

**La santé**

**3**







<b>3.1 LES ANNÉES DE VIE EN BONNE SANTÉ</b>	190
<b>3.2 LES PROBLÈMES DE SANTÉ</b>	194
<b>3.3 LES SOINS DE SANTÉ</b>	199
<b>3.4 LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL</b>	206
<b>3.5 LES CAUSES DE DÉCÈS ET LA MORTALITÉ INFANTILE</b>	209

La santé est une priorité importante pour les européens qui souhaitent se prémunir des maladies et des affections que ce soit chez eux, sur leur lieu de travail ou au cours de leurs voyages dans l'Union européenne. Les questions relatives à la santé touchent à de nombreux thèmes, notamment la protection des consommateurs (questions de sécurité alimentaire), la sécurité au travail, les politiques environnementales ou sociales. Elles ont donc un impact considérable sur la stratégie révisée de Lisbonne.

La responsabilité de l'organisation et de la fourniture de services de santé et de soins médicaux incombe en grande partie aux États membres, bien qu'il appartienne à l'UE de leur donner de la valeur ajoutée en lançant des actions comme celles relatives aux menaces sanitaires transfrontalières et à la mobilité des patients, ainsi qu'en réduisant les inégalités en matière de santé et en tenant compte des principaux facteurs déterminants pour la santé. Il est vital pour l'UE de recueillir et de traiter des informations exactes et détaillées sur les questions se rapportant à la santé afin de concevoir efficacement des politiques et de cibler de futures actions.

Le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique <sup>(41)</sup> pour la période 2003 -2008 repose sur trois axes principaux, à savoir:

(41) Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008), (JO L 271, 9.10.2002, p. 1); pour plus d'informations, voir: [http://europa.eu/eur-lex/pr/fr/obj/dat/2002/L\\_271/L\\_27120021009fr00010011.pdf](http://europa.eu/eur-lex/pr/fr/obj/dat/2002/L_271/L_27120021009fr00010011.pdf).

- améliorer l'information et les connaissances en matière de santé pour le développement de la santé publique;
- renforcer la capacité à réagir rapidement et de manière coordonnée aux menaces pour la santé;
- promouvoir la santé et la prévention des maladies par la prise en compte des facteurs déterminants pour la santé dans toutes les politiques et activités.

Plus récemment, le 23 octobre 2007, la Commission européenne a adopté une nouvelle stratégie, «Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE – 2008-2013», afin de fixer des objectifs qui guideront le travail mené au niveau européen; un document de réflexion <sup>(42)</sup> a été soumis à consultation et plus de 150 contributions ont été reçues. Au sein de la Commission européenne, la stratégie repose sur le deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé 2008-2013. Ce programme a été adopté en vue de répondre à trois objectifs généraux qui aligneront plus étroitement les actions dans le domaine de la santé sur les objectifs de prospérité, de solidarité et de sécurité, notamment par:

- l'amélioration de la sécurité sanitaire des citoyens;
- la promotion de la santé pour renforcer la prospérité et la solidarité;
- la production et la diffusion des connaissances en matière de santé.

(42) Pour plus d'informations, voir [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_discussion\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_discussion_fr.pdf).

**LES DONNÉES EUROSTAT DANS CE DOMAINE:****Population et conditions sociales****Population**

- Démographie
- Démographie – Données nationales
- Mortalité

**Santé**

- Santé publique
- Santé et sécurité au travail

**3.1 LES ANNÉES DE VIE EN BONNE SANTÉ****INTRODUCTION**

L'espérance de vie à la naissance reste l'un des indicateurs de l'état de santé et du développement économique parmi les plus fréquemment cités. Bien qu'il soit généralement établi que les générations suivantes vivent plus longtemps, on connaît moins bien l'état de santé de la population européenne qui vit de plus en plus vieille. L'espérance de vie à la naissance augmente rapidement depuis le siècle dernier grâce à un certain nombre de facteurs, notamment la réduction de la mortalité infantile, la hausse du niveau de vie, l'amélioration des conditions de vie, une meilleure éducation ainsi que les avancées des soins médicaux et de la médecine.

Mesurer l'état de santé d'une population est une tâche ardue en raison de la difficulté à le définir en fonction des individus, des populations, des cultures ou même des périodes. Par conséquent, l'indicateur démographique de l'espérance de vie est souvent utilisé comme une mesure de l'état de santé d'une nation car il est basé sur une caractéristique simple et facile à comprendre: la mort. Son utilisation est cependant limitée dans la mesure où il ne fournit aucune information sur l'état de santé d'une population.

L'indicateur «années de vie en bonne santé» (AVBS) introduit le concept de la qualité de vie, en se basant sur le nombre d'années que peuvent vivre des individus sans maladie ou invalidité. La maladie chronique, la fragilité, les troubles mentaux et l'invalidité tendent à devenir plus répandus chez les personnes âgées, et le poids de ces problèmes de santé peut se répercuter sur les ressources affectées aux soins médicaux et aux retraites, tout en provoquant une détérioration de la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes.

L'AVBS mesure également la santé en tant que facteur productif ou économique. Ce type d'indicateur fait partie des indicateurs structurels qui sont utilisés pour analyser les progrès réalisés dans l'UE dans le cadre des critères révisés de Lisbonne. Dans ce contexte, l'AVBS peut être utilisé pour étudier des questions telles que les coûts et les avantages associés au relèvement de l'âge de la retraite.

L'accroissement du nombre d'AVBS est l'un des buts principaux de la politique de santé européenne, étant donné qu'il conduit à une amélioration non seulement de la situation des individus (car une bonne santé et une longue vie sont des objectifs fondamentaux de l'activité humaine) mais qu'il permet également de réduire les niveaux de dépenses de santé publique. Si le nombre d'AVBS

augmente plus rapidement que l'espérance de vie, les gens ne vivent pas seulement plus longtemps, ils vivent une plus grande partie de leur vie sans problème de santé.

**DÉFINITIONS ET DISPONIBILITÉ DES DONNÉES**

L'indicateur structurel «années de vie en bonne santé» mesure le nombre d'années qu'une personne d'un âge donné peut encore espérer vivre sans problèmes de santé graves ou modérés ou handicap acquis. L'indicateur AVBS (également appelé «espérance de vie sans incapacité» – EVSI) mesure le nombre d'années qu'une personne d'un âge donné peut espérer vivre sans incapacité; en d'autres termes, il s'agit d'un indicateur d'espérance de santé.

Le calcul de l'AVBS comporte deux composantes, à savoir les statistiques de la mortalité et les données sur le handicap ressenti. Les données sur la mortalité proviennent de la base de données démographique d'Eurostat, tandis que celles sur le handicap ressenti sont extraites de l'enquête EU-SILC (statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie).

La mise en place de la question EU-SILC utilisée pour le calcul de l'indicateur AVBS (voir ci-dessous) n'est pas encore pleinement harmonisée, ce qui limite la comparabilité des résultats. De nouvelles lignes directrices concernant cette question ont été fournies en octobre 2007 par Eurostat aux États membres afin d'améliorer la comparabilité des données dans les années à venir. La question EU-SILC posée est la suivante:

*Au cours des six derniers mois, dans quelle mesure des problèmes de santé vous ont-ils empêché d'avoir des activités normales? Diriez-vous que vous avez été:*

- fortement limité?
- limité?
- pas limité du tout?

Plusieurs problèmes ont été soulevés au niveau national en rapport avec cette question, notamment:

- la période de 6 mois est considérée comme une période de référence et non comme la durée minimum de l'empêchement;
- la question fait référence aux activités quotidiennes de la personne interrogée et non aux activités normales;
- l'utilisation de deux catégories de réponses au lieu de trois (oui/non);

- seules les personnes ayant répondu «oui» à la question précédente dans l'enquête répondent à cette question, et non l'ensemble des personnes.

### CONCLUSIONS PRINCIPALES

Les valeurs des années de vie en bonne santé à la naissance dans les États membres de l'EU-25 variaient en 2005 entre 48 ans et 68,5 ans pour les hommes et entre 52,2 ans et 70,1 ans pour les femmes, les valeurs les plus basses ayant été enregistrées en Estonie et les plus hautes à Malte. Ce sont les hommes au Danemark, à Malte, en Pologne, en Grèce, en Italie et aux Pays-Bas qui ont le plus de probabilité de passer la plus grande partie de leur vie sans incapacité.

Les femmes pouvaient espérer vivre une période légèrement plus courte de leur vie sans incapacité, bien que leur espérance de vie à la naissance dans son ensemble soit supérieure à celle des hommes. Les pays où les femmes étaient les plus susceptibles de vivre la majeure partie de leur vie sans incapacité étaient essentiellement les mêmes que ceux constatés pour les hommes (à l'exception de la République tchèque et de l'Allemagne).

L'indicateur AVBS est calculé à deux âges: à la naissance et à 65 ans. En ce qui concerne les personnes à l'âge de la retraite, le chiffre le plus élevé pour les hommes et les femmes a été enregistré au Danemark, où les hommes disposeraient de 13,1 années supplémentaires de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans et les femmes de 14,1 années. Parmi tous les États membres, c'est en Estonie que les hommes et les femmes âgés de 65 ans ont enregistré l'espérance la plus faible d'années de vie en bonne santé: 3,4 ans dans les deux cas.

### SOURCES

#### Ouvrages statistiques

Work and health in the European Union – A statistical portrait

#### Pocketbooks

Health in Europe – Data 1998-2003

#### Méthodologies et documents de travail

Méthodologie relative au calcul des indicateurs démographiques d'Eurostat

#### Données Internet

##### Santé publique

Indicateurs structurels de santé

Tableau 3.1: Années de vie en bonne santé à la naissance

(en années)

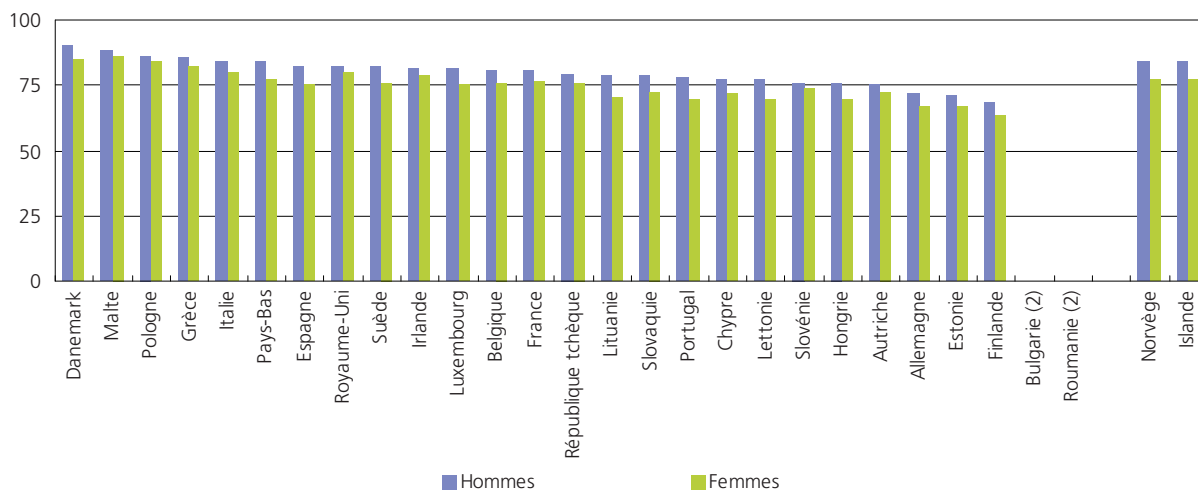
	Hommes		Femmes	
	2004	2005	2004	2005
<b>Belgique</b>	58,4	61,7	58,1	61,9
<b>Bulgarie</b>	:	:	:	:
<b>République tchèque</b>	:	57,9	:	59,9
<b>Danemark</b>	68,3	68,4	68,8	68,2
<b>Allemagne</b>	:	55,0	:	55,1
<b>Estonie</b>	49,8	48,0	53,3	52,2
<b>Irlande</b>	62,5	62,9	64,3	64,1
<b>Grèce</b>	63,7	65,7	65,2	67,2
<b>Espagne</b>	62,5	63,2	62,5	63,1
<b>France</b>	61,2	62,0	64,1	64,3
<b>Italie</b>	67,9	65,8	70,2	67,0
<b>Chypre</b>	:	59,5	:	57,9
<b>Lettonie</b>	:	50,6	:	53,1
<b>Lituanie</b>	:	51,2	:	54,3
<b>Luxembourg</b>	59,1	62,2	60,2	62,1
<b>Hongrie</b>	:	52,0	:	53,9
<b>Malte</b>	:	68,5	:	70,1
<b>Pays-Bas</b>	:	65,0	:	63,1
<b>Autriche</b>	58,1	57,8	60,2	59,6
<b>Pologne</b>	:	61,0	:	66,6
<b>Portugal</b>	55,1	58,4	52,0	56,7
<b>Roumanie</b>	:	:	:	:
<b>Slovénie</b>	:	56,3	:	59,9
<b>Slovaquie</b>	:	54,9	:	56,4
<b>Finlande</b>	53,1	51,7	52,9	52,4
<b>Suède</b>	62,0	64,2	60,9	63,1
<b>Royaume-Uni</b>	:	63,2	:	65,0
<b>Islande</b>	:	66,9	:	64,5
<b>Norvège</b>	65,5	65,5	64,7	63,6

Source: Eurostat (tsien081 et tsien082)

Les années de vie en bonne santé (AVBS) est un indicateur d'espérance de santé qui combine des informations sur la mortalité et la morbidité. Les informations utilisées pour son calcul sont des mesures de prévalence (proportions) de la population d'un âge spécifique étant dans des conditions de bonne et de mauvaise santé et des informations de mortalité par âge. Une condition de bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités / l'absence d'incapacités. L'indicateur est calculé séparément pour les hommes et les femmes. Il est aussi appelé espérance de vie sans incapacité (EVS).

**Figure 3.1: Années de vie en bonne santé à la naissance, 2005 (1)**

(en % de l'espérance de vie totale)



(1) Valeurs provisoires.

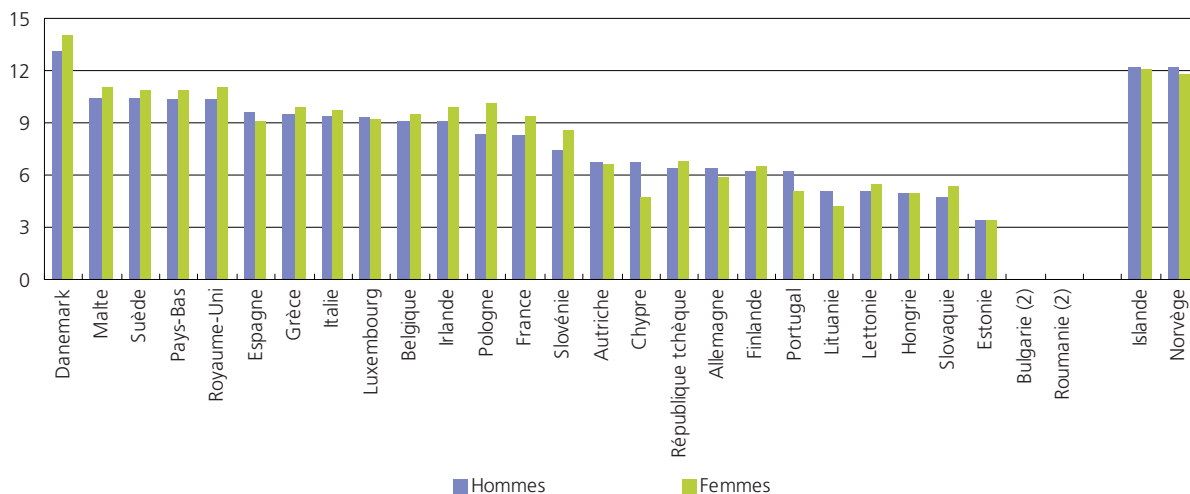
(2) Non disponible.

Source: Eurostat (tps00025)

Nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre s'il se trouve tout au long de sa vie dans les conditions de mortalité du moment (quotients de mortalité par âge).

**Figure 3.2: Années de vie en bonne santé à 65 ans, 2005 (1)**

(en nombre d'années)



(1) Valeurs provisoires.

(2) Non disponible.

Source: Eurostat (tsdph220)

L'indicateur années de vie en bonne santé (AVBS) à l'âge de 65 ans mesure le nombre d'années qu'une personne à la naissance peut s'attendre à vivre en bonne santé. L'AVBS est un indicateur d'espérance de santé qui combine des informations sur la mortalité et la morbidité. Les informations utilisées pour son calcul sont des mesures de prévalence (proportions) de la population d'un âge spécifique étant dans des conditions de bonne et de mauvaise santé et des informations de mortalité par âge. Une condition de bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités / l'absence d'incapacités. L'indicateur est calculé séparément pour les hommes et les femmes. Il est aussi appelé espérance de vie sans incapacité (EVS).

## 3.2 LES PROBLÈMES DE SANTÉ

### INTRODUCTION

Selon la direction générale «Santé et protection des consommateurs»<sup>(43)</sup>, la promotion de la santé et certains choix en termes de style de vie peuvent jouer un rôle important dans la réduction des maladies et des décès. En moyenne, les Européens qui disposent d'un meilleur emploi et d'un niveau d'éducation ou de revenus plus élevés sont une meilleure santé et ont une espérance de vie plus longue. Les mesures mises en œuvre pour réduire les inégalités liées à la santé visent à :

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

Les problèmes de santé liés aux déterminants de la santé relatifs au mode de vie peuvent être spécifiques à un âge (l'enfance ou la vieillesse), de même qu'ils peuvent résulter de facteurs socio-économiques. La promotion de la santé dans des environnements différents, tels que les écoles, les lieux de travail, les familles ou les quartiers, s'est révélée un moyen efficace de résoudre les problèmes de santé dans les communautés, en s'intéressant à des maladies spécifiques ou des groupes cibles.

Le tabac est la première grande cause évitable de décès dans l'UE, représentant plus d'un demi-million de morts chaque année. La direction générale santé et protection des consommateurs estime que 25 % de tous les décès par cancer et 15 % de la totalité des décès dans l'UE peuvent être attribués au tabac. De plus en plus d'États membres ont adopté une législation sur la consommation de tabac qui impose une limitation ou une interdiction de fumer dans les endroits publics et/ou sur les lieux de travail, en plus d'offrir une protection aux fumeurs passifs. La Commission européenne développe une politique de lutte anti-tabac axée sur :

- des mesures législatives;
- un soutien à l'échelle européenne aux activités de prévention et de cessation du tabagisme;
- l'intégration de la lutte contre le tabagisme dans une toute une série de politiques communautaires (par exemple, les politiques agricole, fiscale ou de développement);
- l'assurance que le rôle de pionnier de la Communauté européenne dans de nombreux domaines de la lutte contre le tabagisme a un impact à l'échelle mondiale.

(43) Pour plus d'informations, voir : [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/healthdeterminants\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_fr.htm).

L'alimentation est un autre déterminant de la santé, qui, avec le tabac et l'inactivité physique, constitue l'un des principaux déterminants des maladies cardiovasculaires et des cancers. L'obésité est un risque connu, associé à des maladies telles que le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires (asthme) et les troubles musculo-squelettiques (arthrite). De nombreux facteurs différents peuvent conduire à l'obésité, notamment une consommation de calories excessive, le manque d'activité physique, une prédisposition génétique ou des désordres du système endocrinien.

### DÉFINITIONS ET DISPONIBILITÉ DES DONNÉES

Les enquêtes santé par interview (ESI) constituent la source d'information utilisée pour décrire l'état de santé et les comportements liés à la santé de la population européenne. Une ESI couvre généralement les thèmes suivants :

- la taille et le poids, qui forment la base de calcul de l'indice de masse corporelle (IMC);
- l'auto-évaluation de l'état de santé;
- les activités qui ont été réduites en raison de problèmes de santé;
- les maladies ou les problèmes de santé de longue durée;
- le comportement tabagique;
- la consommation d'alcool.

Les indicateurs sont exprimés en pourcentages de cohortes de population sur la base de variables de fond couvrant le sexe, l'âge, l'occupation et le niveau d'étude. Il convient de noter que les informations de cette publication proviennent d'enquêtes nationales non harmonisées et que les États membres ont par la suite été invités à harmoniser les données selon un ensemble de lignes directrices communes. Les États membres ont travaillé de concert sur une enquête européenne harmonisée (EHIS) qui est, à l'heure où nous écrivons, en cours de mise en œuvre (2007-2008).

L'indice de masse corporelle (IMC) constitue une mesure du poids d'une personne par rapport à sa taille, qui correspond relativement bien à la teneur en graisse de l'organisme. L'IMC est reconnu comme le meilleur indicateur de l'obésité chez les adultes lorsque seules les données sur le poids et la taille sont disponibles. Il est calculé en divisant le poids corporel (exprimé en kilogrammes) par la taille (exprimée en mètres) au carré. Les subdivisions suivantes sont utilisées pour classer l'IMC en quatre catégories :

- < 18,5: maigre;
- $\geq 18,5$  et < 25: poids normal;
- $\geq 25$  et < 30: surcharge pondérale;
- $\geq 30$ : obésité.

Il convient de noter que l'IMC peut ne pas convenir comme mesure pour les enfants.



## CONCLUSIONS PRINCIPALES

L'obésité représente un grave problème de santé publique car elle augmente le risque de décès et d'invalidité. Elle peut être associée principalement à de mauvaises habitudes alimentaires et à un manque d'activité physique. Les taux d'obésité ont augmenté considérablement dans la plupart des États membres ces dix dernières années. Près de la moitié de la population de l'UE était en surcharge pondérale en 2003, une proportion qui a atteint 61 % en Angleterre et 59,7 % en Allemagne, tandis que l'Italie et la France étaient les seuls États membres à déclarer que moins de 40 % de leur population était en surcharge pondérale ou obèse.

La proportion de fumeurs réguliers était proche de 50 % de la population masculine en Lettonie et en Estonie en 2003. La Suède (16,5 %) et la Finlande (21,6 %) ont enregistré les plus faibles proportions d'hommes fumeurs. Les taux de tabagisme régulier étaient moins élevés chez les femmes (par rapport aux hommes) dans tous les États membres, à l'exception de la Suède, où la proportion de fumeuses régulières est légèrement plus élevée. L'Autriche et le Danemark ont enregistré la plus forte incidence de tabagisme régulier chez les femmes, à un peu plus de 30 % de la

population féminine, tandis que le Portugal (6,8 %) était le seul État membre où la proportion de fumeuses régulières était inférieure à 10 %. Les écarts absolus les plus importants entre les hommes et les femmes en termes d'habitudes tabagiques ont été enregistrés dans les pays baltes, où la proportion d'hommes fumant régulièrement était plus de 30 points supérieure à celle des femmes. En termes relatifs, quatre fois plus d'hommes (que de femmes) fumaient régulièrement au Portugal, tandis qu'entre trois et quatre fois plus d'hommes fumaient régulièrement à Chypre, en Lituanie, en Roumanie et en Lettonie.

Les comportements tabagiques en Europe semblent avoir beaucoup évolué entre les hommes et les femmes.

La différence entre la proportion de fumeurs et de fumeuses était moindre chez les 15-24 ans. Les jeunes femmes en Suède et au Royaume-Uni avaient plus tendance à fumer que les jeunes hommes. En outre, dans la majorité des États membres, la proportion de jeunes fumeuses était souvent supérieure à celle de l'ensemble des femmes. C'était notamment le cas au Royaume-Uni, en Espagne, en Irlande et en Allemagne.

## SOURCES

### Ouvrages statistiques

Work and health in the European Union – A statistical portrait

### Pocketbooks

Health in Europe – Data 1998-2003

### Méthodologies et documents de travail

Health Interview Surveys – guidelines for the collection of data on 18 HIS items

Statistical analysis on health-related longitudinal data from the ECHP

Guidelines for the development and criteria for the adoption of health survey instruments

### Données Internet

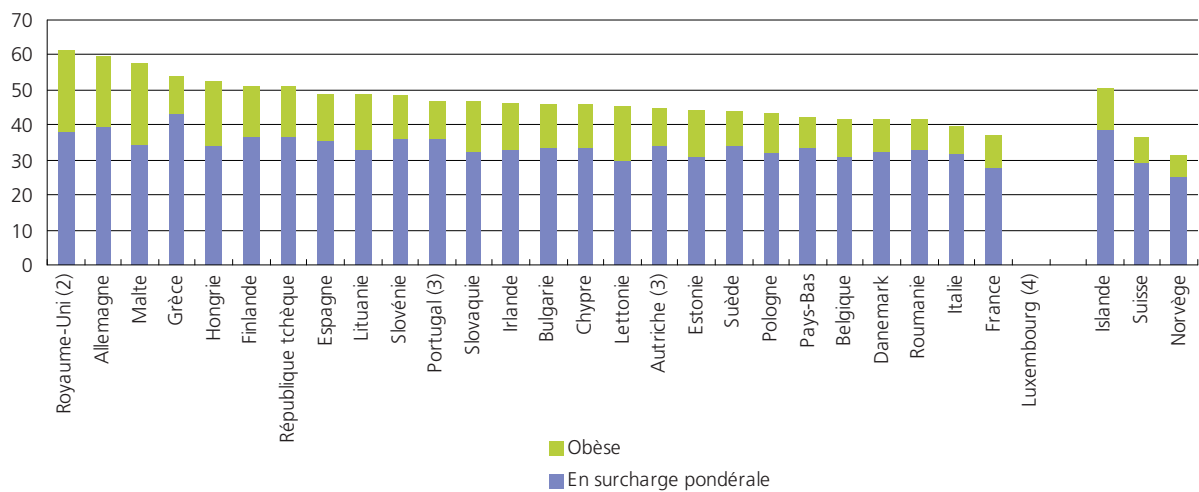
#### Santé publique

État de santé: indicateurs d'enquêtes (SILC, HIS, LFS)

État de santé: indicateurs des enquêtes de santé nationales (HIS, exercice 2004: période 1999-2003)

**Figure 3.3: Personnes en surcharge pondérale, 2003 (1)**

(en % de la population totale)

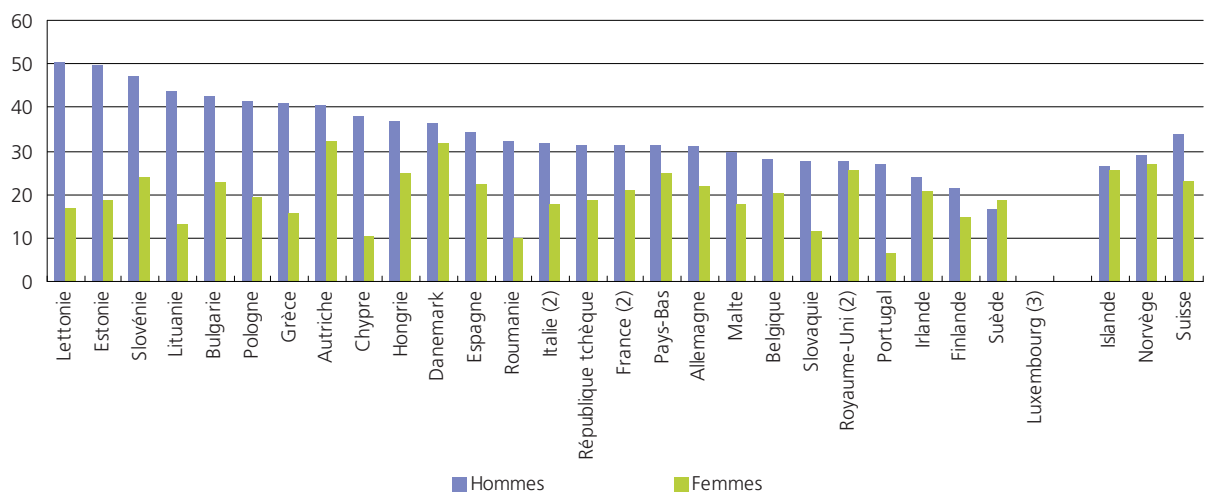


- (1) Données nationales issues d'une enquête par interview sur la santé, 1996-2003 en fonction du pays.  
 (2) Uniquement l'Angleterre.  
 (3) Données du panel communautaire des ménages, 2001.  
 (4) Non disponible.

Source: Eurostat (hlth\_ls\_bmia)

**Figure 3.4: Fumeurs réguliers, 2003 (1)**

(en % de la population masculine/féminine)



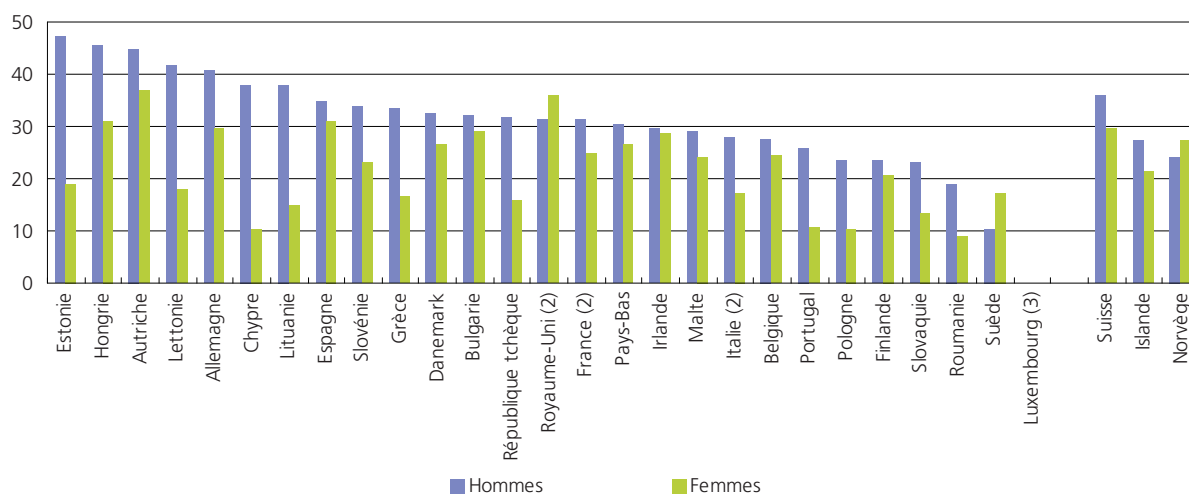
- (1) Données nationales issues d'une enquête par interview sur la santé, 1996-2003 en fonction du pays.  
 (2) Aucune distinction n'est faite entre la consommation régulière et occasionnelle de tabac.  
 (3) Non disponible.

Source: Eurostat (tps00169)

L'usage de tabac reste l'une des principales causes évitables de décès et de maladies dans notre société. C'est un facteur de risque majeur pour les maladies du cœur et des vaisseaux sanguins, les bronchites chroniques et l'emphysème, les cancers du poumon et d'autres maladies. L'indicateur est défini comme le nombre actuel de consommateurs de tabac parmi la population, exprimé en pourcentage de la population. Une personne est un fumeur actuel si elle déclare fumer du tabac quotidiennement ou occasionnellement. Les données sont collectées à partir d'Enquêtes de Santé par Interview (HIS) non harmonisées, une post-harmonisation est demandée aux pays selon des directives d'Eurostat. Les années de collecte des données HIS sont différentes selon les pays pour la période couvrant 1996-2003.

**Figure 3.5: Fumeurs réguliers chez les 15-24 ans, 2003 (1)**

(en % de la population masculine/féminine âgée de 15 à 24 ans)

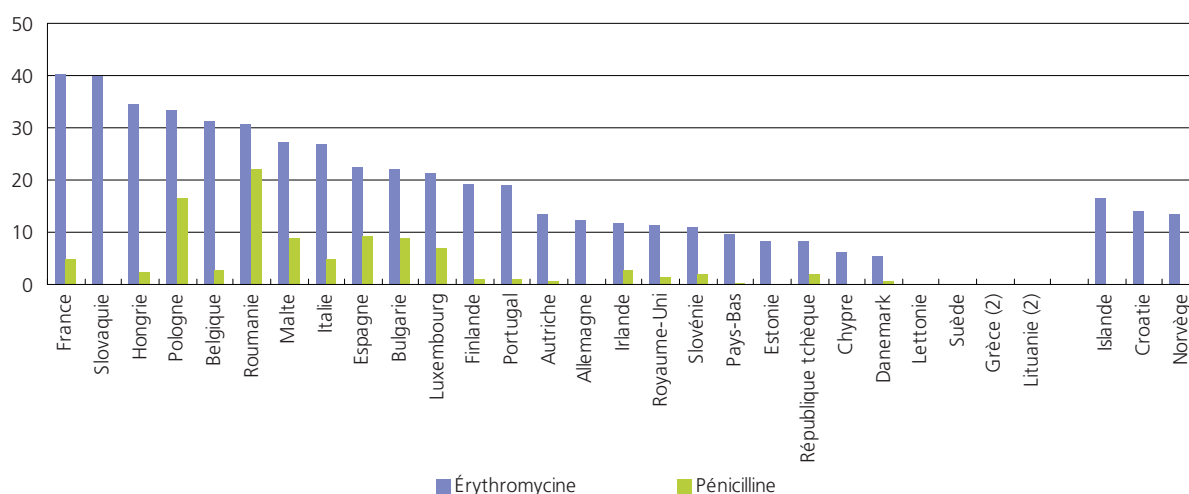


- (1) Données nationales issues d'une enquête par interview sur la santé, 1996-2003 en fonction du pays.  
 (2) Aucune distinction entre la consommation régulière et la consommation occasionnelle de tabac.  
 (3) Non disponible.

Source: Eurostat (tps00170)

**Figure 3.6: Résistance aux antibiotiques, 2005 (1)**

(% de streptococcus pneumoniae isolés présentant une résistance à l'érythromycine ou à la pénicilline)



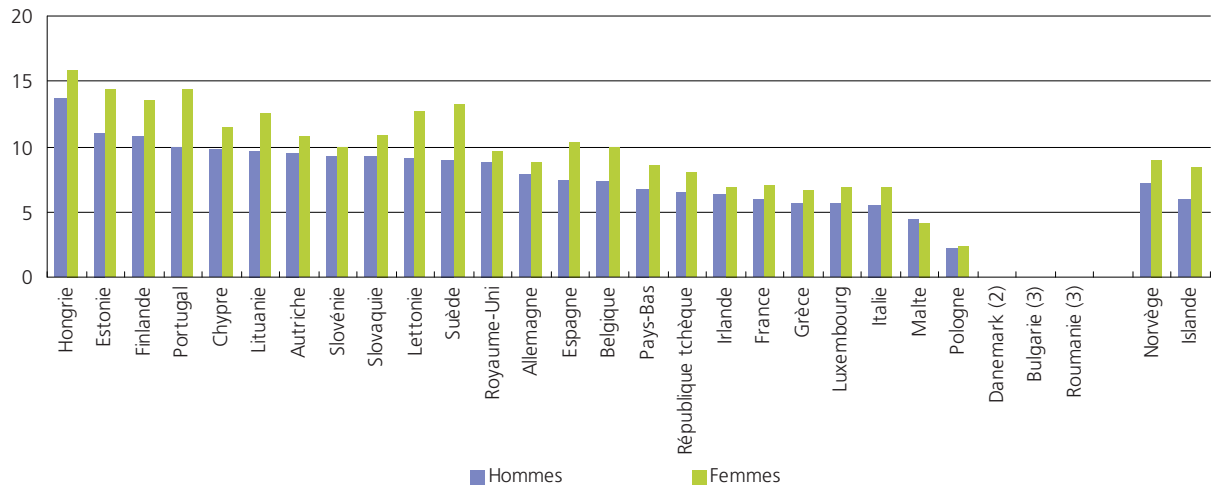
- (1) Bulgarie, République tchèque, Allemagne, Estonie, Lettonie, Malte, Suède, Croatie et Norvège, valeurs provisoires pour 2006.  
 (2) Non disponible.

Source: direction générale santé et protection des consommateurs, projet EARSS (système de surveillance de la résistance aux antimicrobiens)

L'indicateur montre les tendances de résistance à l'érythromycine ou à la pénicilline parmi des souches invasives de *Streptococcus pneumoniae*, la cause la plus importante d'infection de l'appareil respiratoire inférieur (tel que la pneumonie) chez les adultes et les enfants. En moyenne, environ 62,4% de la population des pays couverts par l'indicateur sont considérés pour le calcul.

**Figure 3.7: Personnes fortement limitées dans leurs activités normales en raison de problèmes de santé au cours des 6 derniers mois, 2005 (1)**

(en % de la population masculine/féminine âgée de 15 ans et plus)



(1) Valeurs provisoires.

(2) Aucune distinction entre les personnes fortement limitées et les personnes limitées.

(3) Non disponible.

Source: Eurostat (tps00030)

Statistiques de l'Union Européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC) comporte plusieurs questions sur la santé, notamment une question générale relative aux restrictions sur les activités quotidiennes causées par un problème de santé. Par conséquent, même si cette question ne mesure pas exactement les niveaux d'invalidité de la population, elle offre néanmoins une vue d'ensemble de la situation concernant les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et les besoins éventuels d'assistance aux yeux de la population.

### 3.3 LES SOINS DE SANTÉ

#### INTRODUCTION

La plupart des Européens reconnaissent que l'accès universel aux soins de santé est une nécessité fondamentale car le coût des traitements médicaux modernes les rend souvent inabordable pour l'individu moyen. Les prestations des systèmes de santé varient considérablement selon les États membres, bien que l'utilisation des services publics (services de santé nationaux ou régionaux) et de l'assurance maladie complète soit généralisée. Les régimes d'assurance maladie couvrent généralement l'ensemble des résidents. Néanmoins une part croissante d'individus choisit d'adhérer à des régimes d'assurance privés (souvent en plus du service de santé national).

La réglementation publique du secteur de la santé est une tâche complexe car le marché des soins de santé est caractérisé par de nombreuses imperfections. Les États membres cherchent généralement à équilibrer l'utilisation efficace des ressources en garantissant un accès universel aux prestations de soins de santé. Il est impossible d'apporter une réponse simple à la question de savoir quel budget chaque pays devrait consacrer aux soins de santé, puisque les États membres supportent chacun une charge de morbidité différente et que leurs populations ont des attentes différentes concernant les services que doivent proposer leurs systèmes de santé nationaux. En effet, le budget nécessaire au financement d'un système de santé dépend d'un grand nombre de variables, la plus évidente étant la charge de morbidité nécessitant un traitement, bien qu'il soit impossible d'établir une relation linéaire simple entre la charge de morbidité et le besoin en ressources, étant donné que certaines affections peuvent être traitées simplement et à bas prix alors que d'autres peuvent exiger un traitement complexe et coûteux.

Les principaux consommateurs de soins de santé sont les personnes âgées, une part de la population européenne dont la croissance est rapide, en partie en raison de la cohorte du baby-boom qui atteint l'âge de la vieillesse, mais aussi de l'augmentation constante de l'espérance de vie. L'augmentation probable du nombre de personnes âgées contribuera sans doute à une hausse de la demande en prestations de soins de santé dans les années à venir, tandis que les avancées médicales devraient également déboucher sur la mise en place de traitements plus nombreux et de meilleure qualité. La demande en soins de santé devrait également progresser dans les années à venir en ce qui concerne les soins de longue durée (centres de soins spécialisés ou de convalescence). En outre, de plus en plus de patients traversent les frontières pour se faire soigner, afin d'éviter les listes d'attente ou pour consulter un spécialiste qui n'est peut-être disponible qu'à l'étranger. L'UE s'efforce de veiller à ce que les patients transfrontaliers aient accès à des soins de santé partout dans l'Union.

#### DÉFINITIONS ET DISPONIBILITÉ DES DONNÉES

Les informations relatives aux soins de santé peuvent être divisées en deux grands groupes de données: les données sur les soins de santé relatives aux ressources humaines et techniques et les données relatives aux résultats qui portent essentiellement sur les patients hospitalisés et le traitement qu'ils reçoivent.

Les données sur les soins de santé relatives aux ressources et aux patients sont dans une large mesure basées sur des sources administratives. Elles varient en fonction des pays et, de manière générale, elles reflètent l'organisation nationale des soins de santé. À ce titre, les informations recueillies peuvent ne pas être totalement comparables.

Les données sur le personnel soignant, c'est-à-dire les ressources humaines disponibles pour dispenser les services de soins de santé, sont fournies indépendamment du secteur d'emploi (c'est-à-dire que le personnel est soit indépendant, soit employé par un hôpital ou par un autre prestataire de soins de santé). Ces statistiques couvrent les professionnels de la santé tels que les médecins, les dentistes, les infirmières, les pharmaciens et les physiothérapeutes. Dans le contexte d'une comparaison des services de santé entre les États membres, Eurostat privilégie le concept de «professionnels en exercice», qui décrit le mieux la disponibilité des ressources de soins de santé.

La collecte des données relatives aux résultats porte essentiellement sur les patients hospitalisés et couvre l'interaction entre les patients et les systèmes de santé, à savoir le traitement reçu. Les données dans ce domaine sont disponibles pour une série d'indicateurs, notamment les sorties des patients hospitalisés et en traitement ambulatoire par âge, sexe et (groupes de) maladies spécifiques, la durée moyenne du séjour des patients hospitalisés ou les interventions médicales réalisées dans les hôpitaux. Le nombre de sorties est le moyen le plus souvent utilisé pour évaluer l'utilisation des services hospitaliers. On utilise les sorties, plutôt que les admissions, car les dossiers médicaux de l'hôpital pour les soins hospitaliers reposent sur des informations collectées au moment de la sortie. La sortie d'hôpital est la procédure officielle qui permet à un patient de quitter un hôpital à la suite d'une intervention ou d'un traitement médical. Il y a sortie d'hôpital à chaque fois qu'un patient quitte cette structure à la fin de son traitement, contre avis médical, en raison de son transfert vers un autre établissement de soins ou pour cause de décès; il convient d'ajouter les nouveau-nés en bonne santé.

Les données sur les soins de santé présentées dans ce chapitre font référence aux chiffres absolus et aux taux de densité qui décrivent les ressources disponibles ou la fréquence des services fournis, exprimés en taux standardisés à la population pour 100 000 habitants.



### CONCLUSIONS PRINCIPALES

Les dépenses de santé – définies ici comme étant les dépenses consacrées à la maladie/aux soins de santé selon le système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) – représentaient 7,4 % du PIB de l'EU-25 en 2004. Ces dépenses couvrent d'une part, les prestations en espèces qui remplacent, en partie ou en totalité, la perte de revenus occasionnée pendant une incapacité de travail temporaire due à une maladie ou un accident, d'autre part, les soins médicaux fournis dans le cadre de la protection sociale, en vue de maintenir, de recouvrer ou d'améliorer la santé. Parmi les États membres, les dépenses de santé ont atteint plus de 8 % du PIB en France, aux Pays-Bas et en Suède, tandis qu'elles étaient inférieures à 4 % en Lettonie, en Lituanie ou en Pologne.

En 2005, l'EU-27 comptait une moyenne de 590 lits d'hôpital pour 100 000 habitants, contre 695 lits en 1997 (soit une diminution totale de 15 %). Cette baisse peut s'expliquer par l'utilisation plus efficace des ressources, grâce au nombre croissant d'opérations pouvant être réalisées en traitement ambulatoire et à la diminution de la durée des séjours postopératoires.

La Lituanie (104) et la Belgique (400) comptaient le plus grand nombre de médecins pour 100 000 habitants en 2005; il convient de noter que les données pour la Lituanie font référence à des médecins professionnellement actifs et non à des médecins praticiens et qu'elles sont donc surévaluées. À l'autre extrémité, la Pologne, la Roumanie, la Slovénie, la Finlande, le Royaume-Uni et l'ancienne république yougoslave de Macédoine comptaient en moyenne moins de 250 médecins praticiens pour 100 000 habitants.

### SOURCES

#### Pocketbooks

Health in Europe – Data 1998-2003

#### Données Internet

##### Santé publique

Systèmes de soins de santé: ressources et patients (sauf données relatives aux dépenses)

Personnel de soins de santé

Équipements de soins de santé

Patients hospitalisés

Tableau 3.2: Indicateurs en matière de soins de santé

(pour 100 000 habitants)

	Médecins praticiens		Lits d'hôpital		Sorties de patients hospitalisés (sauf nouveau-nés en bonne santé)	
	1995	2005	1995	2005	2000	2005
<b>EU-27 (1)</b>	:	:	694,8	590,4	:	:
<b>Belgique</b>	344,6	399,5	741,8	744,8	16 252	16 084
<b>Bulgarie (2, 3)</b>	344,9	365,3	1 034,1	611,6	14 456	20 857
<b>République tchèque</b>	299,8	354,9	938,7	850,3	:	23 030
<b>Danemark (1, 4)</b>	250,0	308,4	459,8	398,0	16 316	15 936
<b>Allemagne</b>	307,0	341,2	969,8	846,4	19 586	:
<b>Estonie (5)</b>	307,4	319,3	804,1	548,4	19 826	18 544
<b>Irlande (6)</b>	210,2	352,3	699,6	559,6	13 805	13 505
<b>Grèce</b>	393,0	:	518,5	:	:	:
<b>Espagne</b>	268,2	379,9	394,7	339,0	11 243	10 780
<b>France (7, 8)</b>	322,6	338,6	894,1	742,5	18 397	16 445
<b>Italie (7, 9)</b>	385,9	383,2	622,1	400,9	:	14 928
<b>Chypre</b>	220,2	257,8	451,9	380,0	6 795	6 617
<b>Lettonie</b>	277,8	291,5	1 099,3	766,4	:	:
<b>Lituanie (7)</b>	404,5	401,1	1 083,0	814,7	23 454	22 411
<b>Luxembourg (10)</b>	204,4	327,7	1 095,8	644,3	18 481	17 242
<b>Hongrie</b>	302,8	278,4	909,1	786,2	:	:
<b>Malte (6, 9, 11)</b>	247,4	349,4	544,9	743,7	:	6 871
<b>Pays-Bas</b>	186,1	:	528,0	437,2	:	10 135
<b>Autriche (10)</b>	265,7	346,7	755,1	770,9	:	26 809
<b>Pologne</b>	231,8	213,6	768,7	652,2	:	17 955
<b>Portugal (2, 10)</b>	253,8	267,8	392,4	365,1	:	:
<b>Roumanie</b>	181,2	217,4	783,0	661,8	:	:
<b>Slovénie (10)</b>	:	229,9	573,6	483,9	:	15 358
<b>Slovaquie (5)</b>	291,5	303,7	829,4	677,1	19 876	19 124
<b>Finlande (9)</b>	207,3	244,5	801,0	704,2	:	20 514
<b>Suède (5)</b>	288,2	348,1	609,0	:	15 272	14 751
<b>Royaume-Uni (1, 5)</b>	:	235,6	433,4	388,7	:	13 064
<b>Croatie</b>	203,6	:	407,3	545,0	12 710	13 307
<b>ARY de Macédoine (3, 7)</b>	230,7	245,2	543,9	470,2	9 444	9 881
<b>Turquie (2)</b>	:	:	246,5	241,2	:	:
<b>Islande</b>	303,0	368,1	910,9	:	17 085	16 084
<b>Norvège</b>	279,3	362,8	407,3	405,9	15 409	17 424
<b>Suisse</b>	175,6	:	700,8	555,6	:	15 656

(1) 1997 au lieu de 1995 pour les lits d'hôpital.

(2) 2004 au lieu de 2005 pour les lits d'hôpital.

(3) Inclut les nouveau-nés en bonne santé dans les sorties de patients hospitalisés.

(4) 2003 au lieu de 2005 pour les lits d'hôpital.

(5) 2003 au lieu de 2005 pour les sorties d'hôpital.

(6) Médecins habilités à exercer.

(7) Médecins professionnellement actifs.

(8) France métropolitaine pour les lits d'hôpital.

(9) 2004 au lieu de 2005 pour les sorties d'hôpital.

(10) 2004 au lieu de 2005 pour les médecins praticiens.

(11) 1997 au lieu de 1995 pour les médecins praticiens.

Source: Eurostat (tps00044, tps00046 et hlth\_co\_disch2)

Les médecins peuvent être répertoriés comme agréés, économiquement actifs ou pratiquants. Des données pour deux concepts ou plus sont disponibles dans la majorité des États membres. Les médecins pratiquants sont ceux qui voient leurs patients dans un hôpital, dans leur cabinet ou dans tout autre lieu.

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

Tableau 3.3: Lits d'hôpital

(pour 100 000 habitants)

	Lits d'hôpital en soins curatifs			Lits dans les hôpitaux psychiatriques		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
<b>EU-27 (1)</b>	487,2	450,7	406,3	78,0	69,4	60,4
<b>Belgique</b>	503,3	472,6	441,1	195,3	259,5	250,8
<b>Bulgarie (2)</b>	:	583,1	469,0	88,7	63,8	64,4
<b>République tchèque</b>	728,7	609,6	568,6	100,8	98,0	96,2
<b>Danemark (1, 3)</b>	380,2	349,5	327,8	79,6	75,6	70,2
<b>Allemagne</b>	744,5	680,3	634,9	:	:	:
<b>Estonie</b>	638,8	528,1	382,2	102,4	75,3	53,8
<b>Irlande</b>	306,3	281,1	279,8	185,4	142,1	96,7
<b>Grèce</b>	389,7	387,3	:	110,4	100,7	:
<b>Espagne</b>	303,9	287,2	259,9	60,3	52,6	44,5
<b>France (4)</b>	460,8	416,0	372,1	139,0	110,9	95,2
<b>Italie</b>	552,6	407,0	331,7	48,2	14,8	13,3
<b>Chypre</b>	366,4	370,4	349,1	85,5	46,5	31,0
<b>Lettonie</b>	903,9	609,0	531,8	195,4	165,1	136,7
<b>Lituanie</b>	871,4	625,0	529,9	130,6	120,9	103,7
<b>Luxembourg (5)</b>	618,8	572,2	549,4	129,9	84,9	:
<b>Hongrie</b>	627,3	563,7	552,0	51,1	100,2	39,4
<b>Malte (1)</b>	387,7	372,7	280,4	178,1	171,5	170,4
<b>Pays-Bas</b>	331,7	306,5	287,6	171,3	163,8	131,0
<b>Autriche</b>	665,4	628,7	606,6	81,7	62,1	61,7
<b>Pologne</b>	576,4	509,9	463,2	84,3	73,4	67,4
<b>Portugal (6)</b>	:	:	:	71,8	66,2	63,4
<b>Roumanie</b>	569,2	551,5	456,3	90,7	83,6	79,7
<b>Slovénie</b>	475,4	446,1	388,2	80,1	76,7	73,7
<b>Slovaquie (7)</b>	620,5	566,5	501,1	91,8	93,4	83,5
<b>Finlande</b>	295,8	241,2	223,7	126,0	102,9	93,1
<b>Suède</b>	304,5	245,2	:	95,0	62,8	:
<b>Royaume-Uni (1)</b>	321,0	315,0	309,7	103,0	90,9	73,7
<b>Croatie</b>	390,0	378,1	340,2	103,0	102,8	94,4
<b>ARY de Macédoine</b>	354,2	329,8	312,6	77,9	70,9	60,7
<b>Turquie (2)</b>	190,6	218,0	231,1	13,1	12,4	12,1
<b>Islande</b>	375,7	:	:	118,0	:	:
<b>Norvège</b>	334,2	311,4	292,4	73,0	69,4	100,2
<b>Suisse</b>	551,4	412,3	365,9	138,0	119,9	106,1

(1) 1997 au lieu de 1995.

(2) 2004 au lieu de 2005.

(3) 2003 au lieu de 2005.

(4) France métropolitaine.

(6) 2003 au lieu de 2005 pour les lits dans les hôpitaux psychiatriques.

(7) 1996 au lieu de 1995.

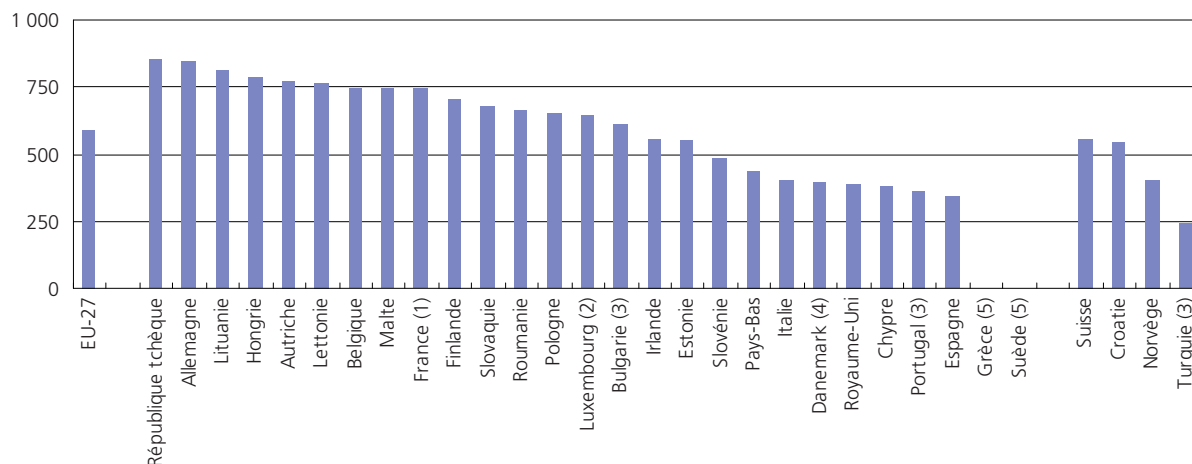
Source: Eurostat (tps00168 et tps00047)

Les lits d'hôpital fournissent des informations sur les capacités de soins de santé, c'est-à-dire sur le nombre maximum de patients pouvant être soignés par les hôpitaux. Les lits de soins curatifs (ou de soins aigus) dans les hôpitaux sont des lits qui sont disponibles pour les soins curatifs. Ces lits sont un sous-groupe du total des lits d'hôpital qui sont définis comme tous les lits qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel et immédiatement disponibles pour les soins des patients admis; à la fois les lits occupés et inoccupés sont couverts. Les hôpitaux sont définis selon la classification des prestataires de soins de santé du système de comptes de la santé (SCS); tous les hôpitaux publics et privés devraient être couverts.



**Figure 3.8: Lits d'hôpital, 2005**

(pour 100 000 habitants)



(1) France métropolitaine.

(2) 2002.

(3) 2004.

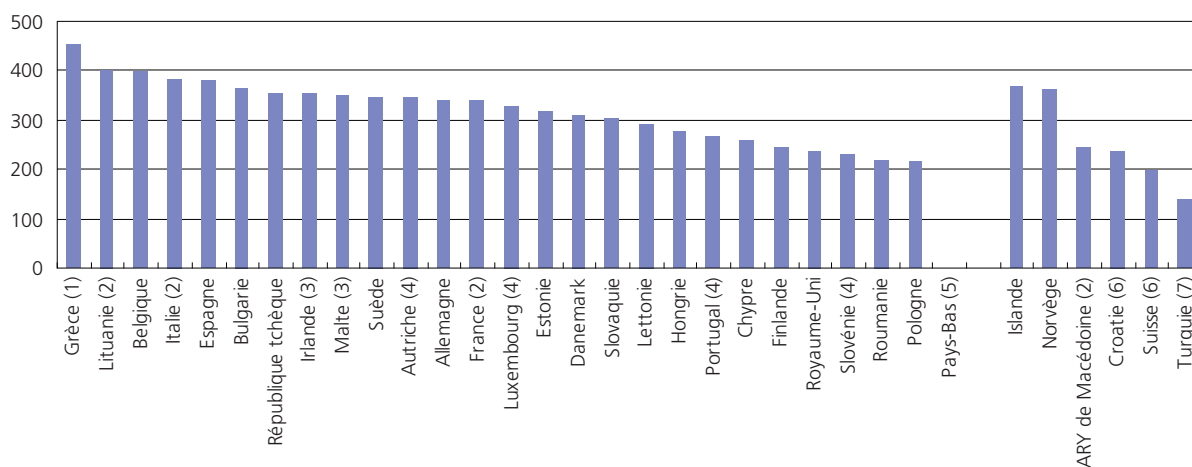
(4) 2003.

(5) Non disponible.

Source: Eurostat (tps00046)

**Figure 3.9: Nombre de médecins praticiens, 2005**

(pour 100 000 habitants)



(1) 2001.

(2) Médecins professionnellement actifs.

(3) Médecins habilités à exercer.

(4) 2004.

(5) Non disponible.

(6) 2002.

(7) 2003.

Source: Eurostat (tps00044)

**Tableau 3.4: Sorties d'hôpital par diagnostic**  
(ISHMT - Liste résumée internationale pour la mise en tableaux de la morbidité hospitalière), 2005

(pour 100 000 habitants)

	Tumeurs (cancers)	Maladies de l'appareil circulatoire	Maladies de l'appareil digestif	Maladies de l'appareil respiratoire	Lésion, intoxication et autres conséquences de causes extérieures	Grossesse, accouchement et puerpéralité
<b>Belgique</b>	1 244	2 135	1 698	1 441	1 634	1 362
<b>Bulgarie</b>	1 715	3 003	1 637	3 180	1 317	1 949
<b>République tchèque</b>	2 061	3 703	2 079	1 598	1 956	1 512
<b>Danemark (1)</b>	1 563	2 228	1 378	1 424	1 552	1 281
<b>Allemagne (2)</b>	2 270	3 300	2 079	1 258	1 987	1 179
<b>Estonie</b>	1 572	3 243	1 624	2 025	1 191	1 832
<b>Irlande</b>	869	1 255	1 230	1 401	1 370	2 422
<b>Grèce</b>	:	:	:	:	:	:
<b>Espagne</b>	916	1 339	1 270	1 147	898	1 386
<b>France</b>	1 277	1 973	1 697	1 005	1 461	1 567
<b>Italie (3)</b>	1 331	2 481	1 462	1 144	1 324	1 336
<b>Chypre</b>	428	780	684	657	861	435
<b>Lettonie</b>	:	:	:	:	:	:
<b>Lituanie</b>	1 648	4 475	1 943	2 404	1 982	1 671
<b>Luxembourg</b>	1 744	2 275	1 665	1 436	1 263	1 330
<b>Hongrie</b>	:	:	:	:	:	:
<b>Malte</b>	183	694	592	541	580	972
<b>Pays-Bas</b>	997	1 528	916	731	848	858
<b>Autriche</b>	2 779	3 696	2 439	1 796	2 853	1 353
<b>Pologne</b>	1 908	3 024	1 766	1 557	1 615	1 577
<b>Portugal</b>	:	:	:	:	:	:
<b>Roumanie</b>	1 275	2 588	2 071	2 785	1 279	1 697
<b>Slovénie</b>	1 791	1 863	1 377	1 265	1 515	1 242
<b>Slovaquie</b>	1 764	3 054	1 889	1 660	1 586	1 631
<b>Finlande (3)</b>	1 859	3 229	1 517	1 616	1 972	1 335
<b>Suède (1)</b>	1 465	2 442	1 183	957	1 396	1 249
<b>Royaume-Uni (1)</b>	1 032	1 452	1 177	1 197	1 238	1 349
<b>Croatie</b>	1 828	1 849	1 179	1 147	1 042	223
<b>ARY de Macédoine</b>	1 164	1 554	1 039	1 424	579	754
<b>Islande</b>	1 394	1 825	1 347	980	1 020	2 114
<b>Norvège</b>	1 795	2 467	1 238	1 531	1 854	1 487
<b>Suisse</b>	1 124	1 735	1 353	869	1 846	1 182

(1) 2003.

(2) 2002.

(3) 2004.

Source: Eurostat (hlth\_co\_disch2)

**Tableau 3.5: Sorties d'hôpital par diagnostic (ISHMT - liste résumée internationale pour la mise en tableaux de la morbidité hospitalière), durée moyenne du séjour, 2005**

(en jours)

	Tumeurs (cancers)	Maladies de l'appareil circulatoire	Maladies de l'appareil digestif	Maladies de l'appareil respiratoire	Lésion, intoxication et autres conséquences de causes extérieures	Grossesse, accouchement et puerpéralité
Belgique	9,4	8,4	6,1	8,4	8,5	5,0
Bulgarie	7,9	7,6	6,4	8,5	6,6	4,8
République tchèque	9,4	12,6	7,1	9,1	9,2	5,6
Danemark (1)	7,1	6,6	5,3	5,6	5,9	3,8
Allemagne (2)	10,0	10,0	8,3	8,5	9,5	5,5
Estonie	8,0	10,6	5,2	5,0	8,8	3,1
Irlande	11,8	10,5	6,4	6,9	5,6	3,0
Grèce	:	:	:	:	:	:
Espagne	9,8	8,5	6,0	7,4	8,5	3,2
France	7,8	7,1	5,3	7,1	5,8	4,9
Italie (3)	9,7	8,7	6,8	8,1	7,8	4,0
Chypre	9,1	6,0	5,3	5,0	5,3	5,3
Lettonie	:	:	:	:	:	:
Lituanie	10,8	12,9	6,8	8,1	8,3	4,9
Luxembourg	8,9	7,9	5,9	6,0	7,7	4,8
Hongrie	:	:	:	:	:	:
Malte	9,3	6,9	4,0	5,0	7,5	3,6
Pays-Bas	8,5	7,8	6,8	7,6	7,7	3,8
Autriche	7,9	11,1	7,1	8,1	8,8	5,5
Pologne	6,6	7,9	5,8	8,1	5,3	5,1
Portugal	:	:	:	:	:	:
Roumanie	7,7	8,5	6,9	7,5	6,5	5,4
Slovénie	8,0	8,8	6,4	7,5	7,2	4,7
Slovaquie	9,1	9,0	6,5	8,2	7,1	5,8
Finlande (3)	8,7	14,9	6,0	14,2	10,9	3,8
Suède (1)	8,1	6,8	5,0	5,5	6,3	3,2
Royaume-Uni (1)	9,3	11,5	6,8	8,0	8,8	2,8
Croatie	10,4	10,9	9,0	9,6	9,1	8,3
ARY de Macédoine	8,5	10,9	6,3	8,2	9,1	4,4
Islande	7,2	6,4	4,0	6,2	6,4	2,4
Norvège	7,2	5,4	4,9	6,1	4,8	3,7
Suisse	10,6	9,3	7,4	8,8	8,0	6,1

(1) 2003.

(2) 2002.

(3) 2004.

Source: Eurostat (hlth\_co\_inpst)

### 3.4 LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

#### INTRODUCTION

Une large proportion de la population passe 8 heures par jour et 5 jours par semaine au travail. Bien qu'il existe de nombreuses études concernant les avantages du travail comme source de revenus (pour l'individu et pour l'entreprise), force est de constater le peu d'intérêt suscité jusqu'à récemment par les effets négatifs du travail sur la santé humaine et publique, en d'autres termes les coûts et pas uniquement les avantages du travail.

La santé au travail ne se limite pas aux accidents ou aux maladies professionnelles mais concerne également les bien-être physique, moral et social (problèmes comme l'intimidation ou la violence sur le lieu de travail), considérés comme des facteurs tout particulièrement importants pour la qualité du travail et la productivité de la main-d'œuvre. Une politique de santé et de sécurité n'est dès lors pas seulement cruciale pour garantir le bien-être des travailleurs européens; c'est également une question déterminante pour la compétitivité.

#### DÉFINITIONS ET DISPONIBILITÉ DES DONNÉES

Les statistiques européennes sur les accidents du travail et les maladies professionnelles répondent aux exigences formulées dans la stratégie communautaire en matière de santé et de sécurité au travail 2002-06, ainsi que dans la nouvelle stratégie pour 2007-2012<sup>(44)</sup>. Les données harmonisées sur les accidents du travail sont recueillies dans le cadre des statistiques européennes sur les accidents du travail (SEAT). La méthodologie SEAT est conforme à la résolution du Bureau international du travail (BIT) de 1998 concernant les «statistiques des lésions professionnelles résultant des accidents du travail».

Les sources nationales sont généralement des déclarations d'accidents du travail déposées auprès des systèmes d'assurance-maladie publics (sécurité sociale) ou privés, ou bien auprès d'autres autorités nationales concernées. Les données sont le plus souvent présentées sous forme de nombres ou de taux d'incidence. Les taux d'incidence sont calculés de la manière suivante: (nombre d'accidents du travail (ou d'accidents mortels) / nombre de personnes au travail dans la population de référence) x 100 000.

(44) Résolution 2002/C 161/01 du Conseil du 3 juin 2002 concernant une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail (2002-06) (JO C 161, 5.7.2002, p. 1); pour plus d'informations, voir: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2002/c\\_161/c\\_16120020705fr00010004.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2002/c_161/c_16120020705fr00010004.pdf). Résolution 2007/C 145/01 du Conseil du 25 juin 2007 sur une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail (2007-2012) (JO C 145, 30.6.2007, p.1); pour de plus amples informations: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2007/c\\_145/c\\_14520070630fr00010004.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2007/c_145/c_14520070630fr00010004.pdf).

Les données relatives aux accidents du travail font référence aux accidents occasionnant plus de trois jours d'arrêt de travail. Un accident du travail est un événement de courte durée survenant au cours d'une activité professionnelle et causant un préjudice physique ou psychologique. Sont inclus les accidents durant le travail hors de l'enceinte de son entreprise, même causés par des tiers (dans les locaux de clients, dans les locaux d'une autre entreprise, dans un lieu public ou pendant le transport, ce qui inclut les accidents de la circulation) et les empoisonnements aigus. Sont exclus les accidents sur le chemin du travail (accidents de trajet), les cas d'origine uniquement médicale (tels qu'un arrêt cardiaque au travail) et les maladies professionnelles.

Un accident du travail mortel est défini comme un accident entraînant le décès de la victime, généralement dans un délai d'un an à compter de l'accident. En pratique, la notification d'un accident mortel varie en fonction des procédures d'enregistrement nationales. Dans certains cas l'accident est enregistré comme mortel quand la victime est décédée le même jour (Pays-Bas). Dans d'autres, aucune limite temporelle n'est définie (Belgique, Grèce, France, Italie, Luxembourg, Autriche, Suède et Norvège).

#### CONCLUSIONS PRINCIPALES

Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (AESST) basée à Bilbao<sup>(45)</sup>, toutes les trois minutes et demie, une personne décède dans l'UE pour des raisons liées au travail. L'immense majorité des 150 000 décès par an résultent de maladies professionnelles (142 000), tandis que le reste est classé en accidents du travail.

Ces dernières années, le taux d'incidence des accidents graves du travail a chuté, à tel point qu'en 2004, il avait diminué de 21 % par rapport à 1998 dans l'EU-25. Pendant la même période, on a assisté à une réduction de 24 % des accidents du travail mortels dans l'EU-25. Il est à noter que ces chiffres reflètent en partie l'évolution structurelle de l'économie européenne vers les services, où les risques d'accidents et de décès au travail sont généralement moindres que dans l'agriculture, l'industrie ou la construction.

Seuls trois États membres ont enregistré une plus grande incidence des accidents graves du travail en 2004 par rapport à 1998: l'Estonie (24 % de plus), Chypre (3 % de plus) et la Roumanie (également 3 % de plus). L'incidence d'accidents graves en Bulgarie et en Slovaquie a en revanche diminué presque de moitié entre 1998 et 2004. La majorité des États membres a également enregistré une réduction de l'incidence des accidents du travail mortels, bien que ce ne soit pas le cas en Lituanie (+13 %), en Autriche (+7 %), en Roumanie (+3 %), en Finlande (+2 %) et en Allemagne (pas de changement). L'Italie, le Danemark et le Luxembourg ont tous réduit leur incidence d'accidents mortels d'environ la moitié sur la période considérée.

(45) Pour plus d'informations, voir: <http://osha.europa.eu/index.html>.

En termes absolus, la plus forte incidence des accidents du travail graves et mortels a été enregistrée dans le secteur de la construction. Les secteurs de l'agriculture et du transport affichent également des valeurs relativement élevées. Les hommes sont particulièrement plus enclins à avoir un accident ou à décéder au travail. Cette propension est due en partie à la plus grande proportion d'hommes qui travaillent dans des secteurs et des professions à plus haut risque. Par ailleurs, les hommes travaillent

plus fréquemment à plein temps. Ces caractéristiques expliquent sans doute en partie pourquoi l'incidence des accidents a eu tendance à chuter plus rapidement pour les hommes que pour les femmes. Si l'on considère différents groupes d'âges, le taux d'incidence des accidents au travail est considérablement plus élevé parmi les 18-24 ans, tandis que les accidents du travail mortels sont plus répandus chez les 55-64 ans.

## SOURCES

### Ouvrages statistiques

Work and health in the European Union – A statistical portrait

### Pocketbooks

Health in Europe – Data 1998-2003

### Méthodologies et documents de travail

Statistical analysis of socio-economic costs of accidents at work in the European Union

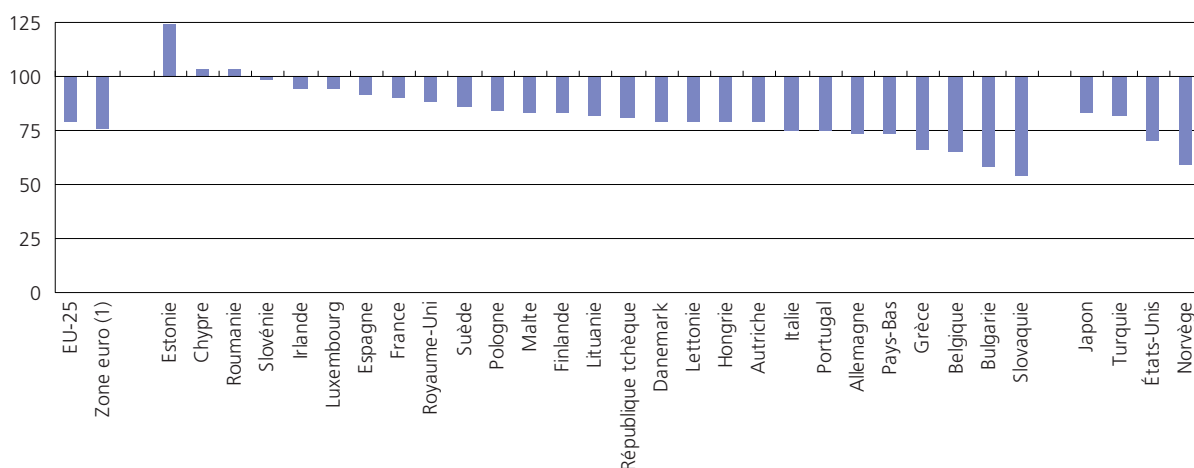
### Données Internet

#### Santé et sécurité au travail

- Indicateurs structurels sur la santé et la sécurité au travail
- Accidents du travail
- Accidents sur le chemin du travail
- Maladies professionnelles
- Blessures accidentelles et problèmes de santé liés au travail

**Figure 3.10: Incidence des accidents graves du travail, 2004**

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



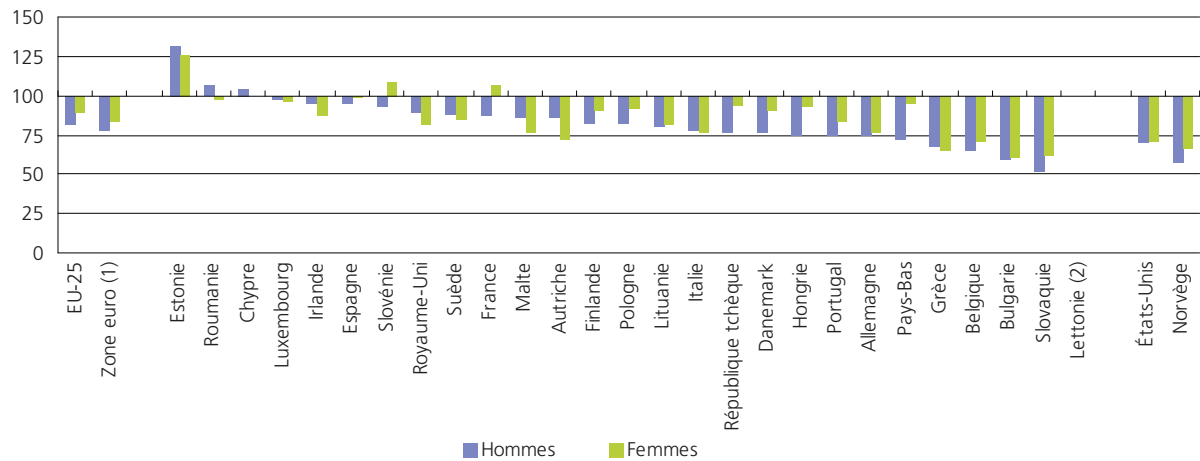
(1) ZE-12, estimation.

Source: Eurostat (tsiem0611)

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

**Figure 3.11: Incidence des accidents graves du travail, par sexe, 2004**

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



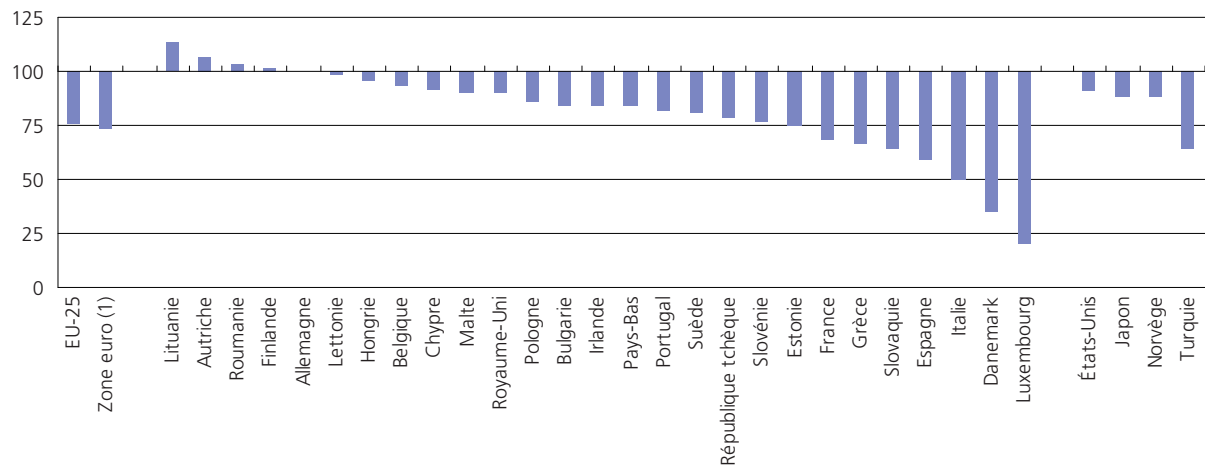
(1) ZE-12, estimation.

(2) Non disponible.

Source: Eurostat (tsiem0613)

**Figure 3.12: Incidence des accidents mortels du travail, 2004**

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



(1) ZE-12, estimation.

Source: Eurostat (tsiem0612)

### 3.5 LES CAUSES DE DÉCÈS ET LA MORTALITÉ INFANTILE

#### INTRODUCTION

Dans l'ensemble, l'UE assiste depuis environ un siècle à une réduction considérable de la mortalité, que ce soit en termes de mortalité infantile ou en raison du déclin des maladies infectieuses et dégénératives. Le cancer et les maladies cardiovasculaires sont actuellement de loin les plus importantes causes de décès chez les hommes et les femmes dans l'UE.

La mortalité au cours de la première année de vie a diminué considérablement dans l'ensemble des États membres, à tel point que les niveaux actuels figurent parmi les plus bas du monde. Des différences entre les taux persistent cependant suivant les groupes sociaux ou des régions géographiques.

#### DÉFINITIONS ET DISPONIBILITÉ DES DONNÉES

Le taux de mortalité infantile représente le ratio entre le nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an et le nombre de naissances vivantes au cours d'une année donnée; cette valeur est exprimée pour 1 000 naissances vivantes. Il est à noter que certains pays utilisent des définitions distinctes pour l'avortement spontané, le décès néonatal précoce et la mortinaissance (ou mise au monde d'un enfant mort-né).

Eurostat a commencé à rassembler et à diffuser des données sur la mortalité en 1994. Celles-ci sont disponibles de 1994 à 2006 et ventilées suivant:

- une liste restreinte de 65 causes de décès basée sur la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, développée et maintenue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS);
- le sexe;
- l'âge;
- la région géographique (NUTS niveau 2).

Les statistiques des causes de décès (COD) reposent sur des informations extraites de certificats médicaux, dont l'établissement est obligatoire dans tous les États membres. Elles s'appuient sur la cause initiale de décès, autrement dit, «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» (une définition adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé – AMS).

Les données annuelles sont fournies en chiffres absolus, en tant que taux bruts annuels de mortalité et taux de mortalité standardisé. Le taux brut de mortalité (TBM) constitue une moyenne pondérée des taux de mortalité par âge. Le facteur de pondération est la répartition par âge de la population pour laquelle la mortalité est observée. Les TBM sont donc influencés par la structure d'âge de la population. Le taux de mortalité standardisé (TMS) est le taux de mortalité d'une population présentant une répartition par âge standard. Comme la plupart des causes de décès varient notablement selon l'âge et le sexe des personnes, l'utilisation de taux de mortalité standardisés renforce la comparabilité dans le temps et entre les pays. Ces indicateurs visent à mesurer les taux de mortalité indépendamment des différentes structures d'âge dans les populations.

#### CONCLUSIONS PRINCIPALES

Les avancées réalisées dans le domaine des services de soins médicaux se reflètent dans la diminution du taux de mortalité infantile. Au cours des quarante dernières années, le taux de mortalité infantile de l'EU-25 a chuté de presque 28 décès pour 1000 naissances vivantes en 1965 à 4,6 décès en 2004. Parmi les États membres, on a constaté quelques baisses notables des taux de mortalité infantile: par exemple, en Grèce, en Italie (jusqu'en 2003), au Luxembourg et au Portugal, les taux de mortalité infantile ont été réduits de 90 % entre 1960 et 2005 et comptent parmi les taux de mortalité infantile les plus bas du monde. Les taux de mortalité infantile se sont en revanche stabilisés dans certains pays ces dernières années. Ce phénomène est en partie dû à des facteurs tels que le nombre croissant de femmes retardant le moment de la grossesse ou l'augmentation des naissances multiples en raison de l'utilisation plus répandue de traitements pour la fertilité.

En 2004, les plus importantes causes de décès chez les hommes et les femmes de l'EU-27 étaient le cancer (tumeur maligne) et les cardiopathies ischémiques. Cependant de grandes différences demeuraient entre les taux de mortalité standardisés des hommes et des femmes.

Les décès dus au cancer chez les hommes étaient de 241 pour 100 000, tandis qu'ils s'élevaient à 136 chez les femmes. Les taux de mortalité standardisés des cardiopathies ischémiques chez les hommes (à 138 pour 100 000) étaient deux fois supérieurs à ceux des femmes (71). Les hommes ont d'ailleurs enregistré des taux de mortalité standardisés plus élevés pour toutes les principales causes de décès, avec des taux quatre ou cinq fois plus élevés que ceux des femmes en ce qui concerne la toxicomanie et l'alcoolisme, et de trois à quatre fois plus élevés en ce qui concerne le SIDA (VIH), le suicide et les lésions auto-infligées.

**SOURCES****Ouvrages statistiques**

Statistiques de la santé – Atlas de la mortalité dans l'Union européenne

**Pocketbooks**

Health in Europe – Data 1998-2003

**Méthodologies et documents de travail**

Méthodologie relative au calcul des indicateurs démographiques d'Eurostat

**Données Internet****Santé publique**

Causes de décès

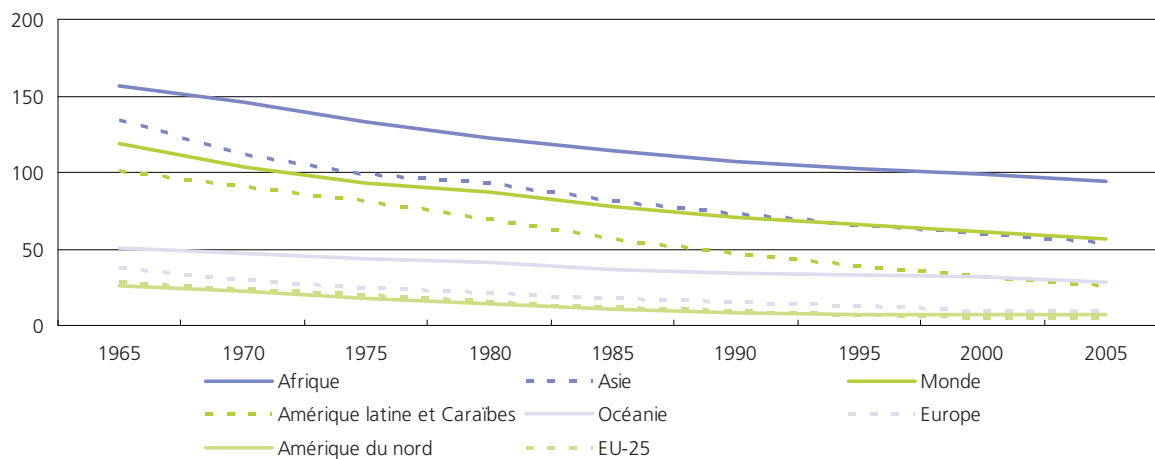
**Mortalité**

Mortalité infantile

Taux de mortalité infantile

**Figure 3.13: Mortalité infantile (1)**

(pour 1 000 naissances vivantes)



(1) Toutes les données (sauf pour l'EU-25) sont des moyennes calculées sur la période de cinq ans se terminant à l'année de référence mentionnée.

Source: Eurostat et Nations unies, département des affaires économiques et sociales, division de la population

Rapport entre le nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an au cours de l'année et le nombre de naissances vivantes au cours de la même année. Ce chiffre est exprimé pour 1 000 naissances vivantes.



Tableau 3.6: Mortalité infantile

(pour 1 000 naissances vivantes)

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
<b>EU-25 (1)</b>	:	27,8	23,9	19,7	14,8	11,9	9,2	6,7	5,2	4,6
<b>Zone euro (1, 2)</b>	35,9	28,4	23,7	18,8	12,7	9,6	7,6	5,6	4,5	4,1
<b>Belgique</b>	23,9	23,7	21,1	16,1	12,1	9,8	6,5	5,9	4,8	3,7
<b>Bulgarie</b>	45,1	30,8	27,3	23,0	20,2	15,4	14,8	14,8	13,3	10,4
<b>République tchèque</b>	20,0	23,7	20,2	19,4	16,9	12,5	10,8	7,7	4,1	3,4
<b>Danemark</b>	21,5	18,7	14,2	10,3	8,4	8,0	7,5	5,1	5,3	4,4
<b>Allemagne</b>	35,0	24,1	22,5	18,9	12,4	9,1	7,0	5,3	4,4	3,9
<b>Estonie</b>	31,1	20,3	17,6	18,1	17,1	14,1	12,3	14,9	8,4	5,4
<b>Irlande</b>	29,3	25,3	19,5	17,5	11,1	8,8	8,2	6,4	6,2	4,0
<b>Grèce</b>	40,1	34,3	29,6	24,0	17,9	14,1	9,7	8,1	5,9	3,8
<b>Espagne</b>	35,4	29,3	20,7	18,9	12,3	8,9	7,6	5,5	4,4	3,8
<b>France (1)</b>	:	:	:	:	:	:	:	:	4,5	4,0
<b>Italie (3)</b>	43,3	35,0	29,0	20,8	14,6	10,5	8,2	6,2	4,5	3,9
<b>Chypre</b>	:	32,0	26,0	18,3	14,4	14,3	12,9	9,7	5,6	4,0
<b>Lettonie</b>	26,9	18,9	17,8	20,3	15,4	13,0	13,7	18,8	10,4	7,8
<b>Lituanie</b>	38,0	24,7	19,3	19,6	14,5	14,2	10,2	12,5	8,6	6,8
<b>Luxembourg</b>	31,6	24,0	25,0	14,8	11,4	9,0	7,3	5,5	5,1	2,6
<b>Hongrie</b>	47,6	38,8	35,9	32,9	23,2	20,4	14,8	10,7	9,2	6,2
<b>Malte</b>	38,1	35,0	27,9	18,4	15,2	14,6	9,1	8,9	5,9	6,0
<b>Pays-Bas</b>	16,5	14,4	12,7	10,6	8,6	8,0	7,1	5,5	5,1	4,9
<b>Autriche</b>	37,5	28,3	25,9	20,5	14,3	11,2	7,8	5,4	4,8	4,2
<b>Pologne</b>	56,1	41,6	36,4	24,8	25,4	22,1	19,4	13,6	8,1	6,4
<b>Portugal</b>	77,5	64,9	55,5	38,9	24,2	17,8	11,0	7,5	5,5	3,5
<b>Roumanie</b>	75,8	44,1	49,4	34,7	29,3	25,6	26,9	21,2	18,6	15,0
<b>Slovénie</b>	35,1	29,6	24,6	17,2	15,3	13,1	8,3	5,5	4,9	4,1
<b>Slovaquie</b>	28,6	28,5	25,7	23,7	20,9	16,3	12,0	11,0	8,6	7,2
<b>Finlande</b>	21,0	17,6	13,2	9,6	7,6	6,3	5,6	3,9	3,8	3,0
<b>Suède</b>	16,6	13,3	11,0	8,6	6,9	6,8	6,0	4,1	3,4	2,4
<b>Royaume-Uni</b>	22,5	19,6	18,5	18,9	13,9	11,1	7,9	6,2	5,6	5,1
<b>Croatie</b>	70,4	49,5	34,2	23,0	20,6	16,6	10,7	8,9	7,4	5,7
<b>ARY de Macédoine</b>	:	:	:	:	:	:	:	22,7	11,8	12,8
<b>Turquie (1)</b>	:	:	:	:	:	:	:	:	:	24,6
<b>Islande</b>	13,1	15,1	13,3	12,5	7,8	5,6	5,8	6,1	3,0	2,3
<b>Liechtenstein</b>	20,0	22,5	12,5	6,7	7,5	10,0	0,0	:	:	2,6
<b>Norvège</b>	15,9	14,6	11,3	9,5	8,1	8,5	6,9	4,0	3,8	3,1
<b>Suisse</b>	21,1	17,9	15,1	10,7	9,1	6,9	6,8	5,0	4,9	4,2

(1) 2004 au lieu de 2005.

(2) ZE-12.

(3) 2003 au lieu de 2005..

Source: Eurostat (tps00027)

Tableau 3.7: Causes de décès - taux de mortalité standardisé, 2005

(pour 100 000 habitants)

	Cancer (1)	Cardio- pathie (2)	Maladies du système nerveux	Pneu- monie	Malad. chron. du foie	Diabète sucré	Acci- dents	Sui- cide (3)	Alcool- isme	Homi- cide, agres- sion	SIDA (VIH)	Toxico- manie
<b>EU-27 (4)</b>	180,2	100,4	16,3	16,1	14,6	13,9	27,6	11,3	2,8	1,2	1,1	0,6
<b>Belgique (5)</b>	205,3	81,4	22,4	20,5	11,7	11,1	30,8	19,5	1,9	1,7	:	0,7
<b>Bulgarie</b>	171,0	163,1	8,4	18,0	17,4	16,5	29,5	10,7	0,6	2,2	0,0	0,0
<b>République tchèque</b>	229,9	163,5	15,9	18,9	15,7	10,3	40,8	14,0	1,5	1,1	:	0,0
<b>Danemark (6)</b>	218,8	111,5	16,6	13,4	13,9	17,9	29,0	12,2	8,6	0,9	0,6	0,6
<b>Allemagne</b>	168,0	104,2	13,9	14,7	15,0	17,0	17,9	10,4	5,1	0,5	0,5	0,9
<b>Estonie</b>	196,9	264,2	16,3	11,3	21,7	12,2	77,7	18,7	13,5	8,8	2,4	0,1
<b>Irlande</b>	179,7	112,3	16,3	39,6	5,3	10,1	18,5	9,5	2,0	0,3	0,2	2,5
<b>Grèce</b>	160,3	77,8	7,4	4,4	5,0	6,1	27,7	3,1	0,2	0,9	0,2	0,0
<b>Espagne</b>	159,7	56,3	21,3	12,1	9,4	13,8	23,2	6,6	0,6	0,8	3,1	0,3
<b>France</b>	176,0	40,4	25,4	10,2	11,2	11,7	29,6	15,8	4,7	0,8	1,4	0,3
<b>Italie (7)</b>	175,3	72,4	14,3	8,3	12,7	17,0	26,1	6,0	0,3	0,9	1,5	0,7
<b>Chypre</b>	120,4	83,5	12,8	12,0	5,7	39,5	45,0	2,9	0,1	1,7	0,4	1,0
<b>Lettonie</b>	193,8	287,0	14,5	19,9	15,3	7,2	90,4	22,6	3,2	10,0	1,1	:
<b>Lituanie</b>	194,7	355,0	11,3	17,2	26,0	8,1	98,1	37,0	0,6	8,8	0,1	0,2
<b>Luxembourg</b>	162,2	67,1	22,8	14,0	11,3	7,6	29,0	9,9	4,5	1,5	0,2	0,4
<b>Hongrie</b>	237,4	261,3	13,4	6,6	44,5	25,5	41,8	23,2	4,9	1,8	0,1	0,0
<b>Malte</b>	145,3	149,5	18,1	14,7	6,4	22,1	19,9	4,2	0,4	0,5	0,3	:
<b>Pays-Bas</b>	189,5	59,5	15,9	23,1	4,4	16,6	15,8	9,0	1,2	1,1	0,5	0,1
<b>Autriche</b>	165,8	111,6	14,6	10,8	16,7	27,9	25,7	14,7	3,5	0,8	0,8	2,4
<b>Pologne</b>	211,3	114,2	11,2	20,3	15,0	12,2	38,9	15,0	4,0	1,4	0,3	0,0
<b>Portugal</b>	156,0	53,4	15,9	27,5	12,2	27,2	19,9	7,2	0,8	1,3	7,8	0,1
<b>Roumanie (8)</b>	177,7	229,0	8,2	29,0	46,5	8,2	45,1	12,8	4,4	3,8	1,2	:
<b>Slovenie</b>	196,8	79,9	8,7	26,8	21,9	18,6	32,0	22,0	3,7	1,1	0,1	0,0
<b>Slovaquie</b>	210,1	272,3	12,2	32,9	24,9	12,4	37,7	12,0	:	1,6	:	:
<b>Finlande (4)</b>	143,8	145,4	30,9	19,8	16,0	7,4	47,5	19,3	4,0	2,4	0,2	0,6
<b>Suède (4)</b>	155,7	104,7	17,4	11,2	5,4	12,1	27,1	11,8	4,1	1,1	0,2	0,5
<b>Royaume-Uni</b>	181,5	107,3	18,9	33,0	10,9	7,0	16,8	6,4	1,6	0,4	0,4	1,8
<b>Croatie</b>	212,6	167,9	10,7	27,3	22,4	17,0	37,1	17,0	3,7	1,3	0,1	1,3
<b>ARY de Macédoine</b>	160,3	104,9	6,2	5,4	6,0	35,8	20,3	7,1	1,8	2,5	:	0,1
<b>Islande</b>	159,3	92,3	36,0	14,5	4,0	5,6	19,9	11,5	1,2	1,0	:	0,3
<b>Norvège</b>	166,6	79,1	18,5	21,2	3,3	10,7	29,3	11,3	3,3	0,6	0,5	0,6
<b>Suisse</b>	146,1	72,4	21,8	11,3	7,0	11,3	19,2	15,0	2,4	0,9	0,9	3,0

(1) Tumeurs malignes.

(2) Cardiopathies ischémiques.

(3) Suicide et lésions auto-infligées.

(4) 2004.

(5) 1997.

(6) 2001.

(7) 2002.

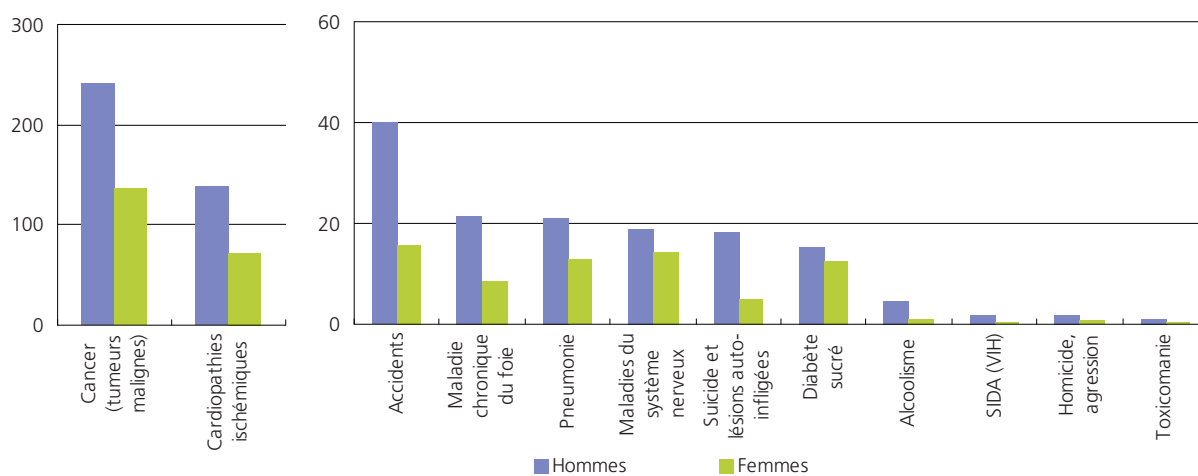
(8) 2003.

Source: Eurostat (tps00116, tps00119, tps00134, tps00128, tps00131, tps00137, tps00125, tps00122, tps00140, tps00146, tps00143 et tps00149)

Taux de mortalité d'une population présentant une répartition standard par âge. Comme la plupart des causes de décès varient notablement selon l'âge et le sexe des personnes, l'utilisation de taux de mortalité standardisés renforce la comparabilité entre périodes et entre pays, car ces taux visent à mesurer la fréquence des décès indépendamment des différences dans la pyramide des âges des populations. La population de référence utilisée est la «population standard européenne» telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Des statistiques détaillées, ventilées selon 65 causes de décès, sont disponibles dans la base de données.

**Figure 3.14: Causes de décès - taux de mortalité standardisé dans l'EU-27, 2004 (1)**

(pour 100 000 habitants)

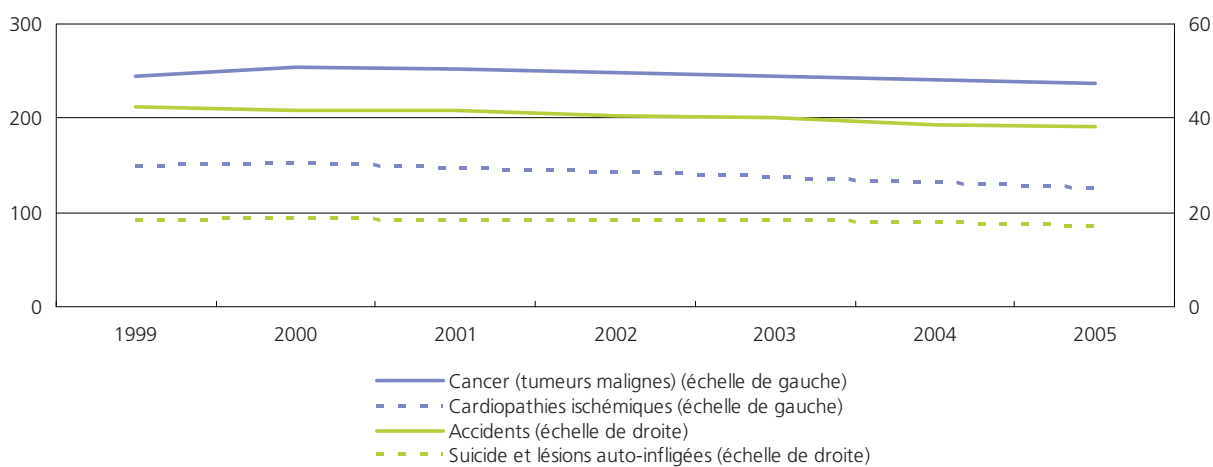


(1) Il convient de noter que des échelles différentes sont utilisées pour les deux parties du graphique.

Source: Eurostat (tps00116, tps00119, tps00125, tps00131, tps00128, tps00134, tps00122, tps00137, tps00140, tps00143, tps00146 et tps00149)

**Figure 3.15: Causes de décès chez les hommes - taux de mortalité standardisé dans l'EU-25**

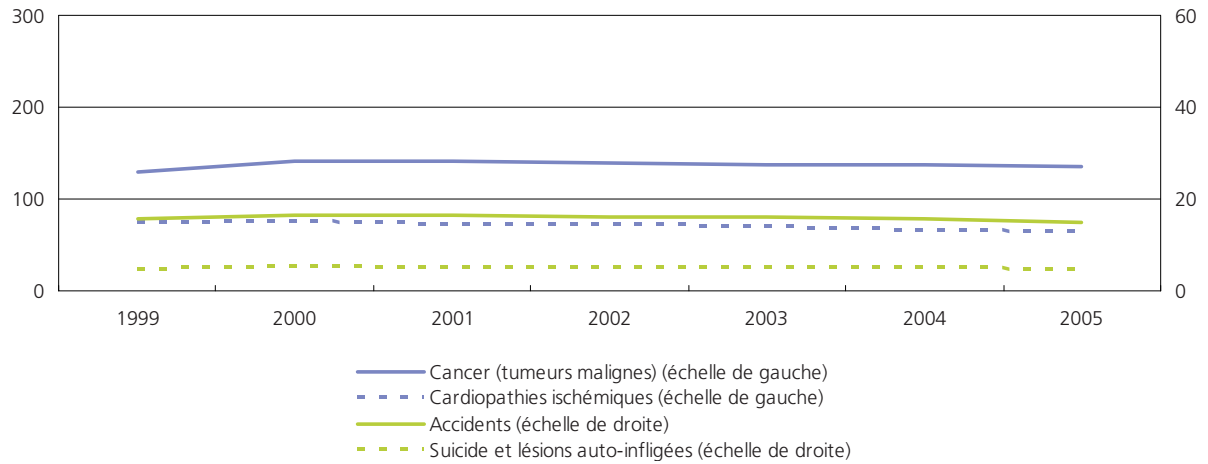
(pour 100 000 habitants)



Source: Eurostat (tps00116, tps00119, tps00122 et tps00125)

**Figure 3.16: Causes de décès chez les femmes - taux de mortalité standardisé dans l'EU-25**

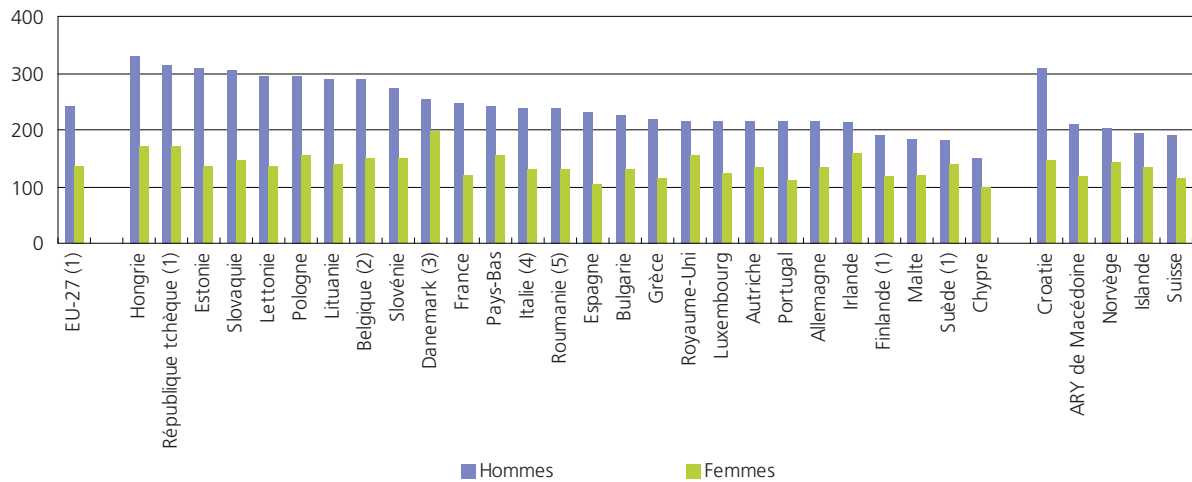
(pour 100 000 habitants)



Source: Eurostat (tps00116, tps00119, tps00122 et tps00125)

**Figure 3.17: Décès dus au cancer (tumeurs malignes) - taux de mortalité standardisé, 2005**

(pour 100 000 habitants)



(1) 2004.

(2) 1997.

(3) 2001.

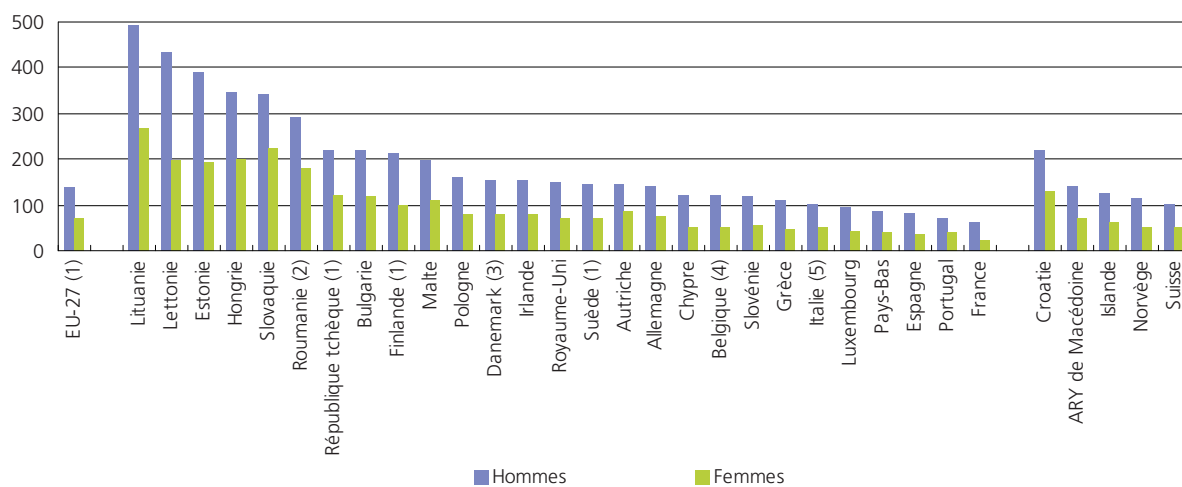
(4) 2002.

(5) 2003.

Source: Eurostat (tps00116)

**Figure 3.18: Décès dus aux cardiopathies ischémiques - taux de mortalité standardisé, 2005**

(pour 100 000 habitants)

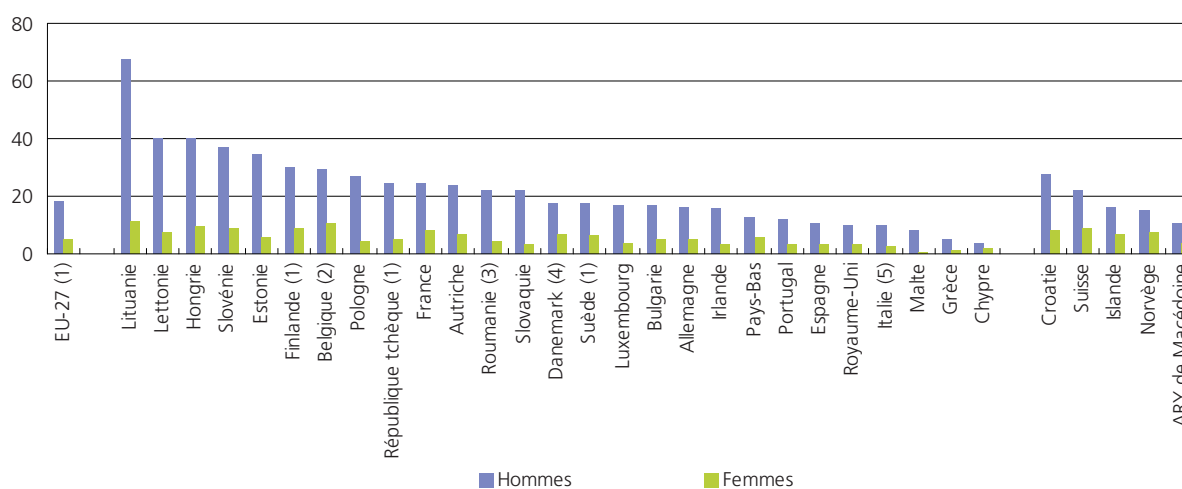


- (1) 2004.  
 (2) 2003.  
 (3) 2001.  
 (4) 1997.  
 (5) 2002.

Source: Eurostat (tps00119)

**Figure 3.19: Décès par suicide - taux de mortalité standardisé, 2005**

(pour 100 000 habitants)

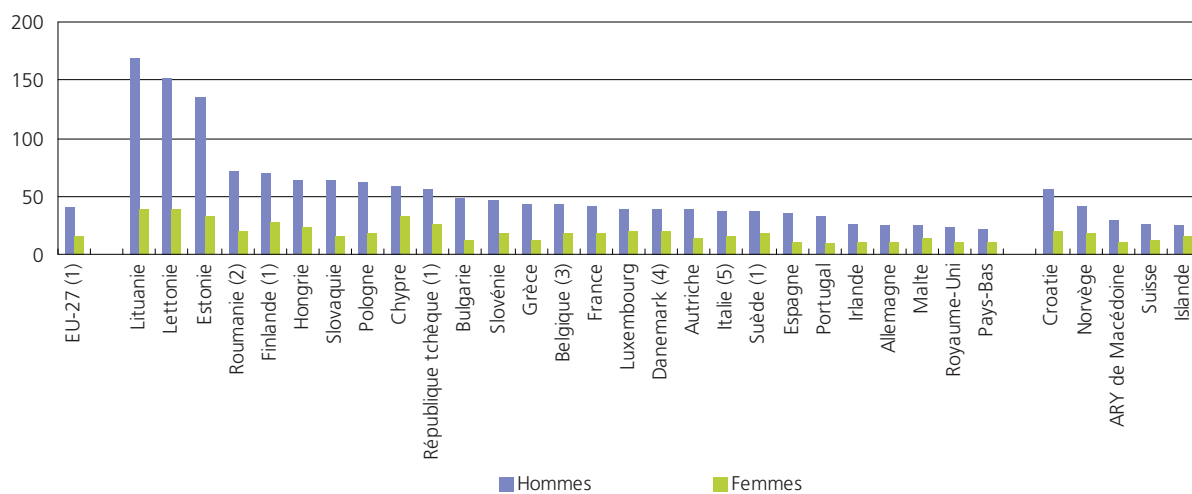


- (1) 2004.  
 (2) 1997.  
 (3) 2003.  
 (4) 2001.  
 (5) 2002.

Source: Eurostat (tps00122)

Figure 3.20: Décès dus aux accidents - taux de mortalité standardisé, 2005

(pour 100 000 habitants)



(1) 2004.

(2) 2003.

(3) 1997.

(4) 2001.

(5) 2002.

Source: Eurostat (tps00125)