



La santé

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 concernent de nombreux thèmes, notamment la protection des consommateurs (questions de sécurité alimentaire), la sécurité au travail ou encore les politiques environnementales ou sociales. Elles ont donc un impact considérable sur la stratégie révisée de Lisbonne. La grande majorité des domaines politiques que nous couvrons dans ce chapitre relèvent de la compétence de la direction générale de la santé et des consommateurs.

Cependant, la responsabilité de l'organisation et de la fourniture de services de santé et de soins médicaux incombe en grande partie aux États membres, tandis qu'il appartient 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 premier programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique⁽¹⁾ pour la période 2003-2008 reposait sur trois axes principaux, à savoir:

- 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 considération des facteurs déterminants pour la santé dans toutes les politiques et activités.

(1) 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 du 9.10.2002, p. 1; http://europa.eu/eur-lex/pri/fr/obj/dat/2002/l_271/l_27120021009fr00010011.pdf.



Le 23 octobre 2007, la Commission européenne a adopté une nouvelle stratégie, «Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013»⁽²⁾. Dans le but d'apporter les modifications escomptées dans ce secteur telles que présentées dans la nouvelle stratégie, le deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé⁽³⁾ est entré en vigueur le 1er janvier 2008. Ce programme met en place un cadre stratégique global pour les actions entreprises à l'échelle de l'UE pour les années à venir et porte sur le travail mené non seulement dans le secteur de la santé, mais aussi dans tous les domaines politiques. La nouvelle stratégie s'appuie sur quatre principes fondamentaux et trois thèmes stratégiques pour améliorer la santé dans l'Union européenne. Ces principes consistent à adopter une approche fondée sur des valeurs partagées, à reconnaître que la santé et la prospérité économique sont liées, à intégrer la santé dans toutes les politiques et à renforcer la voix de l'Union européenne dans ce domaine sur la scène mondiale. Les thèmes stratégiques consistent à favoriser la santé dans une Europe vieillissante, à protéger les citoyens des menaces pour la santé et à favoriser les systèmes de santé dynamiques et les nouvelles technologies. Le programme est évalué à 321,5 millions d'euros et sera mis en œuvre au moyen de plans de travail annuels qui définiront les domaines prioritaires et les critères de financement.

5.1 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

(2) http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_fr.pdf.

(3) Décision n° 1350/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2007 établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013), JO L 301 du 20.11.2007, p. 3; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:FR:PDF>.



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. L'accroissement du nombre d'AVBS est l'un des buts principaux de la politique de santé européenne, étant donné que cela conduira 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 que cela permettrait également de réduire le niveau des 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. Néanmoins, toute dégradation de la santé aura des effets secondaires importants. Il en résultera une modification du schéma d'allocation de ressources à l'intérieur du système de soins de santé, ainsi que des effets plus étendus sur la consommation et la production dans l'ensemble de l'économie.

Définitions et disponibilité des données

L'indicateur structurel «**années de vie en bonne santé**» (AVBS) également appelé «**espérance de vie sans incapacité**», (EVS) 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. Cet indicateur est calculé séparément pour les hommes et pour les femmes.

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 question EU-SILC posée (de manière différente dans les Etats Membres) 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?

L'**espérance de vie à la naissance** est définie comme le nombre moyen d'années de vie pour une personne à la naissance si elle reste sujette pour le reste de sa vie aux conditions actuelles de mortalité.

Conclusions principales

Avec l'allongement de l'espérance de vie, l'attention politique s'est tournée vers les années de vie en bonne santé (AVBS). Un moyen d'étudier la santé relative de la population européenne consiste à mesurer le rapport entre les années de vie en bonne santé et l'espérance de vie totale, en d'autres termes quelle proportion de la vie de chaque individu est vécue sans maladie ou invalidité. Les hommes ont le plus de probabilité de passer la plus grande partie de leur vie sans incapacité. Les femmes peuvent 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. En effet, les hommes connaissent systématiquement une plus grande proportion d'années de vie en bonne santé dans l'espérance de vie totale par rapport aux taux relevés pour les femmes, la différence étant de 8 points de pourcentage, voire davantage, au Portugal, en Lituanie et en Lettonie.

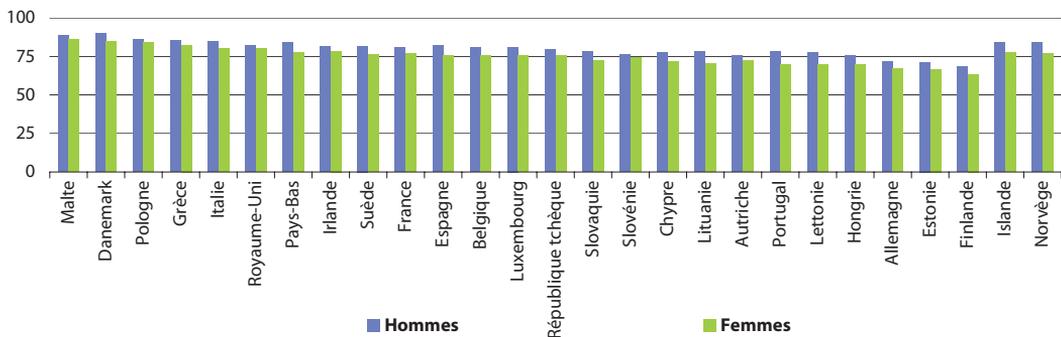


L'indicateur AVBS est calculé à deux âges: à la naissance et à 65 ans. En ce qui concerne les personnes à l'âge de la retraite, les chiffres relevés pour l'Estonie, le Luxembourg, la Hongrie, l'Autriche et l'Islande sont presque identiques pour les hommes et pour les femmes s'agissant des années supplémentaires de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans. Les plus

grandes différences entre les sexes ont été enregistrées en Pologne et à Chypre. En Pologne, les femmes de 65 ans peuvent espérer vivre 1,8 année de vie en bonne santé de plus que les hommes, tandis qu'à Chypre c'est l'inverse qui a été constaté, les hommes pouvant espérer vivre 1,9 année supplémentaire de vie en bonne santé par rapport aux femmes.

Figure 5.1: Années de vie en bonne santé à la naissance, 2005 (1)

(en % de l'espérance de vie totale)

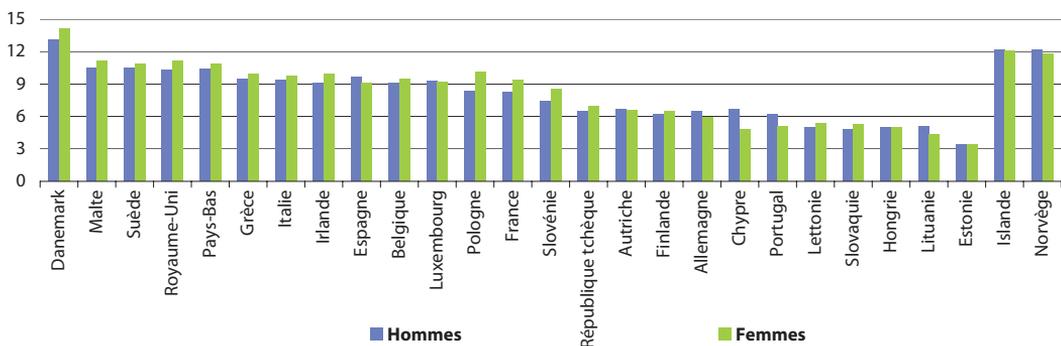


(1) Valeurs provisoires; Italie: espérance de vie en 2004; Bulgarie et Roumanie: non disponible; les valeurs sont classées selon la moyenne hommes/femmes.

Source: Eurostat (tsdph100 et tps00025)

Figure 5.2: Années de vie en bonne santé à 65 ans, 2005 (1)

(en nombre d'années)



(1) Valeurs provisoires; Bulgarie et Roumanie: non disponible; les valeurs sont classées selon la moyenne hommes/femmes.

Source: Eurostat (tsdph220)

5.2 Les problèmes de santé

Introduction

Selon la direction générale de la santé et des consommateurs⁽⁴⁾, 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.

Dans l'UE, six des sept principaux facteurs de risque de mort prématurée (pression sanguine, cholestérol, indice de masse corporelle, consommation insuffisante de fruits et légumes, manque

d'activité physique, consommation excessive d'alcool) concernent la façon dont nous mangeons, buvons et nous dépensons (la seule exception étant le tabac). Un régime équilibré et la pratique d'une activité physique régulière, dans une vie où le tabac et la consommation excessive d'alcool n'ont pas leur place, sont dès lors des facteurs importants de promotion et de conservation d'une bonne santé.

Néanmoins, 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 de la santé et 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.

(4) http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_fr.htm.



La surcharge pondérale et l'obésité progressent à un rythme alarmant en Europe, surtout chez les enfants. L'obésité constitue un grave problème de santé publique parce qu'elle augmente de manière significative le risque de contracter des maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2 et certains cancers. C'est souvent durant les premières années de la vie que sont adoptés les modes de vie, y compris les régimes, habitudes alimentaires et niveaux d'activité (ou d'inactivité) physique. Par conséquent, l'obésité de l'enfant conduit souvent à une obésité de l'adulte. Il n'est toutefois pas facile de maintenir un « poids normal »: on trouve des denrées alimentaires hautement énergétiques en abondance, alors que les besoins et opportunités de s'adonner à une activité physique, aussi bien au travail que durant les loisirs, s'amenuisent.

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.

De nombreux indicateurs liés à la santé sont exprimés en pourcentage de différentes 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 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.

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;
- ≥ 25 et < 30: surcharge pondérale;
- ≥ 30 : obésité.

Il convient de noter que l'IMC n'est pas calculé pour les enfants et que les chiffres pour l'Allemagne et le Royaume-Uni correspondent à des vraies mesures de la taille et le poids; par contre, pour les autres pays la personne lui-même fournit son poids et sa taille (sans contrôle).

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, 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. 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 la moyenne correspondante pour les femmes tous âges confondus. C'était notamment le cas au Royaume-Uni, en Espagne, en Irlande et en Allemagne.

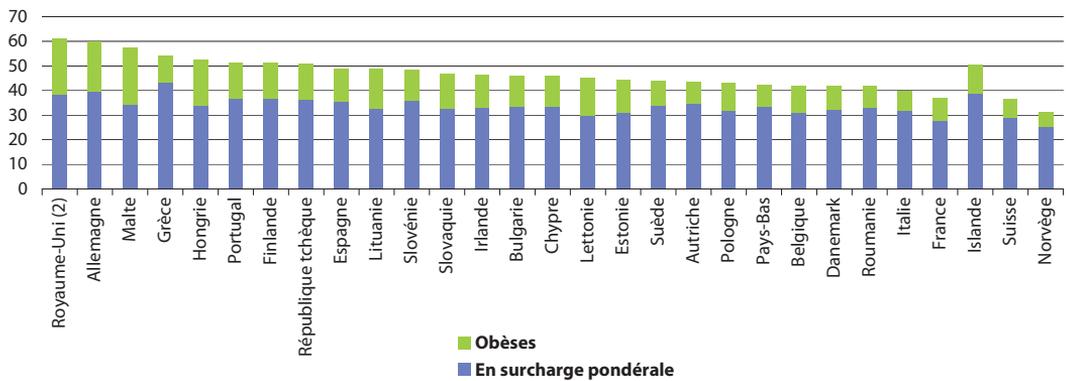
L'enquête EU-SILC (statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie) fournit notamment des informations concernant les difficultés rencontrées par les Européens dans leur vie quotidienne et leur besoin éventuel d'assistance. Notons que ces informations correspondent à la perception qu'ont les personnes et qu'elles ne constituent pas une mesure spécifique des degrés d'incapacité. Dans l'EU-25, quelque 6,9 % des hommes et 8,7 % des femmes (âgés de 15 ans ou plus) ont répondu qu'ils étaient fortement limités dans leurs activités normales en raison de problèmes de santé connus au moins au cours des six mois précédant l'enquête (réalisée en 2006).

Dans tous les États membres, la proportion de femmes fortement limitées dans leurs activités quotidiennes en raison de problèmes de santé était plus élevée que la part correspondante pour les hommes (à l'exception de l'Irlande, où la part des hommes était supérieure de 0,1 point à celle des femmes). Cette différence entre les sexes atteignait presque 4 points de pourcentage au Portugal, où 13,4 % des femmes s'estimaient fortement limitées, et dépassait 3 points de pourcentage en Slovaquie, en Finlande, en Lituanie et en Lettonie; dans chacun de ces pays, la proportion de femmes fortement limitées dans leurs activités quotidiennes en raison de problèmes de santé dépassait 10 % de la population féminine.



Figure 5.3: Personnes en surcharge pondérale, 2003 (1)

(en % de la population totale)



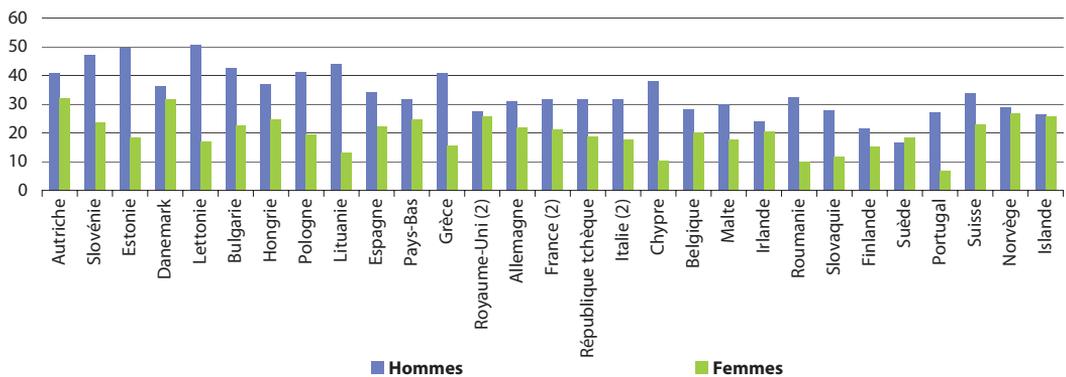
(1) (1) Données nationales issues d'une enquête par interview sur la santé, 1996-2003 en fonction du pays; pour l'Allemagne et le Royaume-Uni les chiffres correspondent à des vraies mesures de la taille et le poids, par contre, pour les autres pays la personne fournit son poids et sa taille (sans contrôle); Luxembourg: non disponible.

(2) Uniquement l'Angleterre.

Source: Eurostat (hlth_ls_bmia)

Figure 5.4: 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; Luxembourg: non disponible; les valeurs sont classées selon la moyenne hommes/femmes.

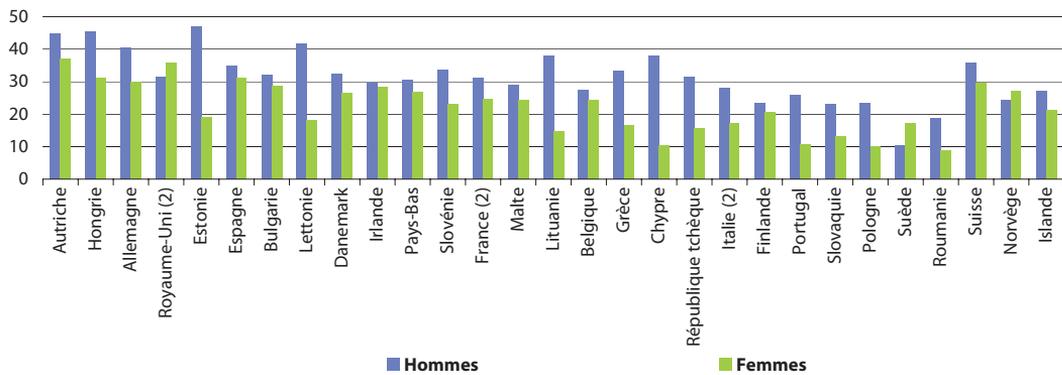
(2) Aucune distinction entre la consommation régulière et la consommation occasionnelle de tabac.

Source: Eurostat (tps00169)



Figure 5.5: Fumeurs réguliers chez les 15-24 ans, 2003 (1)

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



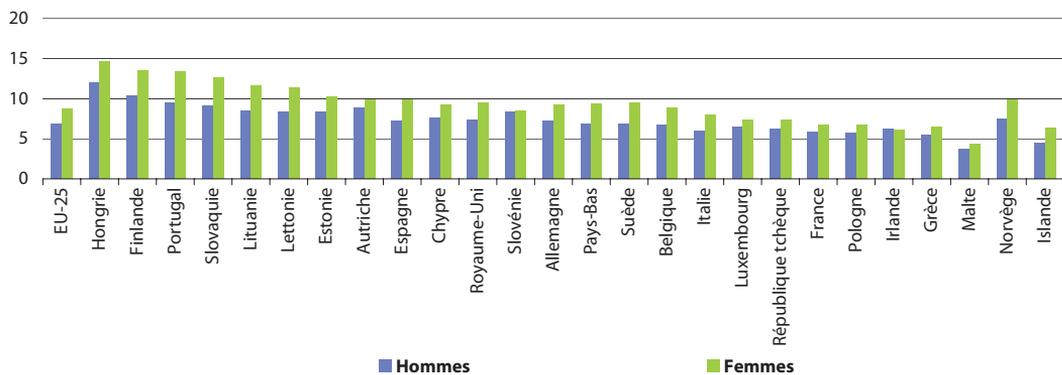
(1) Données nationales issues d'une enquête par interview sur la santé, 1996-2003 en fonction du pays; Luxembourg: non disponible; les valeurs sont classées selon la moyenne hommes/femmes.

(2) Aucune distinction entre la consommation régulière et la consommation occasionnelle de tabac.

Source: Eurostat (tps00170)

Figure 5.6: Personnes fortement limitées dans leurs activités normales en raison de problèmes de santé au cours des 6 derniers mois, 2006 (1)

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



(1) Bulgarie, Danemark et Roumanie: non disponible; les valeurs sont classées selon la moyenne hommes/femmes.

Source: Eurostat (hlth_silc_06)



5.3 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. En effet, les systèmes de santé et les politiques sanitaires des différents États membres de l'UE sont de plus en plus liés. Parmi les raisons de cette évolution, il faut citer entre autres la mobilité des patients et des professionnels entre les différents pays, mais aussi les attentes communes des populations dans toute l'Europe en matière de soins de santé ou encore la diffusion plus rapide des nouvelles pratiques et techniques médicales. Le 2 juillet 2008, dans le cadre de son agenda social renouvelé,



la Commission européenne a adopté un projet de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers⁽⁵⁾.

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(s) traitement(s) qu'ils reçoivent. Les données sur les soins de santé sont dans une large mesure basées sur des sources administratives. 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 **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.

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. À titre

indicatif, les médecins peuvent être comptés comme «habilités à exercer», «économiquement actifs» ou «exerçant leur fonction». Les valeurs pour deux ou plus de ces concepts sont disponibles dans la majorité des États membres. Cependant, le concept privilégié est celui de «**médecin praticien**», défini comme tout médecin qui reçoit des patients à l'hôpital, dans un cabinet ou ailleurs. Le rôle des médecins praticiens consiste à procéder à des examens médicaux et à poser des diagnostics, à prescrire des médicaments et à traiter les maladies, troubles ou lésions diagnostiqués, à proposer un traitement médical ou chirurgical spécialisé pour certains types de maladies, troubles ou lésions, à prodiguer des conseils en matière de méthodes et de traitements préventifs et à en suivre l'application.

Le **nombre de lits d'hôpital** fournit des informations sur les capacités de soins de santé, c'est-à-dire sur le nombre maximal de patients pouvant être soignés dans les hôpitaux. Les lits d'hôpital sont les lits qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel et immédiatement disponibles pour les soins des patients admis. Sont inclus les lits occupés et inoccupés présents dans tous les hôpitaux, à savoir les hôpitaux généraux, les établissements psychiatriques et pour toxicomanes et les hôpitaux spécialisés dans d'autres domaines. Sont exclus des statistiques les tables d'opération, les chariots, les civières, les lits pour soins ambulatoires, les lits pour bébés en bonne santé, les lits situés dans des unités qui ont été fermées pour une raison quelconque, les lits provisoires ou temporaires et les lits situés dans les unités de soins infirmiers ou résidentiels. Sont inclus les lits mis à disposition des patients qui ont été officiellement admis (ou hospitalisés) dans un établissement pour y être traités et/ou soignés et qui

(5) http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_fr.pdf.



passent au minimum une nuit dans l'hôpital ou dans un autre établissement de soins non ambulatoires. 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.

Les indicateurs relatifs aux résultats portent essentiellement sur les patients hospitalisés et couvrent 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 définie comme 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 et d'exclure les transferts vers un autre service au sein du même établissement.

Conclusions principales

Le nombre le plus élevé de médecins pour 100 000 habitants a été enregistré en Grèce (avec près de 500 médecins professionnellement actifs en 2005), suivie de la Belgique (405 médecins praticiens en 2007) et de l'Autriche (376 médecins praticiens en 2007); notons les différences de méthodologie entre les différents types de médecins enregistrés dans chaque pays.

En 2005, l'EU-27 comptait en moyenne 590 lits d'hôpital pour 100 000 habitants, contre 695 lits en 1997 (soit une diminution totale de 15 %); l'Autriche est le seul État membre à avoir enregistré une hausse du nombre de lits d'hôpital : 24,6 lits de plus pour 100 000 habitants entre 1996 et 2005. Une ventilation plus détaillée montre que la diminution du nombre de lits concernait différentes catégories: en 2005, l'EU-27 comptait en moyenne 406,3 lits de soins curatifs pour 100 000 habitants et 60,4 lits dans les hôpitaux psychiatriques pour 100 000 habitants; par rapport à 1997, ces valeurs représentent une diminution totale de respectivement 16,6 et 22,6 %.

La baisse générale du nombre de lits d'hôpital 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. Néanmoins, le résultat obtenu pour tous les systèmes de santé publics, mesuré sur la base du nombre de sorties de patients hospitalisés, aura tendance (du moins dans une certaine



mesure) à refléter le nombre de médecins et de lits d'hôpital disponibles. En 2006, la proportion la plus élevée de sorties a été enregistrée en Autriche (plus de 27 000 sorties pour 100 000 habitants), ce qui représentait presque 25 % de plus par rapport au deuxième nombre le plus élevé (21 866 sorties en Lituanie). À l'inverse, le nombre de sorties de patients hospitalisés était relativement faible à Malte (2 004) et à Chypre (moins de 7 000 sorties pour 100 000 habitants).

En 2006, les personnes atteintes de maladies de l'appareil circulatoire représentaient le plus de sorties dans la grande majorité des pays pour lesquels des données sont disponibles, souvent plus de 3 000 sorties pour 100 000 habitants. En Bulgarie (2005) et en Roumanie (2005), les sorties concernaient le plus souvent les maladies de l'appareil respiratoire. En Irlande, en Espagne (2005) et à Malte (2005), le nombre de sorties était le plus élevé pour les accouchements, tandis

qu'à Chypre, c'était pour des cas de lésion ou d'intoxication. L'Irlande, l'Espagne, Chypre et Malte ont enregistré des niveaux relativement peu élevés de sorties, ce qui peut en partie s'expliquer par le nombre de patients qui se rendent à l'étranger pour y recevoir un traitement spécialisé.

La durée moyenne du séjour en hôpital était généralement la plus longue pour les patients atteints d'un cancer ou de troubles de l'appareil circulatoire. En moyenne, le temps passé dans un hôpital dépend de l'efficacité de cet hôpital et du type de traitement disponible. La France, Chypre, Malte et la Pologne ont enregistré les durées moyennes de séjour en hôpital les plus courtes. À l'inverse, certains des séjours moyens les plus longs ont été enregistrés en Finlande, en République tchèque, en Allemagne et en Lituanie, pays qui se caractérisent par une durée de séjour moyen assez longue pour les maladies de l'appareil circulatoire.

**Tableau 5.1:** Indicateurs en matière de soins de santé

(pour 100 000 habitants)

	Médecins praticiens (1)		Lits d'hôpital		Sorties de patients hospitalisés (sauf nouveau- nés en bonne santé)	
	1996	2006 (2)	1996 (3)	2006 (4)	2001	2006 (5)
EU-27	:	:	694,8	590,4	:	:
Belgique	360,3	404,7	798,3	672,3	16 162	16 084
Bulgarie	354,8	366,1	1 049,6	621,4	:	20 217
République tchèque	298,6	355,7	886,9	817,0	:	20 799
Danemark	252,3	308,4	459,8	:	16 326	:
Allemagne	310,8	345,5	957,8	829,1	20 060	21 481
Estonie	317,0	328,9	795,5	565,3	:	:
Irlande	208,5	282,4	673,7	524,7	14 025	13 656
Grèce	386,3	499,4	517,3	473,8	:	:
Espagne	290,2	368,3	389,1	334,1	10 904	10 780
France	324,4	338,2	853,8	707,5	17 937	16 445
Italie	409,9	366,6	655,0	395,2	:	:
Chypre	246,9	250,4	498,7	373,7	7 031	6 536
Lettonie	282,1	286,1	1 038,3	755,4	:	19 970
Lituanie	373,2	364,8	1 092,0	801,0	23 454	21 866
Luxembourg	212,6	327,7	1 079,9	:	18 172	17 242
Hongrie	304,3	303,7	903,0	792,1	:	:
Malte	:	332,8	576,8	237,8	:	6 871
Pays-Bas	189,9	:	522,2	438,2	:	10 135
Autriche	280,6	375,7	746,3	770,9	:	27 119
Pologne	235,1	218,0	766,3	647,5	:	17 955
Portugal	262,3	267,8	399,3	365,1	:	9 127
Roumanie	:	215,8	757,0	658,6	:	:
Slovénie	:	235,8	566,6	477,5	:	16 045
Slovaquie	257,1	315,9	832,7	671,4	20 534	19 124
Finlande	213,7	244,5	803,0	695,6	:	19 620
Suède	289,0	356,6	559,8	287,7	14 997	:
Royaume-Uni	:	235,6	433,4	388,7	:	:
Croatie	219,9	:	618,5	545,0	12 268	13 307
ARY de Macédoine	226,4	245,2	523,0	470,2	:	:
Turquie	:	:	248,5	241,2	:	:
Islande	310,9	364,0	:	:	16 789	16 084
Norvège	283,1	377,7	400,6	402,7	15 999	17 424
Suisse	180,0	:	665,9	555,6	:	15 656

(1) Grèce, France, Italie et ancienne République yougoslave de Macédoine: médecins professionnellement actifs; Irlande et Malte: médecins habilités à exercer.

(2) Belgique, Espagne, Lettonie, Malte et Autriche: 2007; Danemark, Grèce, Finlande, Royaume-Uni et ancienne République yougoslave de Macédoine: 2005; Luxembourg et Portugal: 2004.

(3) EU-27, Danemark et Royaume-Uni: 1997.

(4) France, Lettonie et Malte: 2007; EU-27, Grèce, Autriche, Royaume-Uni, Croatie, ancienne République yougoslave de Macédoine et Suisse: 2005; Portugal et Turquie: 2004.

(5) Belgique, Bulgarie, Espagne, Lettonie, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Slovaquie, Croatie, Islande, Norvège et Suisse: 2005; Malte: 2004.

Source: Eurostat (tps00044, hlth_rs_prs, tps00046 et hlth_co_disch2)

**Tableau 5.2:** Lits d'hôpital

(pour 100 000 habitants)

	Lits d'hôpital en soins curatifs			Lits dans les hôpitaux psychiatriques		
	1996 (1)	2001 (2)	2006 (3)	1996 (1)	2001 (2)	2006 (4)
EU-27	487,2	450,7	406,3	78,0	66,0	60,4
Belgique	503,3	472,6	441,1	257,9	252,8	182,8
Bulgarie	:	583,1	469,0	88,0	71,1	67,1
République tchèque	728,7	609,6	568,6	100,2	99,3	94,9
Danemark	380,2	349,5	327,8	79,6	75,1	:
Allemagne	744,5	680,3	634,9	:	:	:
Estonie	638,8	528,1	382,2	100,5	70,6	55,3
Irlande	306,3	281,1	279,8	168,8	126,9	90,3
Grèce	389,7	387,3	:	107,1	93,5	86,9
Espagne	303,9	287,2	259,9	58,5	51,0	46,2
France	460,8	416,0	372,1	123,6	104,5	91,2
Italie	552,6	407,0	331,7	54,9	14,4	13,1
Chypre	366,4	370,4	349,1	87,8	38,1	26,9
Lettonie	903,9	609,0	531,8	177,0	153,0	136,7
Lituanie	871,4	625,0	529,9	134,0	122,6	102,6
Luxembourg	618,8	572,2	549,4	128,0	83,8	:
Hongrie	627,3	563,7	552,0	105,3	42,4	38,3
Malte	387,7	372,7	280,4	47,8	41,4	51,6
Pays-Bas	331,7	306,5	287,6	172,2	155,9	130,8
Autriche	665,4	628,7	606,6	75,2	53,2	61,7
Pologne	576,4	509,9	463,2	83,5	73,3	68,0
Portugal	:	:	:	:	:	:
Roumanie	569,2	551,5	456,3	88,8	83,9	79,7
Slovénie	475,4	446,1	388,2	80,3	75,2	71,4
Slovaquie	620,5	566,5	501,1	90,6	93,0	83,8
Finlande	295,8	241,2	223,7	120,5	101,1	92,1
Suède	304,5	245,2	:	82,3	58,6	49,1
Royaume-Uni	321,0	315,0	309,7	103,0	85,9	73,7
Croatie	390,0	378,1	340,2	106,6	102,7	94,4
ARY de Macédoine	354,2	329,8	312,6	75,6	68,2	60,7
Turquie	190,6	218,0	231,1	12,8	12,5	12,1
Islande	375,7	:	:	:	:	:
Norvège	334,2	311,4	292,4	71,2	72,9	102,3
Suisse	551,4	412,3	365,9	128,8	113,2	106,1

(1) EU-27, Danemark, Malte et Royaume-Uni: 1997.

(2) Hongrie et Suède: rupture dans la série.

(3) France, Lettonie et Malte: 2007; EU-27, Grèce, Autriche, Royaume-Uni, Croatie, ancienne République yougoslave de Macédoine et Suisse: 2005; Luxembourg et Turquie: 2004.

(4) France, Lettonie et Malte: 2007; EU-27, Grèce, Autriche, Royaume-Uni, Croatie, ancienne République yougoslave de Macédoine et Suisse: 2005; Turquie: 2004.

Source: Eurostat (tps00168 et tps00047)



Tableau 5.3: Sorties d'hôpital par diagnostic (ISHMT — Liste résumée internationale pour la mise en tableaux de la morbidité hospitalière), 2006

(pour 100 000 habitants)

	Tumeurs (cancers)	Maladies de l'appareil circulatoire	Maladies de l'appareil respiratoire	Maladies de l'appareil digestif	Grossesse, accouche- ment et puerpéralité	Lésion, intoxication et autres conséquences de causes extérieures
Belgique (1)	1 243,6	2 135,3	1 440,6	1 698,0	1 361,8	1 633,9
Bulgarie (1)	1 715,0	3 002,9	3 180,3	1 636,5	1 948,8	1 317,1
République tchèque	1 760,7	3 225,3	1 367,5	1 837,7	1 520,3	1 730,8
Danemark	:	:	:	:	:	:
Allemagne	2 359,9	3 322,2	1 322,6	2 077,5	1 071,0	2 127,8
Estonie (1)	1 571,8	3 243,1	2 024,7	1 624,4	1 832,3	1 191,0
Irlande	860,6	1 234,3	1 399,1	1 238,8	2 482,7	1 347,2
Grèce	:	:	:	:	:	:
Espagne (1)	916,1	1 338,9	1 146,7	1 270,4	1 386,3	898,3
France (1)	1 277,0	1 972,7	1 005,3	1 696,7	1 566,6	1 460,7
Italie (2)	1 330,5	2 480,7	1 144,3	1 461,5	1 336,1	1 323,5
Chypre	411,8	721,0	656,0	689,7	405,0	842,8
Lettonie (1)	1 799,7	3 538,9	2 221,7	1 831,8	1 619,2	2 243,1
Lituanie	1 664,4	4 441,5	2 063,8	1 852,3	1 636,1	1 963,9
Luxembourg (1)	1 743,7	2 275,1	1 436,2	1 664,5	1 329,9	1 262,8
Hongrie	:	:	:	:	:	:
Malte (2)	183,4	694,3	540,8	591,9	971,7	580,2
Pays-Bas (1)	997,4	1 527,5	731,2	915,8	857,5	848,3
Autriche	2 809,2	3 720,3	1 685,7	2 502,8	1 331,9	2 909,3
Pologne (1)	1 908,4	3 024,1	1 557,4	1 765,5	1 577,4	1 615,1
Portugal (1)	920,3	1 206,2	955,9	1 061,9	1 089,3	684,7
Roumanie (1)	1 274,6	2 588,1	2 785,3	2 070,8	1 697,3	1 279,2
Slovénie	1 836,4	1 971,8	1 221,7	1 419,5	1 248,7	1 529,9
Slovaquie (1)	1 764,1	3 054,4	1 660,4	1 889,0	1 630,9	1 586,2
Finlande	1 769,3	3 032,6	1 411,9	1 414,9	1 316,9	1 932,3
Suède	:	:	:	:	:	:
Royaume-Uni	:	:	:	:	:	:
Croatie (1)	1 828,4	1 849,4	1 147,3	1 179,1	223,4	1 041,9
ARY de Macédoine (1)	1 164,0	1 553,7	1 424,1	1 038,9	753,5	579,2
Islande (1)	1 393,8	1 824,9	980,3	1 346,7	2 113,7	1 020,4
Norvège (1)	1 794,8	2 467,0	1 531,0	1 237,9	1 487,3	1 854,1
Suisse (1)	1 123,6	1 735,1	869,4	1 353,3	1 181,9	1 846,2

(1) 2005.

(2) 2004.

Source: Eurostat (hlth_co_disch2)



Tableau 5.4: Sorties d'hôpital par diagnostic (ISHMT — Liste résumée internationale pour la mise en tableaux de la morbidité hospitalière), durée moyenne du séjour, 2006 (en jours)

	Tumeurs (cancers)	Maladies de l'appareil circulatoire	Maladies de l'appareil respiratoire	Maladies de l'appareil digestif	Grossesse, accouchement et puerpéralité	Lésion, intoxication et autres conséquences de causes extérieures
Belgique (1)	9,4	8,4	8,4	6,1	5,0	8,5
Bulgarie (1)	7,9	7,6	8,5	6,4	4,8	6,6
République tchèque	10,2	13,6	9,2	7,7	5,5	10,3
Danemark	:	:	:	:	:	:
Allemagne	10,4	10,5	8,9	7,6	4,9	9,3
Estonie (1)	8,0	10,6	5,0	5,2	3,1	8,8
Irlande	11,5	10,2	6,9	6,4	2,9	5,8
Grèce	:	:	:	:	:	:
Espagne	9,6	8,4	7,1	5,9	3,2	8,5
France	7,7	7,0	6,9	5,3	4,9	5,7
Italie (2)	9,7	8,7	8,1	6,8	4,0	7,8
Chypre	8,5	5,9	5,0	4,8	5,5	4,9
Lettonie (1)	9,1	9,2	7,9	6,2	5,6	7,5
Lituanie	10,5	13,0	7,9	6,7	4,7	8,5
Luxembourg (1)	8,9	7,9	6,0	5,9	4,8	7,7
Hongrie	:	:	:	:	:	:
Malte (3)	7,5	6,5	4,9	3,9	3,5	5,9
Pays-Bas (1)	8,5	7,8	7,6	6,8	3,8	7,7
Autriche	7,8	11,0	8,2	6,8	5,5	8,7
Pologne (1)	6,6	7,9	8,1	5,8	5,1	5,3
Portugal (1)	8,7	7,9	8,2	5,9	3,3	9,3
Roumanie (1)	7,7	8,5	7,5	6,9	5,4	6,5
Slovénie	7,9	8,4	7,5	6,1	4,6	7,0
Slovaquie (1)	9,1	9,0	8,2	6,5	5,8	7,1
Finlande	9,0	16,3	13,4	6,0	3,7	11,1
Suède	:	:	:	:	:	:
Royaume-Uni	:	:	:	:	:	:
Croatie	10,0	10,3	8,9	8,6	8,5	8,7
ARY de Macédoine (1)	8,5	10,9	8,2	6,3	4,4	9,1
Islande (1)	7,2	6,4	6,2	4,0	2,4	6,4
Norvège (1)	7,2	5,4	6,1	4,9	3,7	4,8
Suisse (1)	10,6	9,3	8,8	7,4	6,1	8,0

(1) 2005.

(2) 2004.

(3) 2007.

Source: Eurostat (hlth_co_inpst)



5.4 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. En Europe, plus de 85 % des décès sont dus à des maladies non transmissibles – un groupe de maladies qui inclut les maladies cardiovasculaires, les cancers, les troubles psychiatriques, le diabète sucré, les problèmes respiratoires chroniques et les troubles musculo-squelettiques. Ces maladies peuvent souvent être évitées et sont liées par des facteurs de risque communs, des déterminants sous-jacents et des possibilités d'intervention. Actuellement, parmi ces maladies, le cancer et les maladies cardiovasculaires sont 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 mortinai-sance (ou mise au monde d'un enfant mort-né).

Eurostat a commencé à rassembler et à diffuser des **données sur la mortalité** en 1994, en les ventilant 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). Même si les définitions sont harmonisées, les statistiques peuvent ne pas être pleinement comparables dès lors que les classifications peuvent varier si le décès est imputable à plusieurs causes ou si la cause réelle est difficile à déterminer et que les procédures de notation diffèrent. Les données annuelles sont fournies en chiffres absolus, en tant que taux bruts annuels de mortalité et taux de mortalité standardisés.



Le **taux de mortalité standardisé** (TMS) constitue une moyenne pondérée des taux de mortalité par âge. Les poids correspondent à la distribution par âge de la population pour laquelle la mortalité est observée. 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.

Conclusions principales

Les avancées réalisées dans le domaine des soins de santé médicaux se reflètent dans la diminution du taux de mortalité infantile. Au cours des quarante dernières années, le taux de mortalité infantile de l'UE a chuté de presque 28 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1965 à 4,7 décès en 2006. En effet, du fait de la diminution des taux de mortalité infantile, la plupart des États membres font partie d'un groupe de pays affichant des niveaux de mortalité infantile parmi les plus bas du monde: par exemple, 1,8 décès pour 1 000 naissances vivantes au Luxembourg ou moins de 3 décès pour 1 000 naissances vivantes en Slovénie, en Finlande ou en Suède. Les taux de mortalité infantile se sont 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 2006, les plus importantes causes de décès chez les hommes et les femmes de l'EU-27 étaient de loin le cancer (tumeur maligne) et les cardiopathies ischémiques.

Cependant, de grandes différences demeuraient entre les taux de mortalité standardisés des hommes et des femmes.

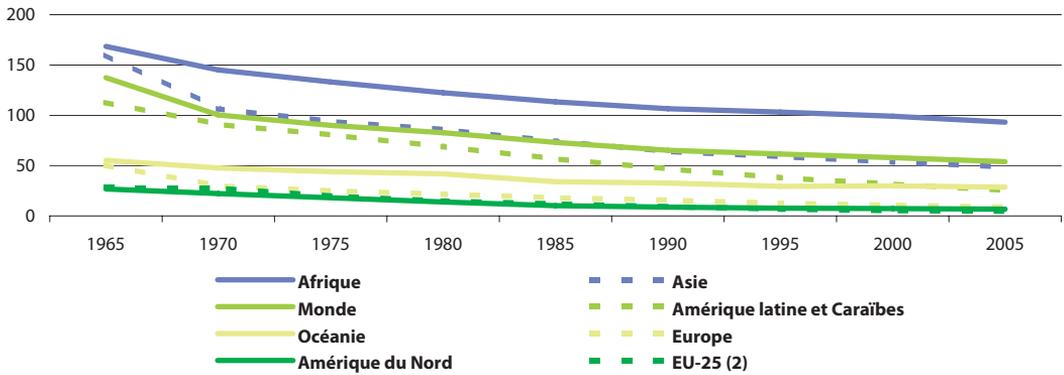
Les décès dus au cancer chez les hommes étaient de 233 pour 100 000, tandis qu'ils s'élevaient à 134 chez les femmes. La différence entre les hommes et les femmes en termes d'incidence des décès dus au cancer était souvent particulièrement élevée dans les États qui ont adhéré à l'UE en 2004, même si la France et l'Espagne ont également enregistré des différences notables.

Les taux de mortalité standardisés des cardiopathies ischémiques chez les hommes (à 132 pour 100 000) étaient presque deux fois supérieurs à ceux des femmes (68). Les cardiopathies étaient particulièrement répandues chez les hommes et les femmes des pays baltes, de Slovaquie, de Hongrie et de Roumanie. En effet, dans chacun de ces pays et tous sexes confondus, l'incidence des décès dus à une cardiopathie était supérieure à celle des décès dus au cancer (à l'exception des décès dus au cancer chez les hommes en Hongrie). Les pays où l'incidence des décès dus à une cardiopathie est la plus basse incluent la France, l'Espagne, le Portugal et les Pays-Bas.

Les hommes ont enregistré des taux de mortalité standardisés plus élevés (par rapport aux femmes) 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.

**Figure 5.7: Mortalité infantile (1)**

(pour 1 000 naissances vivantes)



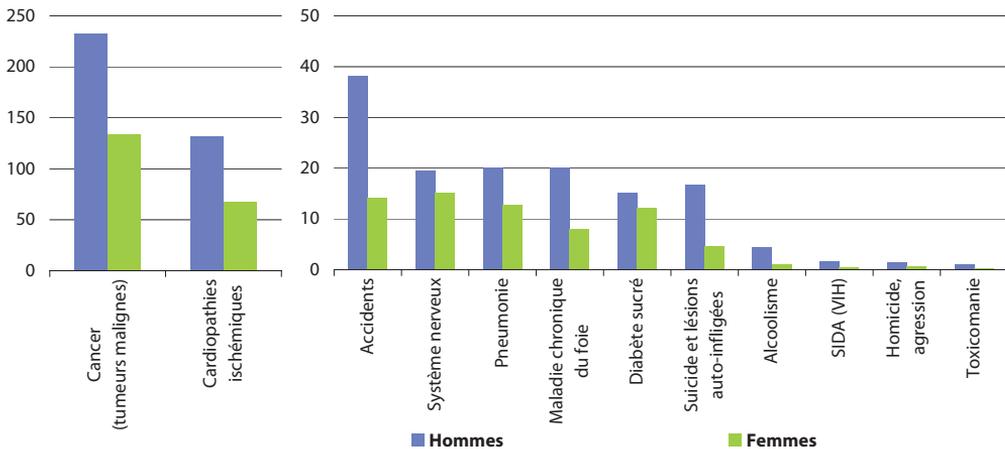
(1) Toutes les données (sauf pour l'EU-25) sont des moyennes calculées sur la période de cinq ans se terminant à l'année de référence mentionnée.

(2) EU-27 pour la dernière période; 2007 au lieu de 2005.

Source: Eurostat (demo_minfind), Nations unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population

Figure 5.8: Causes de décès — taux de mortalité standardisé dans l'EU-27, 2006 (1)

(pour 100 000 habitants)



(1) Il convient de noter les différences d'échelle entre les deux graphiques; les valeurs sont classées selon la moyenne hommes/femmes; moyennes de l'EU-27 calculées sur la base de la dernière année disponible pour chaque État membre.

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

**Tableau 5.5: Mortalité infantile**

(pour 1 000 naissances vivantes)

	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007
EU-27 (1)	28,6	25,5	20,8	15,8	12,8	10,3	7,5	5,9	4,9	4,7
Zone euro (1)	28,5	23,8	18,9	12,8	9,7	7,6	5,6	4,6	3,9	3,7
Belgique	23,7	21,1	16,1	12,1	9,8	8,0	6,0	4,8	3,7	4,0
Bulgarie	30,8	27,3	23,1	20,2	15,4	14,8	14,8	13,3	10,4	9,2
République tchèque	23,7	20,2	19,4	16,9	12,5	10,8	7,7	4,1	3,4	3,1
Danemark	18,7	14,2	10,4	8,4	7,9	7,5	5,1	5,3	4,4	4,0
Allemagne	24,1	22,5	18,9	12,4	9,1	7,0	5,3	4,4	3,9	3,9
Estonie	20,3	17,7	18,2	17,1	14,1	12,3	14,9	8,4	5,4	5,0
Irlande	25,2	19,5	17,5	11,1	8,8	8,2	6,4	6,2	4,0	3,1
Grèce	34,3	29,6	24,0	17,9	14,1	9,7	8,1	5,9	3,8	3,5
Espagne	29,4	20,7	18,9	12,3	8,9	7,6	5,5	4,4	3,8	3,7
France (1)	22,4	18,2	13,8	10,0	8,3	7,3	4,9	4,5	3,8	3,8
Italie	35,0	:	20,8	14,6	10,5	8,2	6,2	4,5	:	3,7
Chypre	32,0	26,0	18,2	14,4	14,4	12,9	9,7	5,6	4,6	3,7
Lettonie	18,9	17,7	20,3	15,3	13,0	13,7	18,8	:	7,8	8,7
Lituanie	24,7	19,3	19,6	14,5	14,2	10,2	12,5	8,6	6,8	5,9
Luxembourg	24,0	24,9	14,8	11,5	9,0	7,3	5,5	5,1	2,6	1,8
Hongrie	38,8	35,9	32,8	23,2	20,4	14,8	10,7	9,2	6,2	5,9
Malte	34,8	27,9	18,3	15,2	14,5	9,1	8,9	5,9	6,0	6,5
Pays-Bas	14,4	12,7	10,6	8,6	8,0	7,1	5,5	:	4,9	4,1
Autriche	28,3	25,9	20,5	14,3	11,2	7,8	5,4	4,8	4,2	3,7
Pologne	41,6	36,4	24,8	25,4	22,1	19,4	13,6	8,1	6,4	6,0
Portugal	64,9	55,5	38,9	24,2	17,8	11,0	7,5	5,5	3,5	3,4
Roumanie	44,1	49,4	34,7	29,3	25,6	26,9	21,2	18,6	15,0	12,0
Slovénie	29,6	24,5	17,3	15,3	13,0	8,4	5,5	4,9	4,1	2,8
Slovaquie	28,5	25,7	23,7	20,9	16,3	12,0	11,0	8,6	7,2	6,1
Finlande	17,6	13,2	9,6	7,6	6,3	5,6	3,9	3,8	3,0	2,7
Suède	13,3	11,0	8,6	6,9	6,8	6,0	4,1	3,4	2,4	2,5
Royaume-Uni (2)	19,6	18,5	18,9	13,9	11,1	7,9	6,2	5,6	5,1	4,9
Croatie	49,5	34,2	23,0	20,6	16,6	10,7	8,9	7,4	5,7	5,6
ARY de Macédoine	105,8	87,9	65,1	54,2	43,4	31,6	22,7	11,8	12,8	10,3
Turquie	:	:	:	:	:	:	:	28,9	23,6	21,7
Islande	15,0	13,2	12,5	7,7	5,7	5,9	6,1	3,0	2,3	2,0
Liechtenstein	22,8	11,8	6,5	7,6	10,7	:	:	:	2,6	0,0
Norvège	14,6	11,3	9,5	8,1	8,5	6,9	4,0	3,8	3,1	3,1
Suisse	17,8	15,1	10,7	9,1	6,9	6,8	5,0	4,9	4,2	3,9

(1) 2006 au lieu de 2007; France: y compris les départements d'outre-mer à partir de 2000.

(2) 2006 au lieu de 2007.

Source: Eurostat (demo_minfind)



Tableau 5.6: Causes de décès — taux de mortalité standardisé, 2006 (1)
(pour 100 000 habitants)

	Can- cer (2)	Cardio- pathie (3)	Syst. Pneu- ner- veux	Pneu- monie	Mal. chron. du foie	Dia- bète sucré	Acci- dents	Sui- cide (4)	Alcool- isme	Homi- cide, agress.	SIDA (VIH)	Toxico- manie
EU-27 (5)	175,6	96,2	17,1	15,7	13,8	13,6	25,8	10,4	2,7	1,0	1,1	0,6
Belgique	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Bulgarie	168,3	147,9	8,8	16,5	15,9	18,7	30,2	10,5	0,5	1,7	0,0	0,0
République tchèque	212,5	168,8	15,7	22,7	15,9	10,7	32,5	12,2	1,8	1,0	0,0	0,0
Danemark	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Allemagne	165,0	97,9	14,2	13,3	14,2	15,1	17,1	9,8	4,7	0,6	0,6	0,8
Estonie	198,9	253,3	17,4	10,7	22,0	12,8	75,5	16,2	9,9	7,1	3,6	0,1
Irlande	180,2	103,4	15,0	38,0	5,8	10,9	17,8	9,1	2,1	0,8	0,1	2,0
Grèce	154,7	76,3	7,5	4,9	5,4	7,2	26,7	3,1	0,2	0,8	0,2	0,0
Espagne	158,3	51,9	20,6	9,9	9,0	12,5	21,7	6,2	0,6	0,8	2,7	0,2
France	176,1	40,4	25,4	10,2	11,2	11,7	29,6	15,8	4,7	0,8	1,4	0,3
Italie	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Chypre	116,4	79,4	14,0	10,4	4,7	36,5	28,4	2,4	0,4	1,7	0,2	0,7
Lettonie	199,7	279,4	13,5	20,4	17,8	8,9	94,9	19,3	3,4	9,1	1,3	0,0
Lituanie	195,4	347,2	14,9	17,3	35,1	8,0	99,4	28,9	0,9	7,3	0,2	0,5
Luxembourg	162,2	67,1	22,8	14,0	11,3	7,6	29,0	9,9	4,5	1,5	0,2	0,4
Hongrie	239,9	240,7	12,5	5,1	44,7	21,9	39,9	21,8	4,5	1,9	0,0	0,0
Malte	145,3	149,5	18,1	14,7	6,4	22,1	19,9	4,2	0,4	0,5	0,3	:
Pays-Bas	186,5	54,3	16,8	22,1	4,2	15,0	15,2	8,7	1,1	0,8	0,3	0,1
Autriche	161,9	107,7	15,5	9,3	14,7	26,9	23,4	13,4	3,6	0,8	0,5	2,5
Pologne	210,1	111,2	10,9	19,6	15,4	13,1	38,1	14,3	4,6	1,4	0,3	0,0
Portugal	156,0	53,4	15,9	27,5	12,2	27,2	19,9	7,2	0,8	1,3	7,8	0,1
Roumanie	179,8	213,2	7,9	24,8	39,7	7,9	40,8	11,9	2,2	2,1	0,9	0,0
Slovénie	197,8	68,0	8,8	23,4	23,9	13,4	36,7	22,8	3,0	0,6	0,1	0,1
Slovaquie	203,5	248,4	11,9	31,8	25,8	12,3	37,6	9,4	:	1,5	0,0	0,0
Finlande	140,5	136,7	36,6	7,2	17,2	6,3	46,1	19,0	2,9	1,9	0,2	0,1
Suède	152,3	98,4	17,8	10,1	5,6	11,9	20,7	12,0	2,8	0,9	0,2	0,2
Royaume-Uni	185,2	128,6	18,1	33,5	10,0	7,7	16,5	6,6	1,5	0,4	0,3	1,9
Croatie	209,8	159,6	11,2	18,8	21,7	17,2	35,2	15,5	3,9	1,7	0,2	0,4
ARY de Macédoine	169,5	107,0	7,1	4,5	7,5	36,3	22,3	8,3	0,6	2,5	0,1	0,1
Islande	159,3	92,3	36,0	14,5	4,0	5,6	19,9	11,5	1,2	1,0	0,3	0,3
Norvège	161,9	75,4	19,1	19,1	3,2	10,7	28,6	11,2	3,7	1,0	0,3	0,5
Suisse	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) France, Luxembourg, Malte, Portugal, Royaume-Uni et Suisse: 2005; Islande: 2005, sauf pour le SIDA (VIH) 2004; Slovénie: 2005 pour le SIDA (VIH); Estonie et Roumanie: 2005 pour la toxicomanie; Slovaquie: 2004 pour la toxicomanie.

(2) Tumeurs malignes.

(3) Cardiopathies ischémiques.

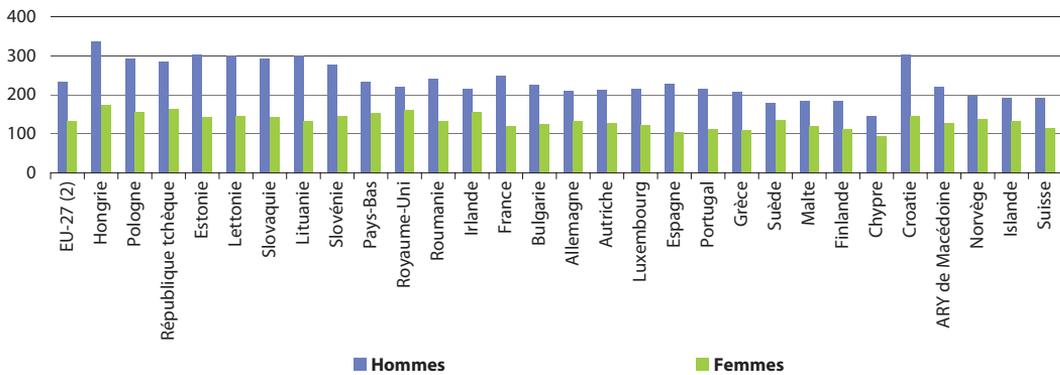
(4) Suicide et lésions auto-infligées.

(5) Moyenne calculée sur la base de la dernière année disponible pour chaque État membre.

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



Figure 5.9: Décès dus au cancer (tumeurs malignes) — taux de mortalité standardisé, 2006 (1)
(pour 100 000 habitants)

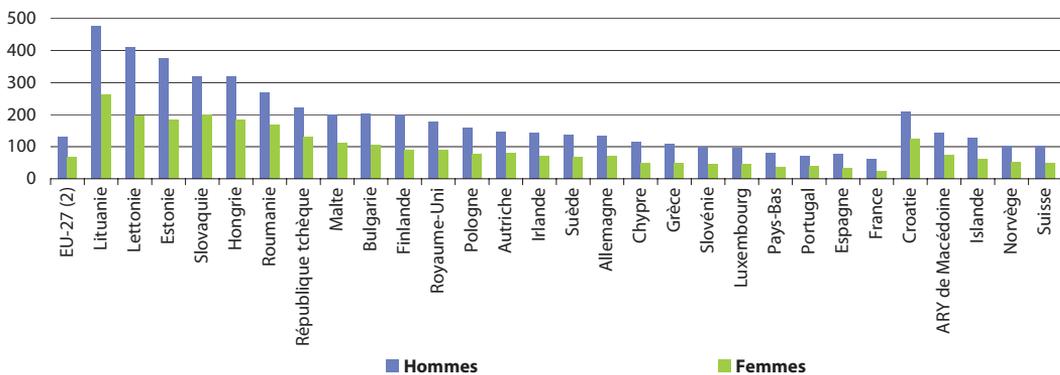


(1) France, Luxembourg, Malte, Portugal, Royaume-Uni, Islande et Suisse: 2005; Belgique, Danemark et Italie: non disponible; les valeurs sont classées selon la moyenne hommes/femmes.

(2) Moyenne calculée sur la base de la dernière année disponible pour chaque État membre.

Source: Eurostat (tps00116)

Figure 5.10: Décès dus aux cardiopathies ischémiques — taux de mortalité standardisé, 2006 (1)
(pour 100 000 habitants)



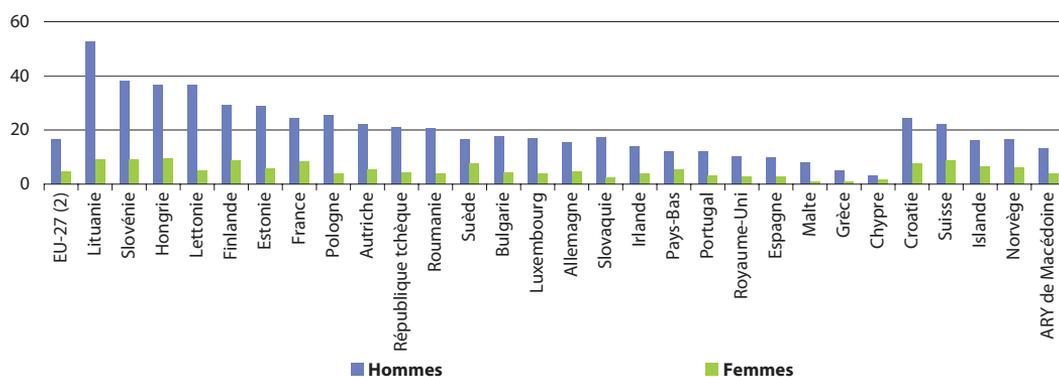
(1) France, Luxembourg, Malte, Portugal, Royaume-Uni, Islande et Suisse: 2005; Belgique, Danemark et Italie: non disponible; les valeurs sont classées selon la moyenne hommes/femmes.

(2) Moyenne calculée sur la base de la dernière année disponible pour chaque État membre.

Source: Eurostat (tps00119)


Figure 5.11: Décès par suicide — taux de mortalité standardisé, 2006 (1)

(pour 100 000 habitants)



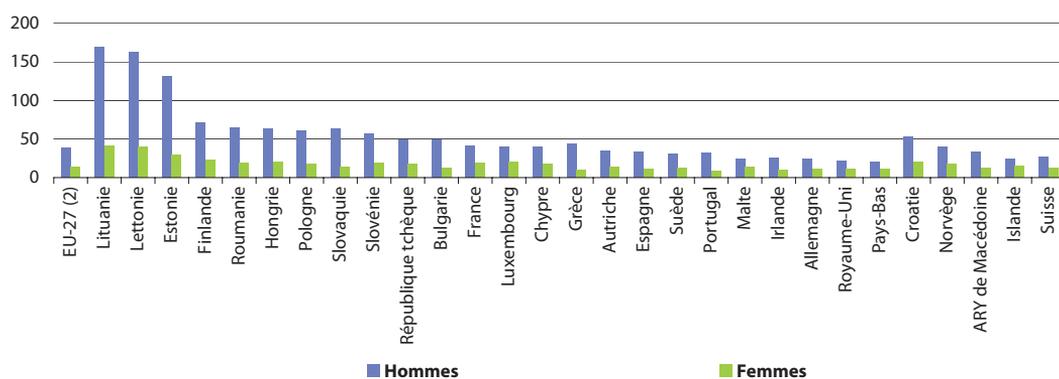
(1) France, Luxembourg, Malte, Portugal, Royaume-Uni, Islande et Suisse: 2005; Belgique, Danemark et Italie: non disponible; les valeurs sont classées selon la moyenne hommes/femmes.

(2) Moyenne calculée sur la base de la dernière année disponible pour chaque État membre.

Source: Eurostat (tps00122)

Figure 5.12: Décès dus aux accidents — taux de mortalité standardisé, 2006 (1)

(pour 100 000 habitants)



(1) France, Luxembourg, Malte, Portugal, Royaume-Uni, Islande et Suisse: 2005; Belgique, Danemark et Italie: non disponible; les valeurs sont classées selon la moyenne hommes/femmes.

(2) Moyenne calculée sur la base de la dernière année disponible pour chaque État membre.

Source: Eurostat (tps00125)

5.5 La sécurité au travail

Introduction

Les conditions de travail évoluent avec le temps. 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 bénéfices 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. De nombreux aspects du travail sont susceptibles d'entraîner l'apparition de maladies (ou de provoquer des décès) et ceux-ci ne se cantonnent pas aux seules questions de sécurité et aux accidents. Ainsi, la santé et la sécurité sur le lieu de travail ont été redéfinies dans le but de tenir compte de la transition depuis les industries lourdes traditionnelles et industrielles vers le monde du travail d'aujourd'hui, qui se caractérise plus par d'autres aspects tels que le stress et les risques psychologiques, les troubles musculo-squelettiques et le bruit ou encore le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie liés au travail.

La santé au travail 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 particulièrement importants pour la qualité du travail et la productivité de la main-d'œuvre. Une politique stratégique 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 2002-2006, ainsi que dans la nouvelle stratégie pour 2007-2012⁽⁶⁾. Ces dernières décennies, l'adoption et l'application de nombreux actes législatifs communautaires ont permis d'améliorer les conditions de travail dans les États membres et de réduire la fréquence des accidents et des maladies liés au travail. La nouvelle stratégie pour la période 2007-2012 a pour objectif une réduction de 25 % d'ici 2012 du taux total d'incidence des accidents du travail dans l'EU-27. Cet objectif aura des répercussions directes sur les travailleurs et jouera également un rôle dans le succès de la stratégie pour la croissance et l'emploi.

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 présentées sous forme de nombres ou de taux d'incidence. Les **taux d'incidence** sont calculés de la manière suivante: (nombre de personnes impliquées dans des accidents (mortels) du travail / nombre de personnes au travail dans la population de référence) x 100 000.

(6) Résolution du Conseil 2002/C 161/01 du 3 juin 2002 concernant une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail 2002-2006, JO C 161 du 5.7.2002, p. 1; http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2002/c_161/c_16120020705fr00010004.pdf. Résolution du Conseil 2007/C 145/01 du 25 juin 2007 relative à une nouvelle stratégie communautaire pour la santé et la sécurité au travail (2007-2012), JO C 145 du 30.6.2007, p. 1; http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2007/c_145/c_14520070630fr00010004.pdf.



Les données relatives aux **accidents graves 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. Les données présentées excluent 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. 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, en Espagne⁽⁷⁾, toutes les trois minutes et demie, une personne décède dans l'UE pour des raisons liées au travail, ce qui représente plus de 150 000 décès par an.

Ces dernières années, le taux d'incidence des accidents graves du travail a chuté, à tel point qu'en 2005, il avait diminué de 22 % par rapport à 1998 dans l'EU-27. Pendant la même période, on a assisté à une réduction de 24 % des accidents du travail mortels dans l'EU-27. 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 2005 par rapport à 1998: l'Estonie (+26 %), la Lituanie (+4 %) et l'Irlande (+1 %). L'incidence d'accidents graves en Bulgarie, en Grèce et en Roumanie 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 (+33 %), en Suède (+31 %), en Slovénie (+28 %), et en Irlande (+17 %). La Grèce, Malte et la France ont tous réduit leur incidence d'accidents du travail mortels de plus de la moitié sur la période considérée.

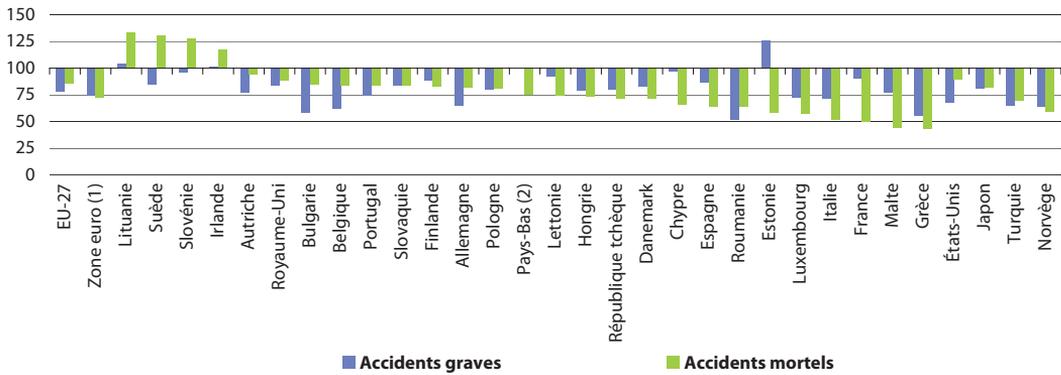
En termes absolus, la plus forte incidence des accidents du travail graves et mortels a été enregistrée dans le secteur de la construction. Les secteurs de l'agriculture et du transport affichent également des valeurs relativement élevées. Les hommes sont particulièrement plus enclins à avoir un accident 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 peuvent sans doute expliquer pourquoi l'incidence des accidents a eu tendance à chuter plus rapidement pour les hommes que pour les femmes. Par exemple, l'incidence d'accidents graves a diminué de 19 % entre 1998 et 2005 pour les hommes, tandis qu'elle a diminué de 15 % pour les femmes sur la même période.

(7) <http://osha.europa.eu/fr>.



Figure 5.13: Incidence des accidents du travail, 2005

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



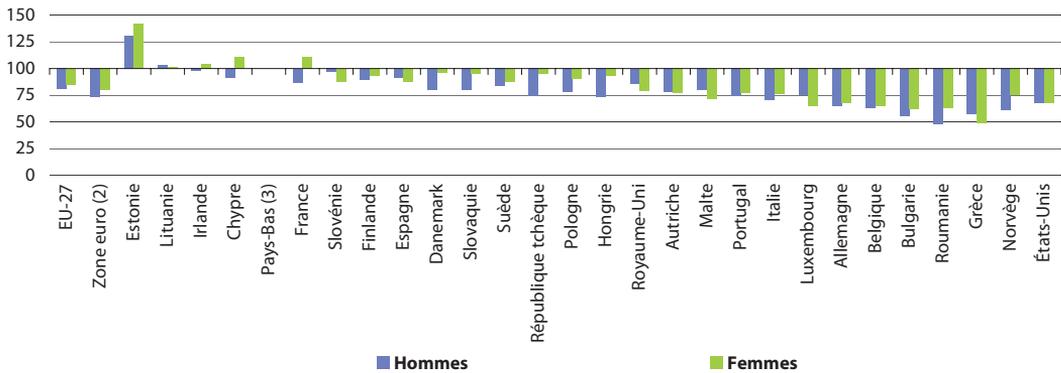
(1) ZE-12 au lieu de ZE-15.

(2) Rupture dans la série pour les accidents graves (nouvelle base: 2005=100).

Source: Eurostat (tsiem090 et tsiem100)

Figure 5.14: Incidence des accidents graves du travail, par sexe, 2005 (1)

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



(1) Lettonie: non disponible; les valeurs sont classées selon la moyenne hommes/femmes.

(2) ZE-12, estimations.

(3) Rupture dans la série pour les accidents graves (nouvelle base: 2005=100).

Source: Eurostat (tsiem090)