

**Santé**

**12**





## Introduction

La santé est une priorité importante pour les Européens, qui s'attendent à être protégés de la maladie chez eux, au travail et en voyage. La santé est une question d'ordre général qui englobe tout un éventail de thèmes, au nombre desquels figurent la protection des consommateurs (sécurité des aliments), la sécurité sur le lieu de travail ainsi que les politiques environnementales et sociales.

L'établissement, à l'échelle de l'Union européenne, de données comparables sur la santé publique et les facteurs qui la déterminent est étroitement lié à l'une des priorités du programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2008-2013), à savoir la production et la diffusion d'informations et de connaissances ayant trait à la santé.

C'est dans ce cadre qu'Eurostat contribue à la réalisation d'autres objectifs du programme d'action, en collectant et en diffusant des statistiques et des indicateurs de santé qui aideront les décideurs à identifier les risques de santé et à améliorer la sécurité sanitaire publique ainsi qu'à promouvoir la santé, y compris par la réduction des inégalités dans ce domaine.

## Causes de décès

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

De manière générale, le taux de mortalité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge. Bien que divers indices laissent apparaître un resserrement de cet écart dans certains États membres, les différences restent considérables entre les deux sexes.

Les variations dans les caractéristiques de la mortalité reflètent les différences importantes des causes de décès en fonction du groupe d'âge de la population. Comme la durée de vie a tendance à s'allonger aujourd'hui, les maladies de l'appareil circulatoire sont la principale cause de décès dans l'Union européenne. Les tumeurs malignes sont la deuxième cause par ordre de fréquence, et elles touchent essentiellement les personnes d'âge moyen et les personnes âgées.

Chez les jeunes, cependant, la plus forte proportion de décès est due à des causes externes (dont les accidents de transport). La répartition des causes de décès varie également en fonction de la situation géographique. Par exemple, la plupart des nouveaux États membres sont caractérisés par des taux de décès élevés dus aux maladies de l'appareil circulatoire, alors que les États baltes enregistrent également une mortalité due à des causes externes supérieure à la moyenne.

Toutes les raisons susmentionnées justifient qu'on examine de plus près les taux de mortalité au niveau national comme au niveau régional, en faisant une distinction entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les groupes d'âge.

## Maladies respiratoires

Les maladies respiratoires incluent les maladies respiratoires sévères infectieuses (grippe et pneumonie) ainsi que les affections respiratoires chroniques obstructives. Elles sont la troisième cause de décès dans l'Union européenne et représentent 8% du nombre total de décès. Les maladies respiratoires touchent principalement les personnes âgées: 9 décès sur 10 surviennent au-delà de 65 ans.

En Europe, il existe des différences considérables dans les caractéristiques des décès dus aux maladies respiratoires. Les chiffres oscillent entre 82 décès pour 100 000 hommes et 69 décès pour 100 000 femmes, tous âges confondus.

Si l'on considère les personnes âgées de plus de 65 ans, les taux de mortalité due aux maladies respiratoires sont plus élevés pour les hommes dans pratiquement toutes les régions, à l'exception de 4 régions au Royaume-Uni (Lincolnshire, East Anglia, Kent et dans la région Cornwall and Isles of Scilly) et en Islande, où l'on a enregistré plus de décès chez les femmes (437,4 pour 100 000 habitants contre 385,2). Pour les autres régions de l'EU-27, la différence peut être relativement importante, le rapport hommes/femmes étant compris entre 1 dans les régions Berkshire, Buckinghamshire and Oxfordshire (Royaume-Uni) et plus de 3 dans la région Pohjois-Suomi (Finlande), en Estonie, dans la région Lubelskie (Pologne) et même 4,1 en Lituanie.

Les tendances régionales de la mortalité due aux maladies respiratoires apparaissent très clairement. Dans les régions d'Espagne, de Norvège, du Royaume-Uni et du Portugal, une mortalité élevée peut être observée. Les taux bruts de mortalité les plus élevés pour les citoyens âgés de plus de 65 ans sont enregistrés dans les régions Região



Autónoma da Madeira (Portugal — 1 653,3 décès pour 100 000 hommes et 940,1 décès pour 100 000 femmes), Merseyside (Royaume-Uni — 945,6 pour les hommes et 819,3 pour les femmes), Greater Manchester (Royaume-Uni — 942,5 pour les hommes et 902,1 pour les femmes) et Lancashire (Royaume-Uni — 918,4 pour les hommes et 867,1 pour les femmes). Les valeurs nationales dans ces deux pays s'élèvent à 37 % pour le Portugal et à 70 % pour le Royaume-Uni. Elles sont supérieures à la moyenne de l'EU-27 et absorbent 24 % du nombre total de décès d'Européens âgés de plus de 65 ans, dus à des maladies respiratoires. À l'autre extrémité de l'échelle, les régions qui affichent les taux les plus bas ne sont pas les mêmes selon le sexe — sauf dans le cas de la Lettonie. Pour les hommes, ces régions sont la Guadeloupe en France (193,8), Sachsen-Anhalt en Allemagne (234,8) et la Lettonie (240,5), tandis que, pour les femmes, les régions qui enregistrent les taux les moins élevés sont la Lettonie (66,2) et l'Estonie (76,8).

### Maladies chroniques de l'appareil respiratoire inférieur

Les maladies chroniques de l'appareil respiratoire inférieur (affections pulmonaires chroniques, emphysème et asthme) constituent le principal groupe de maladies respiratoires et représentent 3,9 % des décès chez les hommes et 2,6 % des décès chez les femmes dans l'EU-27. Parmi celles-ci, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est la plus fréquente, et intervient pour 31 % dans les décès dus à des maladies respiratoires. La majorité de ces décès surviennent après l'âge de 65 ans mais, à l'instar des maladies respiratoires dans leur ensemble, les répartitions nationales et régionales des décès dus à des maladies chroniques de l'appareil respiratoire inférieur diffèrent.

Pour les maladies chroniques de l'appareil respiratoire inférieur, les taux nationaux bruts de mortalité les plus élevés pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 65 ans et plus sont observés en Hongrie (382,4), en Belgique (373,1), en Lituanie (341,4) et au Danemark (314,0).

Les taux de mortalité chez les femmes, en revanche, sont élevés au Danemark (314,2), en Islande (254,3), en Irlande (253,5) et au Royaume-Uni (237,3).

Pour les hommes, on trouve les valeurs nationales les plus basses en France (116,4) et en Grèce (131,2). Pour les femmes, la Lettonie (28,9) et Malte (49,1) figurent en bas de l'échelle.

Les données font apparaître des différences marquées entre les valeurs les plus basses pour les hommes et les femmes.

Lorsque l'on compare les valeurs régionales, les taux bruts de mortalité les plus élevés pour les hommes âgés de 65 ans et plus sont observés dans les régions Észak-Magyarország (Hongrie) avec 531,6 et Principado de Asturias (Espagne) avec 504,0, alors que l'on trouve les plus bas en Guadeloupe (France) avec 29,4 et à Kentriki Makedonia (Grèce) avec 92,7.

Pour les femmes, Merseyside (Royaume-Uni) avec 341,1 et Oslo og Akershus (Norvège) avec 268,9 affichent les taux régionaux les plus élevés. Comme pour les hommes, la Guadeloupe (France) enregistre le taux de mortalité le plus bas pour les femmes (16,2), suivie par Yugoiztochen (Bulgarie) avec 38,4.

### Sorties d'hôpital

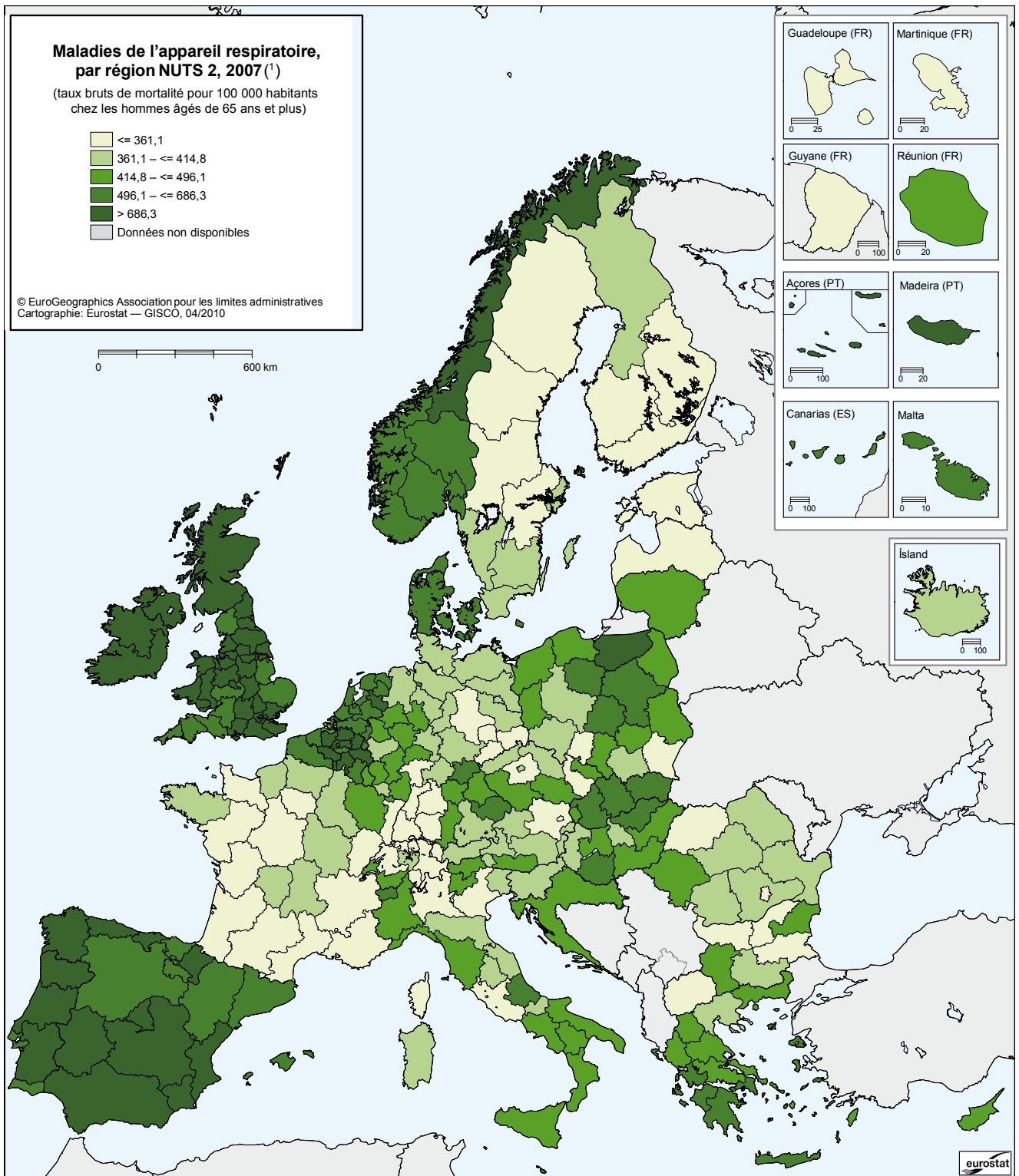
Les statistiques d'hospitalisation donnent un large aperçu du traitement sanitaire de la population, ainsi que de son état de santé général. En 2007, environ 16 760 personnes pour 100 000 habitants sont sorties de l'hôpital au sein de l'EU-27. Cet indicateur varie cependant fortement entre les pays, s'échelonnant de moins de 7 500 à Chypre et Malte à plus de 27 000 en Autriche. Ces écarts peuvent, en partie, refléter des différences au niveau de l'organisation des services de santé.

Les données régionales relatives aux sorties d'hôpital de patients hospitalisés ne sont disponibles que depuis relativement peu de temps et les pays ne sont pas encore tous en mesure de fournir ces informations au niveau infranational. Parmi les pays disposant de telles données, la République tchèque, l'Allemagne et la France enregistrent les différences internes les plus importantes du nombre de sorties d'hôpital pour 100 000 habitants âgés de 65 ans et plus après une maladie respiratoire, la même catégorie que celle analysée ci-dessus parmi les causes de décès. En France, à la Réunion, près de 4 fois plus de personnes âgées de plus de 65 ans sortent de l'hôpital après une maladie respiratoire par rapport à la Guadeloupe. En France métropolitaine, ce rapport n'est plus que de 1,7. En Allemagne et en République tchèque, les sorties d'hôpital varient d'un facteur de 1,5 environ à l'intérieur du pays.

Si l'on examine de plus près l'écart entre les hommes et les femmes, l'Islande affiche une égalité quasi parfaite pour les sorties d'hôpital (3 389,4 hommes de plus de 65 ans sortis de l'hôpital après une maladie respiratoire pour 100 000 habitants



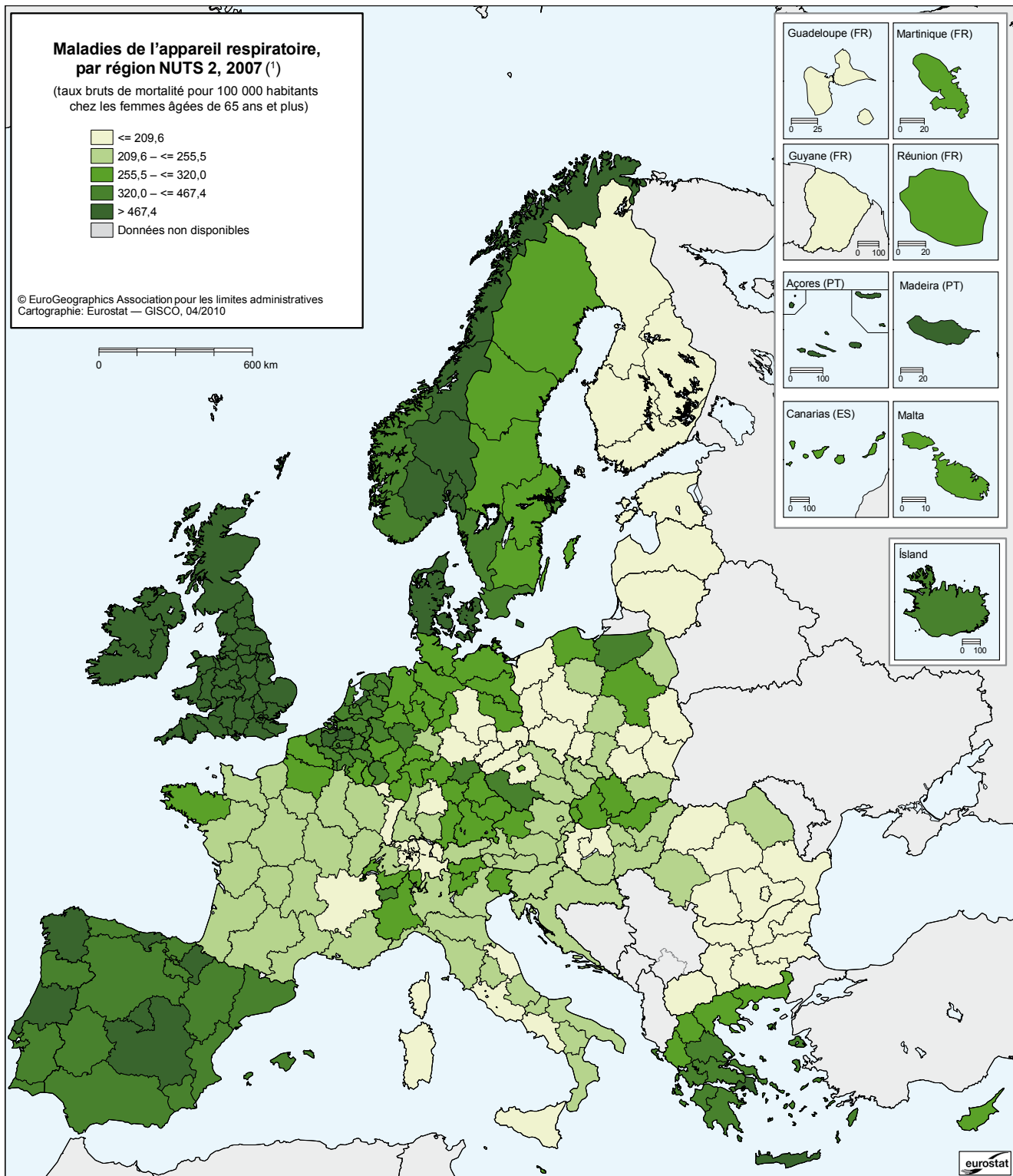
**Carte 12.1: Maladies de l'appareil respiratoire, par région NUTS 2, 2007 <sup>(1)</sup>**  
(taux bruts de mortalité pour 100 000 habitants chez les hommes âgés de 65 ans et plus)



<sup>(1)</sup> Danemark, Luxembourg, Angleterre et pays de Galles et Norvège, 2006; Belgique, Écosse et Irlande du Nord, 2004; Danemark, Slovénie et Croatie, niveau national; Écosse, niveau NUTS 1.

Source: Eurostat ([hlth\\_cd\\_acdr](#)).

**Carte 12.2: Maladies de l'appareil respiratoire, par région NUTS 2, 2007 <sup>(1)</sup>**  
(taux bruts de mortalité pour 100 000 habitants chez les femmes âgées de 65 ans et plus)

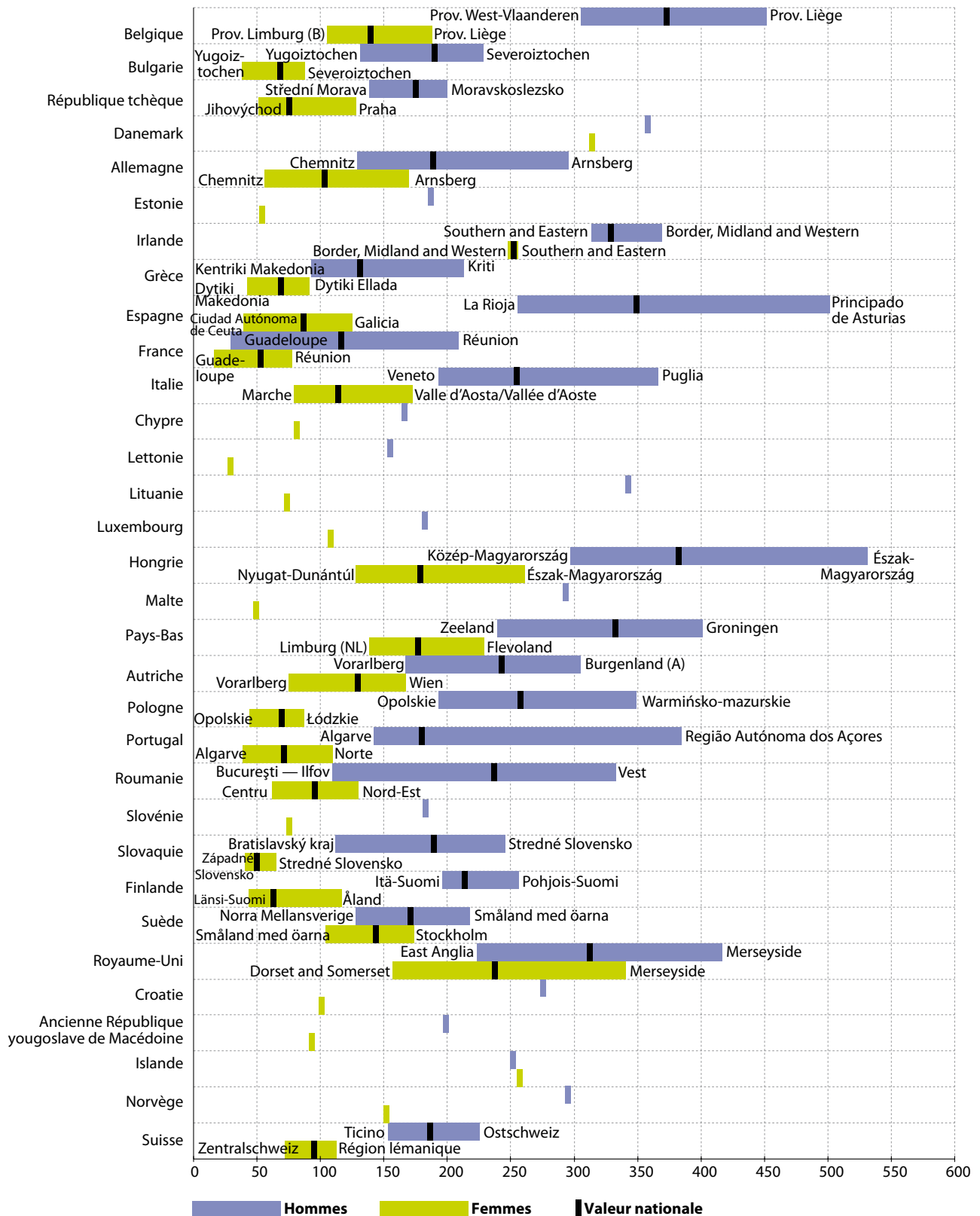


<sup>(1)</sup> Danemark, Luxembourg, Angleterre et pays de Galles et Norvège, 2006; Belgique, Écosse et Irlande du Nord, 2004; Danemark, Slovénie et Croatie, niveau national; Écosse, niveau NUTS 1.

Source: Eurostat ([hlth\\_cd\\_acdr](#)).



**Graphique 12.1:** Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, par région NUTS 2, 2007 (¹)  
(taux bruts de mortalité pour 100 000 habitants âgés de 65 ans et plus)

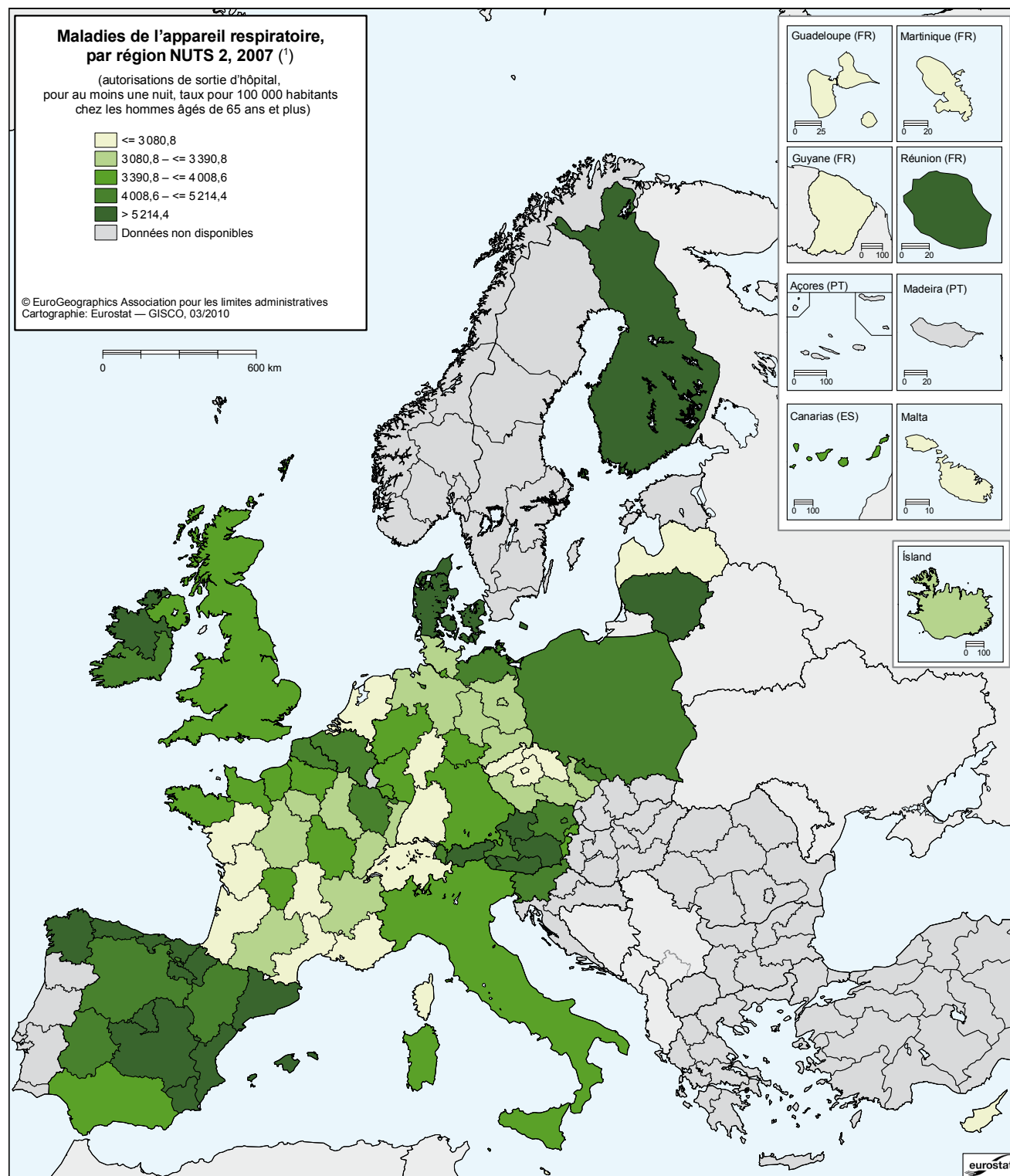


(¹) Danemark, Luxembourg, Angleterre et pays de Galles, 2006; Belgique, Écosse et Irlande du Nord, 2004; Danemark, Slovénie et Croatie, niveau national.

Source: Eurostat ([hlth\\_cd\\_acdr](#)).



**Carte 12.3: Maladies de l'appareil respiratoire, par région NUTS 2, 2007 <sup>(1)</sup>**  
 (autorisations de sortie d'hôpital, pour au moins une nuit, taux pour 100 000 habitants  
 chez les hommes âgés de 65 ans et plus)

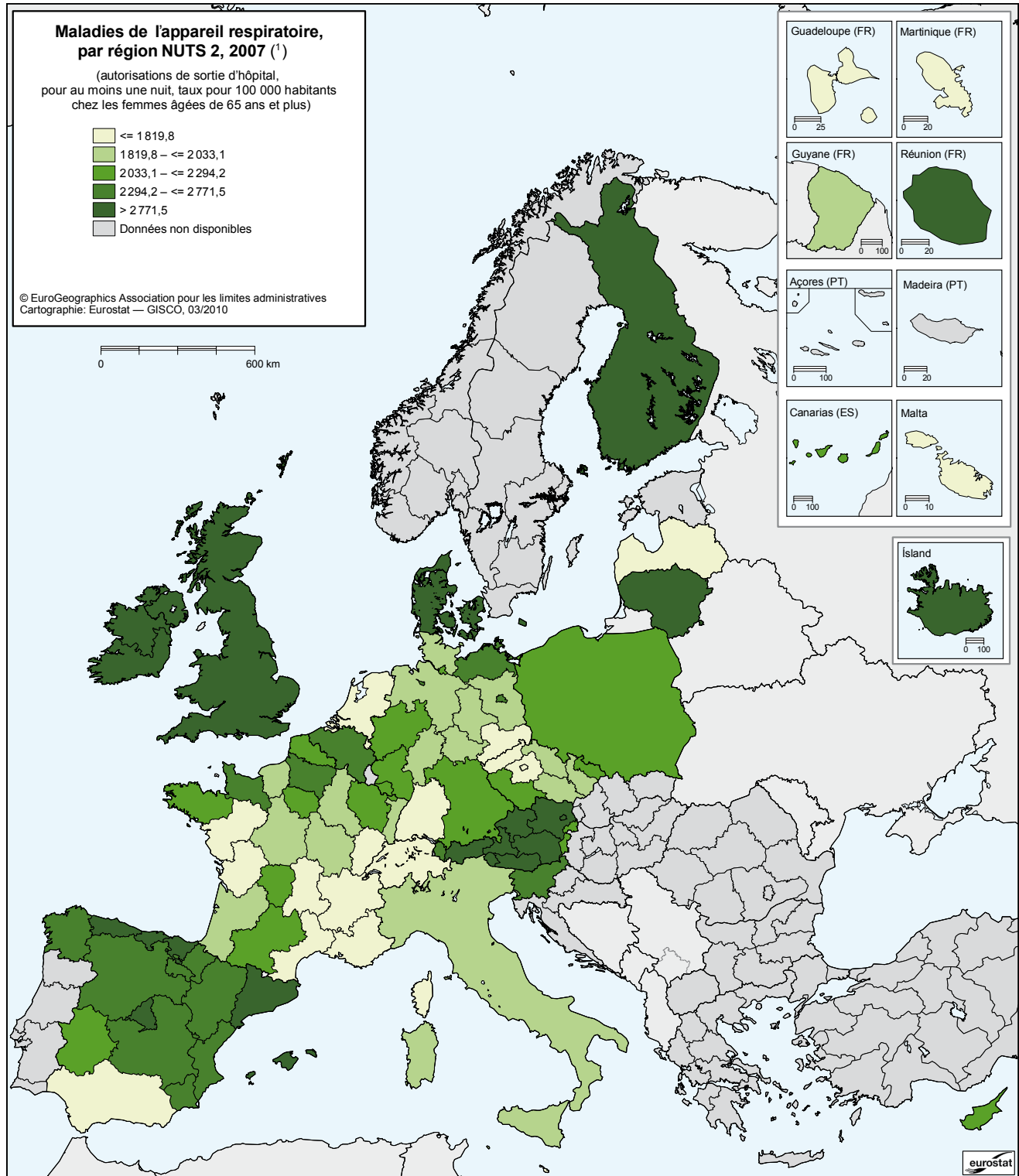


<sup>(1)</sup> Lettonie et Malte, 2008; Finlande, 2006; Italie, 2004; Danemark et Islande, 2003; Belgique, Danemark, Italie, Pays-Bas, Pologne, Slovaquie, Finlande, Royaume-Uni et Suisse, niveau national; Allemagne, niveau NUTS 1.

Source: Eurostat ([hlth\\_co\\_disch1](#)).



**Carte 12.4:** Maladies de l'appareil respiratoire, par région NUTS 2, 2007 <sup>(1)</sup>  
(autorisations de sortie d'hôpital, pour au moins une nuit, taux pour 100 000 habitants chez les femmes âgées de 65 ans et plus)



<sup>(1)</sup> Lettonie et Malte, 2008; Finlande, 2006; Italie, 2004; Danemark et Islande, 2003; Belgique, Danemark, Italie, Pays-Bas, Pologne, Slovaquie, Finlande, Royaume-Uni et Suisse, niveau national; Allemagne, niveau NUTS 1.

Source: Eurostat ([hlth\\_co\\_disch1](#)).





et 3 333,9 femmes). Les différences les plus importantes sont relevées en Espagne: dans la région Asturias, 2,5 fois plus d'hommes que de femmes sont sortis de l'hôpital et dans la région Ciudad Autónoma de Melilla, 2,6 fois plus en 2007.

## Infirmières et sages-femmes

Les données régionales concernant le personnel de santé offrent un large aperçu de la disponibilité de ressources humaines dans le cadre de services de santé fournis à la population. Les informations d'Eurostat relatives au personnel de santé sont en grande partie fondées sur des sources administratives. Les définitions utilisées peuvent varier d'un pays à l'autre et, dans une large mesure, elles reflètent le mode particulier d'organisation des soins de santé d'un pays, si bien que les données collectées risquent de ne pas toujours être entièrement comparables.

Les données sur les ressources humaines disponibles pour assurer des services de santé sont présentées indépendamment du secteur d'emploi (personnel indépendant, personnel hospitalier ou personnel employé par tout autre prestataire de services de santé). Aux fins de comparaison des services de santé dans l'ensemble des États membres, Eurostat privilégie le concept de «professionnels pratiquants», qui traduit le mieux la disponibilité de ressources en matière de soins de santé (même s'il n'a pas toujours été possible de s'en tenir à ce concept).

Au niveau de l'UE, l'Europe peut être grosso modo divisée en deux zones distinctes, en traçant une ligne de la Finlande à l'Italie. À l'ouest de cette ligne, les systèmes de santé comptabilisent généralement entre 667 et 1 096 infirmières pour 100 000 habitants, à l'exception notable du Portugal, tandis que les régions à l'est ont souvent un indicateur inférieur à 667 pour 100 000 habitants, certaines ayant même un indicateur inférieur à 554.

En 2007, le nombre moyen d'infirmières et de sages-femmes pour 100 000 habitants s'élevait à environ 882 pour l'EU-27. La plus forte concentration d'infirmières et de sages-femmes pratiquantes (pour 100 000 habitants) était enregistrée par le Luxembourg (1 571,5), suivi des Pays-Bas (1 500,7), de la Suisse (1 485,7), de l'Islande (1 460,1) et du Danemark (1 459,3), alors qu'en Bulgarie, ce chiffre (466,4) était d'environ 53 % inférieur à la moyenne de l'UE.

En d'autres termes, il existe des différences considérables au niveau régional.

Dans toutes les régions, la densité varie de moins de 300 dans plusieurs régions du Portugal (Algarve, Alentejo et Norte) à plus de 1 600 aux Pays-Bas (Gelderland, Zeeland, Groningen, Friesland et Drenthe). Il n'est pas étonnant de constater que, dans la plupart des pays, c'est souvent dans la région de la capitale que la densité est la plus élevée, par exemple Praha (Prague) ou București — Ilfov (Bucarest). Toutefois, il existe un certain nombre de pays dans lesquels des régions autres que celles des capitales ont également une forte proportion d'infirmières et de sages-femmes, comme les régions Limousin en France, Prov. West-Vlaanderen en Belgique ou Comunidad Foral de Navarra et Aragón en Espagne.

Pour ce qui est de l'interprétation de la carte, il importe d'insister sur le fait que les données régionales pour la France, l'Italie, la Slovaquie et l'ancienne République yougoslave de Macédoine concernent les infirmières et les sages-femmes «professionnellement actives» [qui comprennent les infirmières et les sages-femmes pratiquantes et les autres (non pratiquantes) pour lesquelles la formation est une condition préalable à l'exercice de la profession], et qu'elles peuvent, par conséquent, avoir été surestimées.

## Conclusion

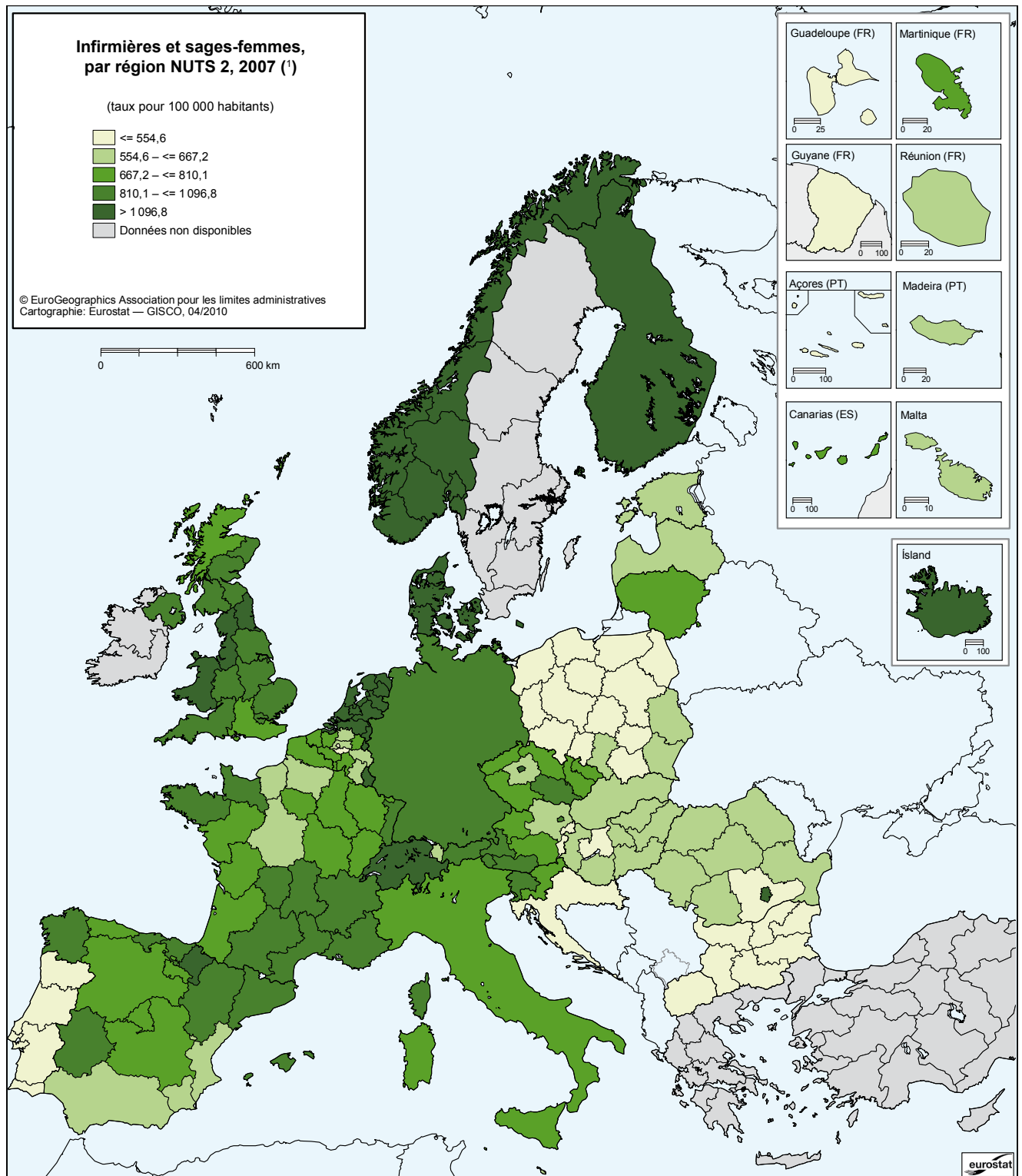
La disponibilité d'informations sur les systèmes de santé et, en fin de compte, sur la santé d'une population est une condition préalable au contrôle de l'efficacité de la politique de santé.

Les indicateurs régionaux actuellement disponibles pour la santé donnent un aperçu des similitudes, des particularités ainsi que des contrastes qui existent dans l'ensemble des régions européennes. Comme nous l'avons expliqué plus haut, il peut exister des différences importantes entre les régions d'un même pays, alors que des régions de différents pays peuvent présenter de très grandes similitudes. Une analyse approfondie des tendances et de l'évolution des indicateurs de santé au niveau régional est dès lors essentielle pour planifier et suivre les actions et les programmes, formuler de nouvelles politiques et élaborer de nouvelles stratégies qui, ensemble, contribuent à une «politique de santé reposant sur des données probantes».

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



**Carte 12.5: Infirmières et sages-femmes, par région NUTS 2, 2007 <sup>(1)</sup>**  
(taux pour 100 000 habitants)



<sup>(1)</sup> République tchèque, Allemagne, Autriche, Slovaquie et ancienne République yougoslave de Macédoine, 2006; Finlande, 2005; Portugal, 2003; Croatie, 2002; Allemagne et Suisse, niveau national; Angleterre et pays de Galles, niveau NUTS 1.

Source: Eurostat ([hlth\\_cd\\_acdr](#)).



## Notes méthodologiques

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

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

Eurostat collecte des statistiques régionales sur le personnel de santé (effectifs de médecins, de dentistes, de pharmaciens, de personnel infirmier et de physiothérapeutes), sur le nombre de lits d'hôpitaux ainsi que sur les sorties d'hôpital de patients hospitalisés. En plus des chiffres absolus, les taux de densité permettent de décrire la disponibilité des ressources ou la fréquence des prestations de services, exprimées pour 100 000 habitants. Ils sont obtenus en divisant le nombre absolu de ressources sanitaires disponibles ou de services prestés au cours d'une période donnée par la population considérée au cours de la même période et en multipliant ce résultat par 100 000.

Les données relatives aux infirmières et aux sages-femmes devraient se rapporter aux professionnelles «directement au service de patients», c'est-à-dire aux infirmières et aux sages-femmes ayant un contact direct avec des patients en tant que consommateurs de services de santé. Lorsqu'il s'agit de comparer les services de santé entre les États membres, Eurostat considère que ce concept est celui qui convient le mieux pour décrire la disponibilité de ressources en matière de soins de santé. Toutefois, les États membres utilisent des concepts différents lorsqu'ils déclarent le nombre de professionnels des soins de santé, à des fins tant nationales que de comparaison internationale. Pour certains pays, les données peuvent ainsi se rapporter aux infirmières et aux sages-femmes «professionnellement actives» [c'est-à-dire aux sages-femmes et aux infirmières pratiquantes et aux autres (non pratiquantes) pour lesquelles la formation est une condition préalable à l'exercice de la profession] ou «habilitées à exercer» (c'est-à-dire qu'elles sont enregistrées et habilitées à exercer en qualité de professionnelles de la santé, indépendamment du fait qu'elles voient des patients ou non).