data Shop Luxembourg**

46A, avenue J.F. Kennedy
B.P. 1452
L-1014 Luxembourg
Tél. (352) 43 35-2251
Fax (352) 43 35-2221
E-mail: dslux@eurostat.datashop.lu
URL: <http://www.datashop.org/>
Membre du réseau MIDAS-NET

Langues parlées:
ES, DE, EN, FR, IT

Nederland**STATISTICS NETHERLANDS**

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

Langues parlées:
EN, NL

Portugal**Eurostat Data Shop Lisboa**

INE/Serviço de Difusão
Av. António José de Almeida, 2
P-1000-043 Lisboa
Tél. (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
Tél. (358-9) 17 34 22 21
Fax (358-9) 17 34 22 79
E-mail 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
Tél. (46-8) 50 69 48 01
Fax (46-8) 50 69 48 99
E-mail: infoservice@scb.se
Internet: [http://www.scb.se/tjanster/
datashop/datashop.asp](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
United Kingdom
Tél.: (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
Tél. (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
Tél. (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/