

Régions: Annuaire statistique 2006

Données 2000-2004

Chapitre 9



COMMISSION
EUROPÉENNE



THÈME
Statistiques
générales et
régionales

Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne.

**Un numéro unique gratuit (*):
00 800 6 7 8 9 10 11**

(* Certains opérateurs de téléphonie mobile ne permettent pas l'accès aux numéros 00-800 ou peuvent facturer ces appels.

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu>).

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2006

ISBN 92-79-01800-0
ISSN 1681-9314

© Communautés européennes, 2006

Copyright des photos suivantes: couverture et pages 9, 37, 65, 77, 119, 145: Jean-Jacques Patricola; couverture et pages 13, 25, 51, 91, 105 et 131: DG Politique régionale, Commission européenne.
L'autorisation de reproduction ou d'utilisation de ces photos doit être demandée directement au détenteur des droits d'auteur.

TABLE DES MATIÈRES

■ INTRODUCTION	9
Données statistiques au niveau régional	10
Quelques points marquants	10
Classification régionale	10
Couverture	10
Structure	11
Besoin d'informations plus détaillées?	11
Groupe d'intérêt régional sur l'internet	11
Date de clôture pour les données de l'Annuaire	11
■ 1. POPULATION	13
Introduction	15
Une population en évolution...	15
... et une structure par âges en voie de transformation	20
Que réserve l'avenir?	22
Notes méthodologiques	24
■ 2. PRODUIT INTÉRIEUR BRUT RÉGIONAL	27
Qu'est-ce que le produit intérieur brut régional?	29
Le PIB régional en 2003	29
Fortes disparités régionales à l'intérieur des pays également	31
Le processus de rattrapage dans les nouveaux États membres n'aboutit pas partout	33
Développement hétérogène à l'intérieur des pays également	35
Résumé	36
<i>Parités de pouvoir d'achat et comparaisons internationales en volume</i>	37
■ 3. COMPTES DES MÉNAGES	39
Introduction: mesure de la richesse	41
Revenu des ménages privés	41
Résultats pour l'année 2003	42
Revenu primaire et revenu disponible	42
Revenu et prestations sociales	47
Le processus de rattrapage ne concerne pas tous les nouveaux États membres	49
Résumé	51
<i>L'unité de mesure pour les comparaisons régionales</i>	51
■ 4. MARCHÉ DU TRAVAIL RÉGIONAL	53
Introduction	55
Méthodologie	55
Emploi — Le groupe d'âge des 15 à 64 ans	56
Régions à taux d'emploi élevés	56
Régions à taux d'emploi immédiatement inférieurs au niveau le plus élevé	57
Régions à taux d'emploi faibles	59
L'emploi en Bulgarie et en Roumanie	60
Emploi — Le groupe d'âge des 55 à 64 ans	60
Taux d'emploi élevés pour les personnes âgées de 55 à 64 ans.	62

Taux d'emploi faibles pour les personnes âgées de 55 à 64 ans	62
Taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans en Bulgarie et en Roumanie	62
Chômage	63
Conclusion	66
<i>Définitions</i>	66
■ 5. PRODUCTIVITÉ DU TRAVAIL	69
Introduction	71
Des différences importantes dans la productivité du travail sur le plan régional	72
Taux de croissance de la productivité: efforts de rattrapage des nouveaux États membres	74
Productivité du travail sur la base des heures de travail	76
Conclusion	79
<i>Notes méthodologiques</i>	79
■ 6. STATISTIQUES URBAINES	81
Qu'est-ce que l'audit urbain?	83
Unités spatiales	83
Indicateurs	84
Cadre temporel	84
Compétitivité des villes	84
Production	84
Facteurs de production	86
Résultats	92
Perspectives	92
■ 7. SCIENCE, TECHNOLOGIE ET INNOVATION	95
Introduction	97
Recherche et développement	98
Ressources humaines en science et technologie	99
Brevets	102
Industries de haute technologie et services à forte intensité de connaissance	105
Conclusion	107
<i>Notes méthodologiques</i>	107
■ 8. STATISTIQUES STRUCTURELLES SUR LES ENTREPRISES	109
Introduction	111
La diversification de l'activité économique est la plus faible dans les petites régions touristiques et les régions des capitales	111
Le commerce de détail est l'activité principale dans plus de la moitié des régions	113
Beaucoup de régions sont hautement spécialisées dans une activité spécifique	113
Répartition relativement homogène des régions intensives en haute technologie entre les États membres	117
Coûts salariaux moyens: grandes différences parmi les régions intensives en haute technologie	118
Taux d'investissement dans les activités de haute technologie: Bruxelles en tête	120
Conclusion	120
<i>Notes méthodologiques</i>	122
■ 9. SANTÉ	125
Introduction	127
La mortalité dans les régions de l'Union	127

Cardiopathies ischémiques	128
Accidents	129
Les ressources en matière de santé dans les régions de l'Union	132
Sorties d'hôpital	132
Dentistes	134
Conclusion	134
<i>Notes méthodologiques</i>	135
■ 10. TRANSPORTS	137
Introduction	139
Réseau routier	139
Parc de véhicules	141
Sécurité routière	142
Transport maritime	144
Passagers aériens	146
Conclusion	148
<i>Notes méthodologiques</i>	149
■ 11. AGRICULTURE	151
Introduction	153
Notes méthodologiques	153
Structure des exploitations agricoles	154
Aspects environnementaux	160
Statistiques du développement rural	162
Le concept de l'OCDE	162
Le concept du degré d'urbanisation d'Eurostat	164
Conclusion	167
■ UNION EUROPÉENNE – Régions au niveau NUTS 2	169
■ PAYS CANDIDATS – Régions statistiques dans niveau 2	171

Introduction



Données statistiques au niveau régional

Une décision sur les Fonds structurels pour la période 2007-2013 a été prise en décembre 2005. Cette décision est fondée sur les statistiques régionales objectives établies par Eurostat, ce qui souligne l'importance des efforts que nous entreprenons pour offrir une large palette d'informations régionales comparables.

Le présent Annuaire illustre de nombreux aspects de ces données régionales et propose dans ses divers chapitres quelques-unes des analyses qu'elles permettent de réaliser. Mais nous invitons également le lecteur à poursuivre lui-même les analyses des données régionales fournies pour chacun des thèmes présentés ici. Nous espérons aussi que la présente publication l'incitera à explorer les bases de données statistiques d'Eurostat (accessibles gratuitement sur l'internet).

Conformément aux traditions établies, l'Annuaire régional essaie de renouveler quelque peu son contenu chaque année, tout en maintenant une structure inchangée pour l'essentiel. Ainsi, de nombreux sujets reviennent d'année en année, mais le thème ou le centre d'intérêt est toujours légèrement différent. Cette année encore, un thème complètement nouveau fait son apparition dans l'Annuaire des régions, à savoir la «productivité du travail», qui combine de façon très intéressante des statistiques relatives au produit intérieur brut (PIB) avec des statistiques du marché du travail. Ce type d'approche transversale faisant intervenir différents domaines statistiques pourrait, bien sûr, s'appliquer également à d'autres thèmes statistiques, mais cela fera l'objet d'une prochaine édition de l'Annuaire.

Quelques points marquants

Nous ne présenterons pas ici le contenu de tous les chapitres du présent Annuaire régional. Voici cependant quelques éléments pour éveiller votre curiosité et vous encourager à une lecture attentive:

- Le chapitre sur la population se concentre cette année sur les taux de dépendance des jeu-

nes et des personnes âgées dans les décennies à venir et met en évidence les changements radicaux de la société auxquels nous aurons à faire face.

- Le chapitre sur le PIB régional prête une attention particulière aux taux de croissance entre 1999 et 2003 et donne un aperçu intéressant des différences régionales.
- Le chapitre sur l'audit urbain examine de plus près la compétitivité des villes, en analysant divers aspects qui permettent de comparer des villes en concurrence entre elles.
- Le chapitre relatif à l'enquête structurelle sur les entreprises s'intéresse plus précisément à des régions spécialisées dans différentes activités industrielles et de services. Il met en lumière l'hétérogénéité des régions européennes en termes de processus de production et de compétences.

Classification régionale

Toutes les analyses régionales dans le présent Annuaire sont basées sur la nomenclature NUTS 2003. Entre-temps, les dix nouveaux États membres ont également été intégrés formellement dans la nouvelle classification régionale, grâce à une modification du règlement NUTS. Les textes du règlement et de sa modification sont disponibles sur le CD-ROM, tout comme l'annexe, qui dresse la liste des régions composant la nomenclature dans chaque pays.

Couverture

Aucune distinction n'est faite, dans l'Annuaire, entre les anciens États membres, les pays qui sont devenus des États membres en 2004 et ceux dont l'adhésion est attendue en 2007 ou 2008: à chaque fois que des données sont disponibles pour la Bulgarie et la Roumanie, il va de soi qu'elles sont également présentées dans les cartes et commentaires. En ce qui concerne la Turquie et la Croatie, la situation est quelque peu différente, car la quantité de données régionales reste trop faible pour justifier leur prise en compte dans les analyses.

Structure

Dans chaque chapitre, les ventilations régionales sont illustrées par des cartes en couleurs et des graphiques, accompagnés de commentaires d'évaluation rédigés par des experts. En accord avec les traditions établies, l'Annuaire s'est efforcé de mettre l'accent sur des aspects non abordés dans un passé récent.

En vue de faciliter la compréhension des cartes de l'Annuaire, les séries de données utilisées pour les établir sont fournies, sous forme de fichiers Excel, sur le CD-ROM.

Sur les cartes, les statistiques sont présentées au niveau NUTS 2. La jaquette de la publication contient une carte indiquant les codes des régions. Le lecteur trouvera en fin de publication une liste de toutes les régions NUTS 2 de l'Union européenne (UE), ainsi qu'une liste des régions statistiques du niveau 2 de la Bulgarie et de la Roumanie. Des informations détaillées complètes sur les ventilations régionales de tous ces pays, y compris les listes des régions de niveaux 2 et 3 et les cartes correspondantes, peuvent être consultées sur le serveur RAMON ⁽¹⁾.

Besoin d'informations plus détaillées?

La base de données publique REGIO, accessible sur le site internet d'Eurostat, contient des séries chronologiques plus étendues (pouvant remonter jusqu'à 1970) et des statistiques plus détaillées que celles fournies dans le présent Annuaire, telles que la population, les décès et les naissances par année d'âge, les résultats détaillés de l'enquête communautaire sur les forces de travail, etc. De plus, REGIO englobe une série d'indicateurs de niveau NUTS 3 (par exemple, la superficie, la population, les naissances et les décès, le produit intérieur brut ou le taux de chômage). Ces indicateurs sont importants, car l'UE ne compte pas moins de huit États membres (Danemark, Estonie, Chypre, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte et Slovénie) qui n'ont pas de ventilation au niveau 2.

Pour de plus amples renseignements sur le contenu de la base de données REGIO, veuillez consulter la publication d'Eurostat *Statistiques régionales et urbaines européennes — Guide de référence 2003*, dont une copie est disponible en format PDF sur le CD-ROM d'accompagnement.

Le lecteur est en outre invité à consulter la version internet des «Portraits des régions», qui présentent un profil régional de chaque région d'Europe ⁽²⁾. Ces profils des régions par sujet décrivent la géographie et l'histoire de la région, avant d'évaluer les forces et les faiblesses sur les plans démographique, économique et culturel. Parmi les aspects étudiés figurent le marché du travail, l'éducation, l'infrastructure et les ressources.

Groupe d'intérêt régional sur l'internet

L'équipe des statistiques régionales d'Eurostat gère un groupe d'intérêt accessible au public sur l'internet (site CIRCA), comportant de nombreux liens et documents utiles ⁽³⁾.

Parmi d'autres ressources, vous trouverez:

- une liste de tous les coordinateurs régionaux des États membres, des pays candidats et des pays de l'AELE;
- la dernière édition du guide de référence des statistiques régionales et urbaines;
- des présentations en PowerPoint des travaux d'Eurostat concernant les statistiques régionales et urbaines;
- la classification régionale NUTS pour les États membres et la classification régionale des pays candidats.

Date de clôture pour les données de l'Annuaire

Pour la présente édition, la date butoir a été fixée au 15 mai 2006.

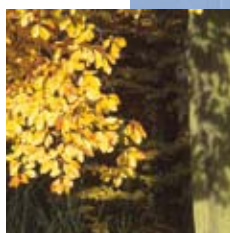
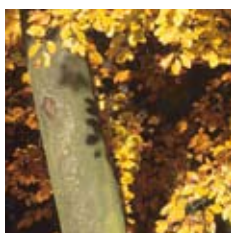
¹ Voir http://europa.eu.int/comm/eurostat/ramon/index.cfm?TargetUrl=DSP_PUB_WELC

² Voir <http://forum.europa.eu.int/irc/dsis/regportraits/info/data/en/index.htm>

³ Voir <http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/regstat/information>

Santé

9.



Introduction

Les régions sociosanitaires sont définies de façon très variable d'un gouvernement régional, provincial ou local à l'autre ou d'un État membre à l'autre. Comme les gouvernements régionaux ont vu leur importance s'accroître en Europe, le rôle des régions en tant qu'unités de gestion politique et administrative en matière de santé s'est également développé. En Espagne, par exemple, les collectivités régionales ont acquis une grande autonomie qui, sur le plan pratique, leur permet de gérer le budget de la santé dans son ensemble. La situation est très similaire en Belgique. Depuis 1996, la réforme du système de santé introduite en France accorde aux régions la possibilité de planifier les soins de santé et permet aux hôpitaux de gérer l'affectation de leur budget. La gestion des soins de santé fait également l'objet d'une réorganisation radicale au Royaume-Uni, et on constate des différences quant aux niveaux de responsabilité des autorités sanitaires (NHS Trusts). Dans d'autres États membres comme les Pays-Bas et la Suède, les municipalités sont responsables des soins de santé.

Pour les statistiques de la santé et des services médicaux/sanitaires/hospitaliers établies à l'échelle régionale, l'une des difficultés tient dès lors à ce que les limites des collectivités territoriales, et donc le découpage régional intéressant les autorités sanitaires des États membres, ne coïncident pas toujours avec la NUTS et que, par conséquent, certains problèmes de comparaison croisée des statistiques régionales peuvent surgir.

À l'heure actuelle, deux types différents de statistiques de la santé sont disponibles à l'échelle régionale, principalement pour le niveau NUTS 2. Il s'agit, en premier lieu, des données sur la

mortalité selon ses causes sous-jacentes, où les maladies en question sont définies d'après une classification internationale et où les données sont collectées à l'aide de méthodes comparables. Le présent chapitre met l'accent sur les structures de la mortalité prématurée (c'est-à-dire la mortalité de la population âgée de 0 à 64 ans) liée à des causes spécifiques. Le second type de données disponibles au niveau régional concerne les **soins de santé** et est utilisé ici pour examiner la répartition régionale des sorties d'hôpital et des dentistes.

La mortalité dans les régions de l'Union

Les structures de mortalité varient fortement en fonction de l'âge et du sexe, mais aussi entre les régions. Elles sont déterminées par un grand nombre de facteurs — intrinsèques, tels que l'âge et le sexe, extrinsèques, tels que des facteurs collectifs biologiques ou sociaux et les conditions de vie ou de travail, et individuels, tels que le mode de vie, le tabagisme, la consommation d'alcool, le comportement au volant et le comportement sexuel.

De manière générale, la mortalité est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et ce dans tous les groupes d'âge. Bien que divers indices laissent apparaître un resserrement de cet écart dans certains États membres, la différence existante justifie cependant d'envisager séparément le cas des hommes et des femmes.

Si l'on examine la mortalité globale dans l'EU-25 en 2003, on s'aperçoit que les maladies de l'appareil circulatoire sont responsables de 41 %



de l'ensemble des décès et constituent donc la principale cause de mortalité (45 % pour les femmes et 37 % pour les hommes). Ces pathologies affectent la population des groupes d'âge avancé — plus de 80 % des décès dus à des maladies cardio-vasculaires concernent des personnes âgées de 70 ans et plus. Les tumeurs malignes ou cancers sont la deuxième cause par ordre de fréquence, entraînant 25 % de l'ensemble des décès dans l'EU-25 (22 % pour les femmes et 29 % pour les hommes). Les tumeurs malignes affectent essentiellement les personnes âgées, dans la mesure où près de 60 % des décès dus au cancer touchent des personnes de 70 ans et plus. En même temps, les tumeurs malignes représentent 36 % des décès prématurés, c'est-à-dire survenant avant l'âge de 65 ans, et en sont ainsi la première cause (31 % pour les hommes de moins de 65 ans et 45 % pour les femmes de moins de 65 ans). Les causes externes ont également une incidence considérable sur les décès des moins de 65 ans. Pour ce groupe d'âge, 15 % des décès sont dus à des causes externes (18 % chez les hommes et 10 % chez les femmes), tandis que la proportion correspondante pour tous les groupes d'âge confondus n'est que de 5 % (6 % chez les hommes et 4 % chez les femmes).

Cardiopathies ischémiques

Les cardiopathies ischémiques englobent l'angine de poitrine, l'infarctus aigu du myocarde et les autres maladies cardio-ischémiques chroniques et aiguës. Dans l'EU-25, les cardiopathies ischémiques sont à l'origine de 16 % du total des décès et de 11 % des décès avant l'âge de 65 ans, ce qui correspond à près de la moitié de l'ensemble des décès liés à des maladies de l'appareil circulatoire et intervenant avant cet âge. D'importantes différences peuvent s'observer entre les hommes et les femmes: seulement 6 % des femmes décèdent de cardiopathies ischémiques avant l'âge de 65 ans, contre 13 % pour les hommes.

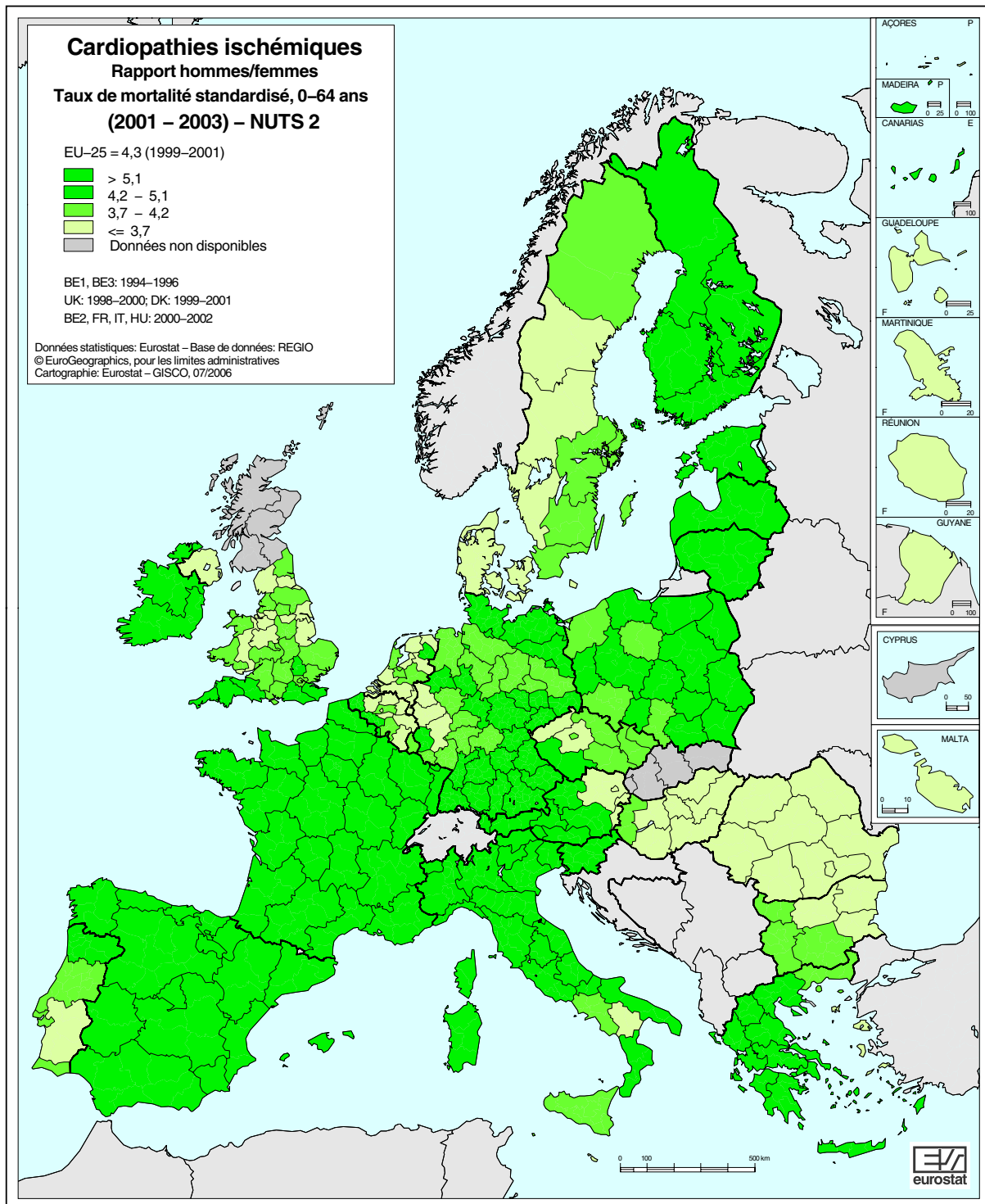
Les rapports de mortalité hommes/femmes comparent les différences de mortalité entre les sexes. Ils sont établis en divisant le taux de mortalité standardisé par âge (TMSA) pour les hommes d'une région donnée et pour une cause spécifique par le TMSA correspondant pour les femmes [à propos du taux de mortalité standardisé (TMS), voir également «Note méthodologiques» figurant ci-dessous]. Les valeurs supérieures à 1 indiquent une surmortalité masculine, tandis que celles inférieures à 1 signifient une surmortalité féminine.

En considérant l'ensemble des âges, on constate que les rapports de mortalité hommes/femmes pour les cardiopathies ischémiques font ressortir une surmortalité masculine dans toutes les régions. Néanmoins, la variation au sein de l'EU-25 est relativement faible, les valeurs allant de 1,2 en Guyane française à 3,0 dans la région espagnole Comunidad Foral de Navarra. Cependant, pour ce qui concerne la mortalité prématurée, c'est-à-dire les TMS du groupe d'âge 0-64 ans, on relève une surmortalité masculine nettement plus élevée dans toute l'Europe, puisque même les régions faisant état de la surmortalité masculine prématurée la moins importante affichent des valeurs autour de 2,5 et que des valeurs supérieures à 8,0 sont atteintes dans les cinq régions européennes suivantes: Castilla y León et Comunidad Foral de Navarra (Espagne), Bretagne et Poitou-Charentes (France) et Åland (Finlande).

Pour cet indicateur, il n'existe pas de répartition régionale très nette, bien que certaines particularités régionales puissent s'observer. Dans les régions d'Europe méridionale, à quelques exceptions près au Portugal (Alentejo, Algarve, Centro et Lisboa) et en Italie (Basilicata, Campania et Sicilia), ainsi que dans toute la France et les régions du sud de l'Allemagne, une forte surmortalité masculine peut être constatée. Des régions à faible surmortalité masculine se rencontrent sur une diagonale traversant l'Europe depuis le Royaume-Uni jusqu'à la République tchèque et l'Autriche, en passant par la Belgique, les Pays-Bas et quelques-unes des régions allemandes limitrophes (Düsseldorf, Köln et Koblenz). À l'est, la plupart des régions hongroises, conjointement avec l'ensemble des régions roumaines et plusieurs régions bulgares, forment une zone commune à surmortalité masculine relativement faible. Au nord, c'est au Danemark et en Suède que des écarts de moindre importance peuvent être relevés entre hommes et femmes, alors que la Finlande et les pays baltes présentent une surmortalité masculine élevée pour les cardiopathies ischémiques.

Accidents

Avant l'âge de 65 ans, les décès dus à des causes externes jouent un rôle non négligeable (voir ci-dessus), et la part des accidents dans ces décès avoisine 60 %. Ce chiffre recouvre tous les types d'accidents, qu'il s'agisse d'accidents de transport, de chutes ou d'autres accidents, tels que noyades, incendies ou empoisonnements, c'est-à-dire tous

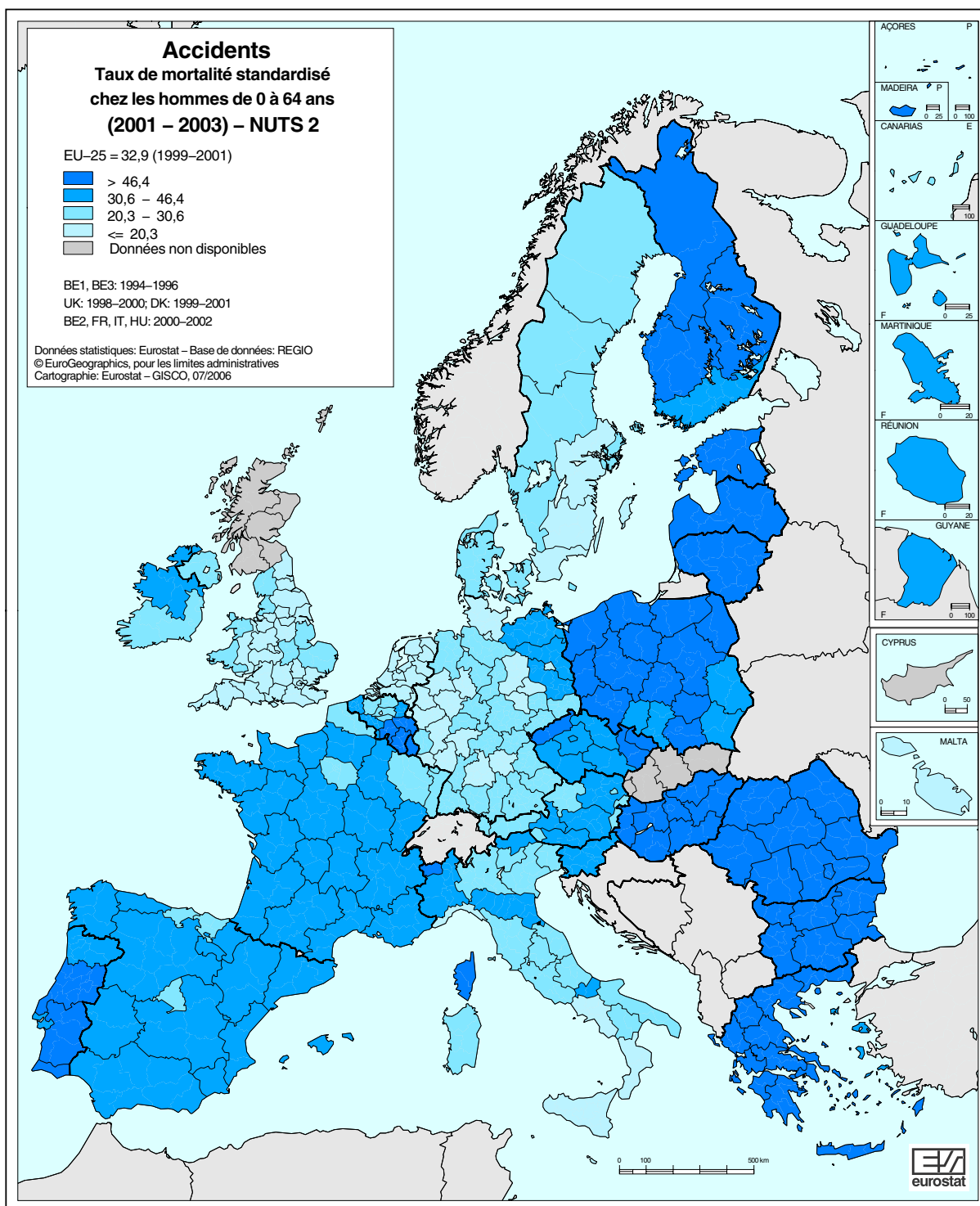


Carte 9.1

les types de circonstances pouvant parfaitement être évitées. Le risque d'être victime d'un accident mortel avant l'âge de 65 ans est deux fois plus grand pour les hommes que pour les femmes — en 2003, au sein de l'EU-25, 10 % des décès chez les hommes âgés de moins de 65 ans étaient dus à un accident, contre seulement 5 % chez les femmes de ce groupe d'âge.

La distribution régionale de la mortalité prématurée des hommes, exprimée en taux de mortalité

standardisés (TMS, voir la note méthodologiques ci-dessous), fait apparaître une géographie tout à fait claire des zones à risque européennes. Les plus forts TMS concernant les accidents sont déclarés pour une zone plus ou moins cohérente située à l'est, allant de la Finlande et des pays baltes, à l'extrême nord, jusqu'à la Grèce, en passant par la Pologne, la République tchèque et certaines régions d'Autriche, ainsi que par la Hongrie, la Roumanie et la Bulgarie. Une mortalité élevée

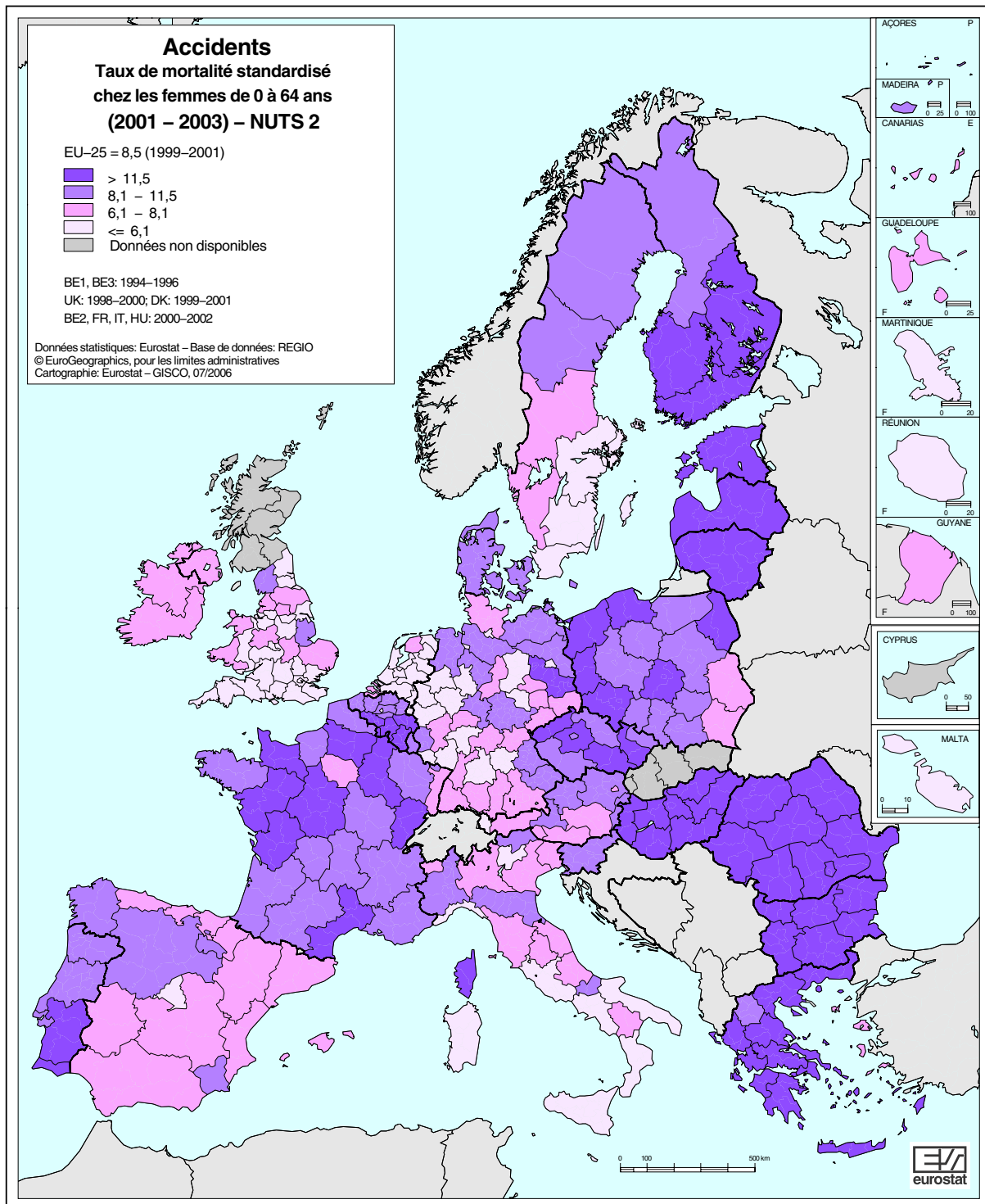


Carte 9.2

par accident est généralement imputable aux accidents de transport — pour les hommes, au sein de l'EU-25, un peu plus de la moitié de l'ensemble des décès par accident sont causés par des accidents de transport.

À l'ouest, la quasi-totalité des régions de France et d'Espagne accusent des TMS importants, sans pour autant atteindre le niveau des régions de l'est. Dans ces deux pays, les régions à moindre mortalité sont les suivantes: Alsace,

Lorraine, Nord - Pas-de-Calais et Île-de-France (comprenant Paris) en France et Cantabria, País Vasco, Comunidad de Madrid et Canarias en Espagne. Les pays «plus sûrs» sont le Royaume-Uni, la Suède, le Danemark et les Pays-Bas, où toutes les régions font état de TMS inférieurs à 30,6 (pour 100 000 habitants). La plupart des régions d'Allemagne et d'Italie sont, elles aussi, à faible risque de mortalité par accident, à quelques exceptions près (TMS supérieurs à 35 dans



Carte 9.3

les régions allemandes Brandenburg-Nordost, Brandenburg-Südwest et Mecklenburg-Vorpommern et supérieurs à 30 dans les régions italiennes Piemonte, Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, Provincia Autonoma Bolzano/Bozen, Emilia-Romagna et Molise).

Chez les femmes, la mortalité prématurée par accident est, en règle générale, beaucoup plus faible, les TMS variant de moins de 5 pour 100 000 habitantes à Malte et aux Pays-Bas à

plus de 30 en Estonie et en Lettonie. Chez les hommes du même groupe d'âge, le plus bas taux déclaré est de 14,1 (Pays-Bas), tandis que, dans les pays baltes, les valeurs se situent autour de 135 et au-delà.

Comme celle des hommes, la mortalité standardisée par accident des femmes est relativement élevée dans les régions à l'est de l'Europe, s'étendant de la Finlande à la Grèce. Les zones à faible risque pour les femmes sont principa-

lement concentrées dans la partie méridionale du Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Allemagne et dans le sud de l'Italie. Les régions de Malte, Comunidad de Madrid (Espagne), Vorarlberg (Autriche) et Åland (Finlande), ainsi que quatre régions du sud-est de la Suède, ont toutefois également des TMS par accident remarquablement bas pour les femmes.

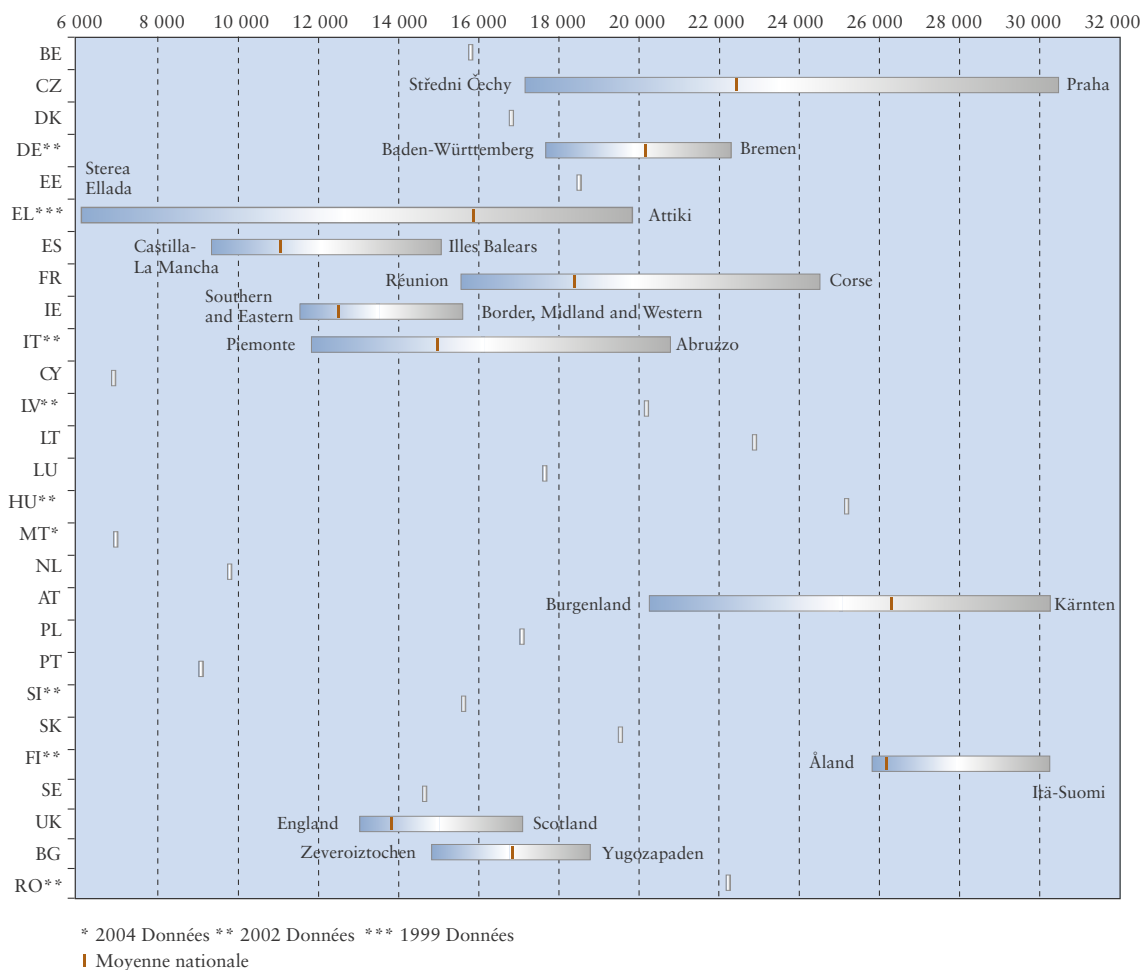
Pour ce qui est des rapports de mortalité hommes/femmes pour les accidents, la surmortalité masculine est particulièrement marquée en Pologne, en Slovaquie et à Malte (valeurs supérieures à 5). Au niveau régional, les plus grandes différences de mortalité par accident entre femmes et hommes sont signalées dans les régions suivantes: Guadeloupe et Martinique (France), Ciudad Autónoma de Ceuta (Espagne), Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste et Provincia Autonoma Trento (Italie), Região Autónoma da Madeira (Portugal), Åland (Finlande) et Lubelskie (Pologne) — dans ces régions, des valeurs supérieures à 6 sont observées pour la surmortalité masculine.

Les ressources en matière de santé dans les régions de l'Union

Sorties d'hôpital

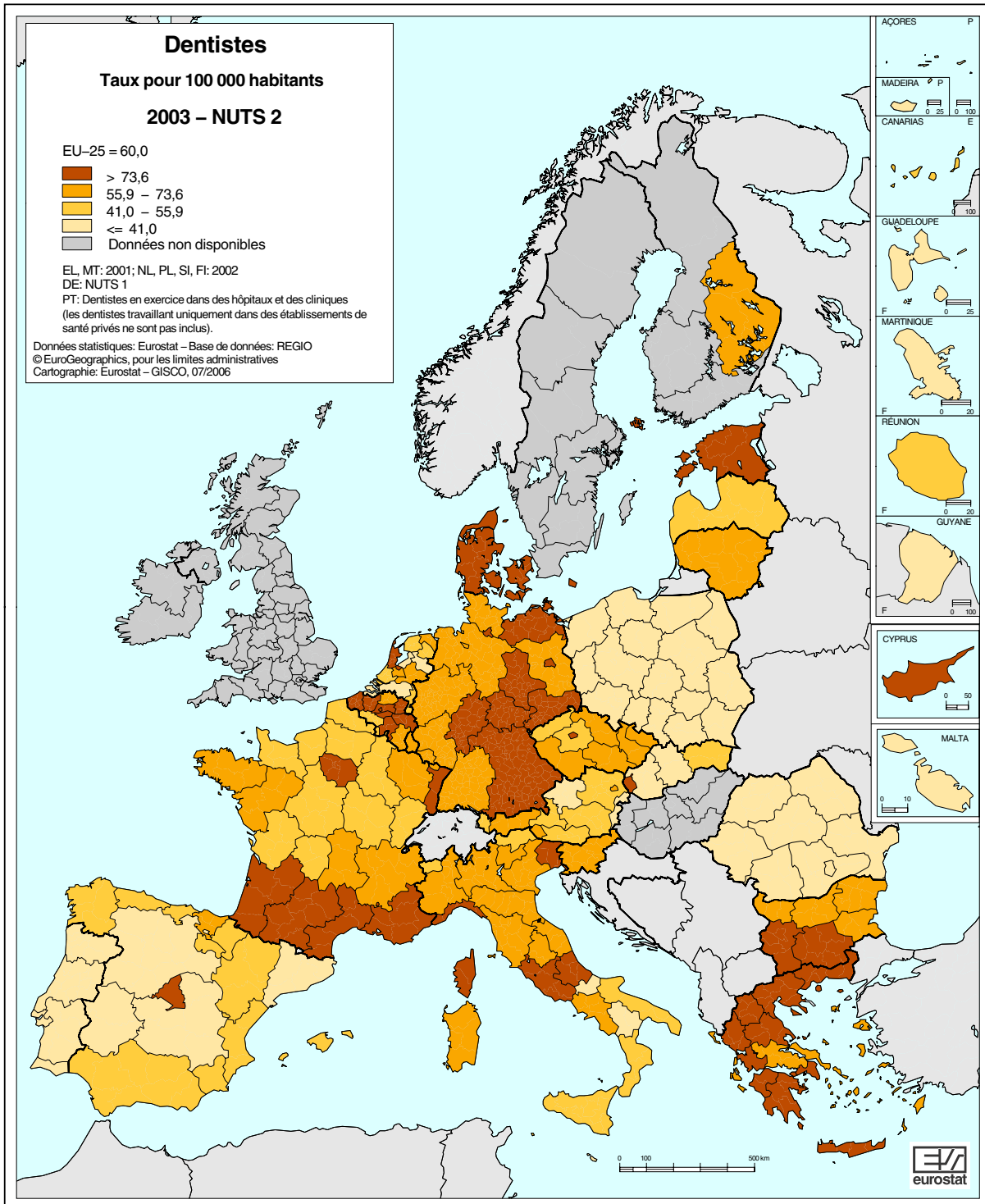
Les statistiques d'hospitalisation donnent un large aperçu du traitement sanitaire de la population, ainsi que de son état de santé général. En 2003, quelque 15 640 personnes pour 100 000 habitants sont sorties de l'hôpital au sein de l'EU-25. Cet indicateur varie cependant fortement entre les pays, s'échelonnant de moins de 7 000 à Chypre et à Malte à plus de 26 000 en Finlande et en Autriche. Ces écarts peuvent, en partie, refléter les différences en matière d'organisation des services de santé.

Graphique 9.1: Sorties d'hôpital pour 100 000 habitants, 2003 - NUTS 2



Les données régionales relatives aux sorties d'hôpital de patients hospitalisés ne sont disponibles que depuis relativement peu, et les pays ne sont pas encore tous en mesure de fournir ces informations au niveau infranational. Parmi les pays disposant de telles données, la République tchèque, la Grèce et l'Italie présentent les plus fortes variations internes du nombre de sorties d'hôpital pour 100 000 habitants. En République tchèque, la région de la capitale, incluant Prague, compte

près de deux fois (1,8) plus de personnes sortant d'hôpital que la région Střední Čechy, qui l'entoure géographiquement. En Autriche, les sorties d'hôpital varient d'un facteur de 1,5 à l'intérieur du pays, mais seulement d'un facteur de 1,3 entre Vienne et la région environnante Niederösterreich. Au sein des différents pays, ce sont souvent les régions des capitales ou celles relativement petites comprenant une grande ville qui ont des taux de sorties importants: Praha (30 676) en



Carte 9.4

République tchèque, Bremen (28 284) et Saarland (24 363) en Allemagne, Athènes (19 799) en Grèce. Cette situation n'est toutefois guère surprenante, vu que les hôpitaux sont généralement concentrés dans les villes et leurs agglomérations. Bien que les hôpitaux soient implantés dans les villes, leur zone d'attraction est sensiblement plus vaste, et les habitants des régions voisines sont eux aussi susceptibles de faire appel aux infrastructures sanitaires accessibles dans les villes. Des taux de sorties d'hôpital assez élevés peuvent néanmoins également s'observer dans certaines régions faiblement peuplées, telles que Mecklenburg-Vorpommern (Allemagne) et Limousin (France) — 22 068 et 19 391, respectivement —, ce qui peut s'expliquer, en partie, par les effets de la migration et du vieillissement.

Dentistes

Dans l'EU-25, le taux de densité des dentistes, c'est-à-dire leur nombre moyen pour 100 000 habitants, est voisin de 60. Au niveau régional, des variations considérables de cet indicateur peuvent être constatées, et la carte 9.4 indique clairement où se concentre la fourniture de services dentaires. À travers l'ensemble des régions, les taux de densité varient de moins de 20, dans un certain nombre de régions polonaises, roumaines et portugaises (pour ces dernières, les données se rapportent cependant aux seuls dentistes pratiquant dans des hôpitaux et cliniques, d'où une sous-déclaration de la situation), à des valeurs supérieures à 100. Huit régions situées en Belgique, en Bulgarie, en République tchèque, en Allemagne et en Grèce déclarent ces taux de den-

sité les plus élevés et, comme il était à prévoir, les régions des capitales de ces cinq pays (Bruxelles, Sofia, Prague, Berlin et Athènes) font partie de ce groupe. Il en va de même dans la plupart des autres pays pour lesquels des données régionales sont disponibles, où c'est, là encore, la région de la capitale qui connaît la plus forte concentration de dentistes du pays.

Conclusion

Les indicateurs de santé régionaux actuellement disponibles offrent d'ores et déjà un premier aperçu des similarités et particularités existant en Europe. Lors de l'analyse des données, il faut toutefois garder à l'esprit que les différences observées sont également influencées par l'organisation des systèmes de santé et par des facteurs socioculturels. Parmi ces derniers, citons la déclaration des causes de décès particulières, telles que les suicides ou les décès liés à l'alcool et leur lien avec des habitudes de consommation culturellement déterminées. Les ressources en matière de santé dépendent de l'organisation des systèmes aux niveaux national et régional, et, à moyen terme, les chiffres relatifs aux capacités sanitaires devraient être complétés par des informations sur leur efficacité.

Le travail d'Eurostat dans le domaine des statistiques sanitaires vise principalement à améliorer plus avant la qualité et la comparabilité des données, ainsi qu'à poursuivre l'extension de la couverture régionale.

Notes méthodologiques

Les **statistiques des causes de décès** reposent sur des informations tirées du certificat de décès. Elles enregistrent la **cause sous-jacente du décès**, qui, pour reprendre la définition adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), désigne «la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel».

En plus des chiffres absolus, des taux bruts de mortalité et des taux de mortalité standardisés par cause de décès sont disponibles tant au niveau national qu'au niveau régional. Les données de niveau régional sont fournies sous la forme de moyennes trisannuelles. Le **taux brut de mortalité** rend compte de la mortalité par rapport à la population totale. Exprimé pour 100 000 habitants, il correspond au nombre de décès enregistrés au sein de la population sur une période donnée divisé par la population au cours de la même période et multiplié par 100 000. Les **taux bruts de mortalité** sont calculés pour des groupes d'âge de 5 ans. À ce niveau de détail, les comparaisons entre pays et régions sont significatives. Le taux brut de mortalité pour l'ensemble de la population (tous âges confondus) par sexe et âge est, par contre, une moyenne pondérée des taux de mortalité par âge, le facteur de pondération provenant de la pyramide des âges de la population dont la mortalité est étudiée. Dès lors, la structure de la population influence fortement cet indicateur pour les classes d'âge larges. Davantage de décès seront observés au sein d'une population relativement «vieille» qu'au sein d'une population «jeune», car la mortalité est plus élevée dans les groupes d'âge avancé. Pour procéder à des comparaisons, on peut tenir compte de l'effet de l'âge en se servant d'une population type. Le **taux de mortalité standardisé (TMS)** est une moyenne pondérée des taux de mortalité par âge, le facteur de pondération étant la pyramide des âges d'une population type de référence. Ladite population est la «population européenne standardisée», telle que définie par l'OMS. Les taux de mortalité standardisés sont exprimés **pour 100 000 habitants** et calculés pour le groupe d'âge 0-64 ans («mortalité prématurée») ainsi que pour l'ensemble des âges. Les causes de décès sont classées en fonction des 65 postes de la «**liste européenne succincte**» des causes de décès. Cette liste succincte repose sur la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM), élaborée et mise à jour par l'OMS.

Eurostat collecte des statistiques régionales sur le **personnel de santé** (nombres de médecins, de dentistes et d'autres professionnels de santé) et sur le nombre de **lits d'hôpital** (ces dernières statistiques ne sont pas présentées dans cette publication, mais sont disponibles dans les bases de données statistiques d'Eurostat). Depuis peu, des données régionales sur les **sorties d'hôpital de patients hospitalisés** sont disponibles, mais pas encore pour l'ensemble des pays. En plus des chiffres absolus, des taux de densité sont fournis pour les statistiques sanitaires. Les **taux de densité** permettent de décrire la disponibilité de ces ressources ou la fréquence des prestations de services, exprimée pour 100 000 habitants. Ils sont obtenus en divisant le nombre absolu de ressources sanitaires disponibles ou de services prestés au cours d'une période donnée par la population correspondante au cours de la même période et en multipliant ce résultat par 100 000.

Les données relatives aux **dentistes** devraient se rapporter aux professionnels «directement au service de patients», c'est-à-dire aux dentistes ayant un contact direct avec des patients en tant que consommateurs de services de santé. Lorsqu'il s'agit de comparer les services de santé entre les États membres, Eurostat considère que ce concept est celui qui convient le mieux pour décrire la disponibilité de ressources en matière de soins de santé. Toutefois, les États membres utilisent des concepts différents lorsqu'ils déclarent le nombre de professionnels des soins de santé, à des fins tant nationales que de comparaison internationale. Pour certains pays, les données peuvent ainsi se rapporter aux dentistes «habilités à exercer» (c'est-à-dire aux titulaires d'un diplôme de dentiste, indépendamment du fait qu'ils voient des patients ou non) ou inclure les dentistes qui sont actifs dans leur profession, mais ne voient pas de patients (c'est-à-dire travaillant dans la recherche, l'administration, etc.).

Une **sortie d'hôpital** ou d'un autre établissement de soins de santé intervient chaque fois qu'un patient quitte l'institution en question à la suite d'une autorisation médicale, d'un transfert, d'un départ contre l'avis des médecins ou d'un décès. Le nombre de sorties est l'unité de mesure la plus fréquente pour évaluer l'utilisation des services hospitaliers. Il est préféré au nombre d'admissions, parce que les informations destinées aux résumés hospitaliers des soins dispensés aux patients hospitalisés sont collectées lors de la sortie.



UNION EUROPÉENNE – Régions au niveau NUTS 2

BE10	Région de Bruxelles-Capitale/Brussels Hoofdstedelijk Gewest	DEB2	Trier	FR26	Bourgogne
BE21	Prov. Antwerpen	DEB3	Rheinhesen-Pfalz	FR30	Nord - Pas-de-Calais
BE22	Prov. Limburg (BE)	DEC0	Saarland	FR41	Lorraine
BE23	Prov. Oost-Vlaanderen	DED1	Chemnitz	FR42	Alsace
BE24	Prov. Vlaams-Brabant	DED2	Dresden	FR43	Franche-Comté
BE25	Prov. West-Vlaanderen	DED3	Leipzig	FR51	Pays de la Loire
BE31	Prov. Brabant Wallon	DEE1	Dessau	FR52	Bretagne
BE32	Prov. Hainaut	DEE2	Halle	FR53	Poitou-Charentes
BE33	Prov. Liège	DEE3	Magdeburg	FR61	Aquitaine
BE34	Prov. Luxembourg (BE)	DEF0	Schleswig-Holstein	FR62	Midi-Pyrénées
BE35	Prov. Namur	DEG0	Thüringen	FR63	Limousin
CZ01	Praha	EE00	Eesti	FR71	Rhône-Alpes
CZ02	Střední Čechy	GR11	Anatoliki Makedonia, Thraki	FR72	Auvergne
CZ03	Jihozápad	GR12	Kentriki Makedonia	FR81	Languedoc-Roussillon
CZ04	Severozápad	GR13	Dytiki Makedonia	FR82	Provence-Alpes-Côte d'Azur
CZ05	Severovýchod	GR14	Thessalia	FR83	Corse
CZ06	Jihovýchod	GR21	Ipeiros	FR91	Guadeloupe
CZ07	Střední Morava	GR22	Ionia Nisia	FR92	Martinique
CZ08	Moravskoslezsko	GR23	Dytiki Ellada	FR93	Guyane
DK00	Danmark	GR24	Stereia Ellada	FR94	Réunion
DE11	Stuttgart	GR25	Peloponnisos	IE01	Border, Midland and Western
DE12	Karlsruhe	GR30	Attiki	IE02	Southern and Eastern
DE13	Freiburg	GR41	Voreio Aigaio	ITC1	Piemonte
DE14	Tübingen	GR42	Notio Aigaio	ITC2	Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste
DE21	Oberbayern	GR43	Kriti	ITC3	Liguria
DE22	Niederbayern	ES11	Galicia	ITC4	Lombardia
DE23	Oberpfalz	ES12	Principado de Asturias	ITD1	Provincia Autonoma Bolzano/Bozen
DE24	Oberfranken	ES13	Cantabria	ITD2	Provincia Autonoma Trento
DE25	Mittelfranken	ES21	País Vasco	ITD3	Veneto
DE26	Unterfranken	ES22	Comunidad Foral de Navarra	ITD4	Friuli-Venezia Giulia
DE27	Schwaben	ES23	La Rioja	ITD5	Emilia-Romagna
DE30	Berlin	ES24	Aragón	ITE1	Toscana
DE41	Brandenburg — Nordost	ES30	Comunidad de Madrid	ITE2	Umbria
DE42	Brandenburg — Südwest	ES41	Castilla y León	ITE3	Marche
DE50	Bremen	ES42	Castilla-La Mancha	ITE4	Lazio
DE60	Hamburg	ES43	Extremadura	ITF1	Abruzzo
DE71	Darmstadt	ES51	Cataluña	ITF2	Molise
DE72	Gießen	ES52	Comunidad Valenciana	ITF3	Campania
DE73	Kassel	ES53	Illes Balears	ITF4	Puglia
DE80	Mecklenburg-Vorpommern	ES61	Andalucía	ITF5	Basilicata
DE91	Braunschweig	ES62	Región de Murcia	ITF6	Calabria
DE92	Hannover	ES63	Ciudad Autónoma de Ceuta	ITG1	Sicilia
DE93	Lüneburg	ES64	Ciudad Autónoma de Melilla	ITG2	Sardegna
DE94	Weser-Ems	ES70	Canarias	CY00	Kypros/Kıbrıs
DEA1	Düsseldorf	FR10	Île-de-France	LV00	Latvija
DEA2	Köln	FR21	Champagne-Ardenne	LT00	Lietuva
DEA3	Münster	FR22	Picardie	LU00	Luxembourg (Grand-Duché)
DEA4	Detmold	FR23	Haute-Normandie	HU10	Közép-Magyarország
DEA5	Arnsberg	FR24	Centre	HU21	Közép-Dunántúl
DEB1	Koblenz	FR25	Basse-Normandie	HU22	Nyugat-Dunántúl

HU23 Dél-Dunántúl
 HU31 Észak-Magyarország
 HU32 Észak-Alföld
 HU33 Dél-Alföld
 MT00 Malta
 NL11 Groningen
 NL12 Friesland
 NL13 Drenthe
 NL21 Overijssel
 NL22 Gelderland
 NL23 Flevoland
 NL31 Utrecht
 NL32 Noord-Holland
 NL33 Zuid-Holland
 NL34 Zeeland
 NL41 Noord-Brabant
 NL42 Limburg (NL)
 AT11 Burgenland
 AT12 Niederösterreich
 AT13 Wien
 AT21 Kärnten
 AT22 Steiermark
 AT31 Oberösterreich
 AT32 Salzburg
 AT33 Tirol
 AT34 Vorarlberg
 PL11 Łódzkie
 PL12 Mazowieckie
 PL21 Małopolskie
 PL22 Śląskie
 PL31 Lubelskie
 PL32 Podkarpackie
 PL33 Świętokrzyskie
 PL34 Podlaskie
 PL41 Wielkopolskie
 PL42 Zachodniopomorskie
 PL43 Lubuskie
 PL51 Dolnośląskie
 PL52 Opolskie
 PL61 Kujawsko-Pomorskie
 PL62 Warmińsko-Mazurskie
 PL63 Pomorskie
 PT11 Norte

PT15 Algarve
 PT16 Centro (PT)
 PT17 Lisboa
 PT18 Alentejo
 PT20 Região Autónoma dos Açores
 PT30 Região Autónoma da Madeira
 SI00 Slovenija
 SK01 Bratislavský kraj
 SK02 Západné Slovensko
 SK03 Stredné Slovensko
 SK04 Východné Slovensko
 FI13 Itä-Suomi
 FI18 Etelä-Suomi
 FI19 Länsi-Suomi
 FI1A Pohjois-Suomi
 FI20 Åland
 SE01 Stockholm
 SE02 Östra Mellansverige
 SE04 Sydsverige
 SE06 Norra Mellansverige
 SE07 Mellersta Norrland
 SE08 Övre Norrland
 SE09 Småland med öarna
 SE0A Västsverige
 UKC1 Tees Valley and Durham
 UKC2 Northumberland and Tyne and Wear
 UKD1 Cumbria
 UKD2 Cheshire
 UKD3 Greater Manchester
 UKD4 Lancashire
 UKD5 Merseyside
 UKE1 East Riding and North Lincolnshire
 UKE2 North Yorkshire
 UKE3 South Yorkshire
 UKE4 West Yorkshire
 UKF1 Derbyshire and Nottinghamshire

UKF2 Leicestershire, Rutland and Northamptonshire
 UKF3 Lincolnshire
 UKG1 Herefordshire, Worcestershire and Warwickshire
 UKG2 Shropshire and Staffordshire
 UKG3 West Midlands
 UKH1 East Anglia
 UKH2 Bedfordshire and Hertfordshire
 UKH3 Essex
 UKI1 Inner London
 UKI2 Outer London
 UKJ1 Berkshire, Buckinghamshire and Oxfordshire
 UKJ2 Surrey, East and West Sussex
 UKJ3 Hampshire and Isle of Wight
 UKJ4 Kent
 UKK1 Gloucestershire, Wiltshire and North Somerset
 UKK2 Dorset and Somerset
 UKK3 Cornwall and Isles of Scilly
 UKK4 Devon
 UKL1 West Wales and the Valleys
 UKL2 East Wales
 UKM1 North Eastern Scotland
 UKM2 Eastern Scotland
 UKM3 South Western Scotland
 UKM4 Highlands and Islands
 UKN0 Northern Ireland

PAYS CANDIDATS – Régions statistiques dans niveau 2

BG11 Severozapaden
BG12 Severen tsentralen
BG13 Severoiztochen
BG21 Yugozapaden
BG22 Yuzhen tsentralen
BG23 Yugoiztochen
RO01 Nord-Est
RO02 Sud-Est
RO03 Sud
RO04 Sud-Vest
RO05 Vest
RO06 Nord-Vest
RO07 Centru
RO08 București